

Psihosocijalna podrška djeci i mladima nakon traumatskih događaja

Grbeš, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:114863>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lucija Grbeš

**PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA DJECI I MLADIMA NAKON
TRAUMATSKIH DOGAĐAJA**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022. godina

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lucija Grbeš

**PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA DJECI I MLADIMA NAKON
TRAUMATSKIH DOGAĐAJA**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izvan. prof. dr. sc. Linda Rajhvan Bulat

Zagreb, 2022. godina

Sadržaj

1. UVOD	1
2. TRAUMATSKI DOGAĐAJ	2
2.1. Vrste traumatskih događaja.....	3
3. REAKCIJE NA TRAUMATSKI DOGAĐAJ	4
3.1. Reakcije djece i mladih na traumatske događaje.....	6
4. PSIHOLŠKE KRIZNE INTERVENCIJE NEPOSREDNO NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA ... 8	
4.1. Psiholške krizne intervencije namijenjene djeci i mladima	10
5. PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA	12
5.1. Vrste usluga u pružanju psihosocijalne podrške	14
6. PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA PRUŽENA DJECI I MLADIMA KROZ TERAPIJE	17
6.1. Grupna terapija s vršnjacima	18
6.2. Kognitivno – bihevioralna terapija	18
6.3. Mindfulness	20
6.4. Terapija igrom	22
6.5. Kreativne terapije.....	23
6.5.1. Art terapija	23
6.5.2. Muzikoterapija	24
6.5.3. Dramska terapija	24
6.6. Obiteljska terapija	25
7. ULOGA SOCIJALNOG RADA U PRUŽANJU PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE DJECI I MLADIMA .27	
8. ZAKLJUČAK	29
9. LITERATURA	32

Psihosocijalna podrška djeci i mladima nakon traumatskih događaja

Sažetak:

Traumatski događaj predstavlja nepovoljnu i neugodnu prekretnicu u životu svake osobe, a posebice kada je to riječ o djeci i mladima. O kojem god traumatskom iskustvu bilo riječ, zbog osjetljivosti razvojne faze u kojima se nalaze, kod djece i mladih ono uvelike utječe na njihovo daljnje sazrijevanje, funkcioniranje kao i na percepciju sigurnosti u svijetu. Kako bi mogli kvalitetno pružiti psihosocijalnu podršku djeci i mladima kao neizostavnu intervenciju nakon traumatskih događaja, neophodno je posjedovanje potrebnih znanja i vještina o specifičnostima njihovih reakcija te načinima ophođenja s njima. Stoga je svrha ovog rada prikazati dosadašnje spoznaje u području traumatskih događaja kod djece i mladih te oblike pružanja psihosocijalne podrške kao odgovor na iste. Rad se usmjerava na uobičajene oblike pružanja psihosocijalne podrške, ali posebno naglašava načine i terapije korištene u radu s djecom i mladima.

Ključne riječi: traumatski događaj, djeca, mladi, psihosocijalna podrška, terapije.

Psychosocial support for children and young people after traumatic events

Abstract:

A traumatic event represents an unfavorable and unpleasant turning point in the life of every person, especially when it comes to children and young people. Whatever the traumatic experience is, due to the sensitivity of the developmental stage in which children and young people are, it greatly affects their further maturation, functioning as well as the perception of safety in the world. In order to be able to provide quality psychosocial support to children and young people as an indispensable intervention after traumatic events, it is necessary to have the necessary knowledge and skills about the specifics of their reactions and ways of dealing with them. Therefore, the purpose of this paper is to present the current findings in the field of traumatic events in children and young people and the forms of providing psychosocial support in response to them. The paper focuses on the usual forms of providing psychosocial support, but especially emphasizes the methods and therapies used in working with children and young people.

Key words: traumatic event, children, young people, psychosocial support, therapies.

Izjava o izvornosti

Ja, LUCIJA GRBEŠ pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Lucija Grbeš

(potpis studenta)

1. UVOD

Traumatski događaj je događaj koji nadilazi čovjekova uobičajena iskustva, na neugodan i bolan način pogađa gotovo sve ljude i kod svih izaziva određenu vrstu reakcije (Predrag, 1996.), pri čemu se ističu dva bitna elementa. To su intenzitet doživljene situacije i neizbježne popratne reakcije. Govoreći o intenzitetu smatra se da će traumatski događaj, neovisno o psihofizičkom stanju osobe prije njegovog nastupa i mehanizmima rješavanja problema koje posjeduje, izazvati veliku bol i patnju. Neizbježne, za sve iste popratne reakcije označavaju to da će, unatoč tomu što se način i sadržaj reakcije mogu razlikovati prema karakteristikama pojedinca i same situacije, opći oblik posttraumatskih reakcija biti univerzalan kod svih ljudi. Primjer traumatskog događaja je iskustvo gubitka bliske osobe, prijetnja koja neposredno ugrožava život pojedinca ili nekog iz njegove okoline, svjedočenje ili iskustvo nasilnih radnji, uništavanje imovine ili nečijeg života... Neke od prethodno navedenih traumatskih događaja, od kojih je barem jedan opasan po život, iskusi više od dvije trećine djece do navršene dobi od 16. godina (Coperland i sur., 2007., prema Scheering, 2019.). Upravo kada je riječ o djeci i mladima, trag koji na njima ostavlja traumatski događaj je znatno jači nego što se to misli u društvu. Prema Begovac i Begovac (2002.) traumatski događaji koji su iznenadni i nesvakidašnji kod djece i mladih uzrokuju poteškoće koje se očituju u problemima u ponašanju, otežanom pozitivnom sazrijevanju i svakodnevnom funkcioniranju. No ono što igra najveću ulogu u doživljaju i prevladavanju traumatskog događaja su individualne karakteristike svakog djeteta kao i razvojna faza u kojoj se nalazi (Hrabar, 2016.) te pravodobna i primjerena podrška temeljena na tim faktorima.

Rad je napisan kroz pregled i sažimanje znanstvenih izvora pri čemu je cilj dobiti uvid u temu traumatskih događaja koje proživljavaju djeca i mladi te psihosocijalne podrške kao vid intervencije na isto. U početku ćemo se osvrnuti na tumačenje koncepta *traumatskog događaja* te specifične vrste traumatskih iskustava koja doživljavaju djeca i mladi. Zatim se definiraju *reakcije na traumatski događaj* s naglaskom na one koje očituju djeca ovisno o dobi u kojoj se nalaze. Nakon toga slijedi poglavlje o *psihološkim kriznim intervencijama* kao početak pružanja neposredne podrške uslijed traumatskog događaja te definiranje termina *psihosocijalne podrške* i vrsta usluga koje uključuje. Polazeći prema kraju, rad se bavi *psihosocijalnom podrškom nakon*

traumatskih događaja pruženom kroz terapije, pri čemu su detaljnije obrađene one korištene u radu s djecom i mladima kao i uloga socijalnog rada u ovom području.

2. TRAUMATSKI DOGAĐAJ

Kako je već spomenuto u uvodu, traumatski događaj predstavlja događaj koji nadilazi dotadašnja iskustva pojedinca i rezultira neugodom za osobu (Arambašić, 1996.). Radi svoje jačine i intenziteta, traumatski događaj može prouzročiti izrazitu bol i patnju kod osobe unatoč tome kakvo je njezino psihofizičko stanje bilo prije samog događaja. Riječ je o događajima koji su izazovni i zahtjevni sami po sebi, a način na koji će osoba kognitivno procijeniti proživljeno uvelike definira vrstu reakcije i trajanje oporavka. (Arambašić, 2000.).

Govoreći o obilježjima traumatskih događaja, McCann i Pearlman (1998.; prema Alexander i sur., 2004.) navode nekoliko ključnih; radi se o nepredvidivom, iznenadnom i nenormativanom događaju koji nadilazi kapacitete pojedinca za suočavanje s njime te remeti njegove psihološke postavke i okvire. Uz navedeno, Tedeschi i Calhoun (1995.) kao dodatna obilježja traume definiraju: nedostatak kontrole nad situacijom, događaj koji nadilazi uobičajena iskustva i okvire normalnog, izrazita mogućnost pojave dugoročnih posljedica, subjektivni osjećaj krivnje kod osobe koja je proživjela iskustvo te drugačije posljedice ovisno o periodu života kada je događaj nastupio.

Vezano uz posljednje obilježje, navedeni autori daju dva objašnjenja. Prvo, govore o utjecaju traume na osobe u *kasnoj adolescenciji ili odrasloj dobi*. U tom slučaju, na njih će trauma utjecati tako da će im „poljuljati“ već usvojeni, izgrađeni identitet. Za razliku od toga, trauma koja se dogodila u razdoblju kada je osoba bila *dijete* kasnije postaje dio njezina identiteta utječući joj na misli, ponašanje, reakcije i percepciju. Begovac i Begovac (2002.) također govore o traumi iz perspektive rada s djecom i mladima te pri tome definiraju utjecaj koji ona ostavlja na njihov razvoj. Naime, traumatski događaj prouzrokuje poremećaje koji radi svoje jačine i stupnju ugroženosti prema djetetu ili drugima kao i radi svoje nesvakidašnje prirode i iznenadnosti, narušavaju djetetove uobičajene obrambene mehanizme i sposobnosti nošenja s takvim okolnostima.

Za zaključiti je kako traumatski događaji prekidaju odnosno mijenjaju percepciju dotadašnjeg osjećaja kontrole kojeg je osoba imala nad situacijama koje je prolazila, pri čemu je nedvojbena utjecaj koji trauma, pogotovo ako je kompleksna, ima na budući život i funkcioniranje. To se svakako ističe kod djece i mladih nakon proživljenih traumatskih događaja, o čemu će više biti riječ u nastavku.

2.1. Vrste traumatskih događaja

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja DSM – V traumatski događaji je definiran kroz *neizravnu* ili *izravnu* izloženost smrti, prijetnjom smrti, ozljedi ili prijetnjom ozljedi te prijetnjom ili stvarnom seksualnom nasilju, na iduće načine: direktno, gdje je osoba sama ugrožena, indirektno odnosno osoba svjedoči traumatskim događajima, zatim su traumatski događaj doživjele pojedincu osobe iz bliskog okruženja te konačno proživljavanje tuđe traume kroz ulogu profesionalca/pomagača koji je izložen detaljima opisivanja (American Psychiatric Association, 2013., prema Čuržik, 2019.).

Ovisno o učestalosti, traumatski događaji se dalje dijele na *jednokratne* i *ponavljajuće*. Ukoliko su ponavljajući, riječ je najčešće o složenoj ili kompleksnoj traumi koja je vezana uz odgođena i ponavljajuća traumatska iskustva (primjerice kombinacija tjelesnog i seksualnog nasilja kao traumatskog događaja) (Sanderson, 2013.; prema Profaca, 2016.). Budući da je dovoljan samo jedan traumatski događaj da bi narušio dotadašnje funkcioniranje pojedinca, nedvojbeno je da kumuliranje takvih događaja ostavlja značajan i negativan trag na cjelokupni razvoj pojedinca (Maurović, 2015.).

Govoreći o vrstama traumatskih događaja koja proživljavanju djeca i mladi, razlikujemo one koji se ne odnose na zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji od onih koji to jesu (Putnam, 1997.; prema Profaca i Arambašić, 2009.). Tako definiramo najčešće vrste traumatskih događaja u djetinjstvu i adolescenciji (Harabajsa, 2020.):

- *Zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji* – fizičko, psihičko i seksualno zlostavljanje te zanemarivanje
- *Medicinska trauma* – zbog određenih kognitivnih i emocionalnih mogućnosti koja posjeduju djeca i mladi kao i njihove nesamostalnosti, trenutci bolesti i smještaja u bolnice za njih

predstavljaju izrazito traumatično iskustvo što može dovesti do anksioznost kao i do ostalih prolaznih ili dugoročnih poremećaja.

- *Visokokonfliktni razvodi braka* - dugotrajni sporovi u vezi razvoda braka za određene bivše partnere mogu trajati dulji niz godina, uz paralelno odrastanje njihove djece. Uslijed tog procesa, nerijetko partneri nemaju sposobnosti i dovoljno pozornosti usmjeriti se na to da obnašaju kvalitetno ulogu roditelja, nego zanemare dijete i njegove potrebe ili se koriste načinom manipulacije svoje djece kroz brakorazvodni postupak.
- *Smrt bliske osobe* – posebno teško i ometajuće iskustvo ukoliko se doživi u ranijoj dobi, pri čemu su djeca predškolske dobi posebice osjetljiva na smrt roditelja. Navedeni traumatski događaj kod djece rezultira s više problema; emocionalnih, ponašajnih, zatim anksioznosti uslijed odvajanja te na posljeticu i psihičkih poremećaja. U slučajevima kada djeca i mladi dožive smrt brata ili sestre, reakcije su slične onima nakon smrti roditelja no s manjim intenzitetom i trajanjem.
- *Vršnjačko nasilje* - označava svaki postupak koji za svrhu ima povrijediti i poniziti drugu osobu što uključuje verbalne i neverbalne geste kao i one putem digitalnih medija. Može se dogoditi bilo gdje, u obiteljskom okruženju, na ulici među vršnjacima, u školi ili na internetu.
- *Prirodne i ljudske katastrofe* - poplave, požari, potresi i druge prirodne katastrofe te terorizam i rat kao katastrofe uzrokovane čovjekom radnjom.

Osim prethodno pobrojanih situacija, važno je istaknuti kako za djecu i mlade mogu biti traumatska iskustva nešto što odrasli ne bi percipirali kao takva. Primjerice napad neke životinje, tjelesna ozljeda kao što je pad s bicikla ili pak gubljenje u velikim centrima i u masi ljudi. Ono što ostaje kao važan faktor o kojem treba voditi računa je snažan doživljaj bespomoćnosti te preplavlivanje osjećaja, panike i smrtnog straha kojeg situacija izazove kod djece.

3. REAKCIJE NA TRAUMATSKI DOGAĐAJ

Nakon proživljenog traumatskog događaja, neizbježno se javljaju traumatske stresne reakcije. Arambašić (2000.) ih definira kao reakcije na doživljeni traumatski događaj, a uključuju sklop misli, osjećaja i radnji za vrijeme trajanja samog događaja kao i neposredno nakon njega, te se gledaju kao uobičajene i prihvatljive reakcije na nenormalne okolnosti. Osim žrtava traumatskih

događaja, reakcije očituju i pojedinci koji nisu bili direktno žrtve ili proživjeli traumatski događaj, već su bili u ulozi svjedoka ili bliskog odnosa onima koji su to iskustvo doživjeli (Subotić, 1996.). Reakcije služe ublažavanju učinaka koje ostavlja traumatsko iskustvo i transformiraju emocije povezane s događajem, a nerijetko, kada se radi o pozitivno integriranom traumatskom događaju, prolaskom vremena se povećava tolerancija na proživljeno i u konačnici se na to gleda kao na dio života (van der Kolk i McFarlane, 1996.).

Reakcija na traumatski događaj je proces u kojem se javlja nekoliko faza. Naime, započinje doživljavanjem samog traumatskog događaja nakon čega dolazi do reakcije početnog šoka ili pokretanja nekih obrambenih mehanizama. Iduća faza, ujedno i najznačajnija, je način na koji pojedinca gleda na događaj, točnije racionalno tumačenje i emocionalni doživljaj traume. Ovdje se očituje koliki će utjecaj ostaviti taj događaj na osobu. U tom slučaju, traumatski događaj može dovesti do promjena u dva područja – organskom (neurološka pobuđenost i preosjetljivost) i psihičkom (psihološka preosjetljivost i mijenjanje perspektive svijeta kao sigurnog i predvidljivog mjesta), a svaki vodi do sebi svojstvenih posljedica (Subotić, 1996.).

Neovisno o tome kakav je traumatski događaj, Arambašić (1996.) ističe kako se reakcije mogu promatrati na minimalno dva načina. Prvo s obzirom na to *kada se reakcije javljaju*, razlikujemo traumatske stresne i posttraumatske stresne reakcije. Traumatske stresne reakcije definiraju se kao neposredne reakcije koje se odnose na uklanjanje tj. umanjivanje utjecaja proživljenog iskustva, dok se na posttraumatske stresne reakcije gleda kao na skup ponašanja vezanih ponajprije uz sjećanja na taj događaj i njegove neposredne posljedice. Drugi način razlikovanja reakcija je s obzirom na *područje u kojem se javljaju*. Ovdje nailazimo na emocionalne (strah, tuga, očaj, tjeskoba...), misaone (poteškoće s pamćenjem, prisjećanjem, koncentracijom...), tjelesne (znojenje, osjećaji fizičke boli) i ponašajne reakcije (korištenje psihoaktivnih tvari, povlačenje, agresija...).

Na posljetku, govoreći o reakcijama na traumatski događaj, važno je istaknuti kako su one uvjetovane cjelovitom ličnosti osobe koja uključuje neurofiziološku, kognitivnu i emocionalnu sastavnicu (Dattilio & Freeman, 2011.; prema Veljković, 2015.), zatim dimenzijom traume koja se odnosi na njezinu prirodu, trajanje kao i stupanj izloženosti i prijetnje te konačno elementima socijalnog okruženja u vidu podrške, rituala i društveno prihvatljive načine reagiranja na traumatska iskustva (Arambašić, 1996.).

3.1. Reakcije djece i mladih na traumatske događaje

Iako se unazad nekoliko godina sve više pozornosti pridaje doživljaju traumatskih iskustava kod djece i mladih, njihove reakcije na njih su još uvijek nedovoljno utvrđene. Razlog tomu je, navode autori, percepcija okoline koji otežava činjenicu traumatizacije djece i mladih, a temelji se na idealističkom i pozitivnom pogleda na djetinjstvo i adolescenciju koje prevladava (Profaca i Arambašić, 2009.). Dyregrov i sur. (2002.), naglašavaju kako je zastupljena i negacija dječjih traumatskih iskustava, a samim time i njihovih reakcija na traumatske događaje od strane odraslih. Na taj način se društvo pokušava zaštititi od vlastite krivnje u trenucima kad je bespomoćno u zaštiti djece od traumatskih događaja većih razmjera i popratnih trauma koje samo proizvodi (npr. ratova, sukoba, katastrofa). No unatoč navedenom, sigurno je kako traumatizirana djeca, jednako odraslima, reagiraju na traumatsko iskustvo kroz iduće radnje (Pynoos i Nader, 1993.):

- *ponovno proživljavanje* – segmenti proživljenog traumatskog događaja ostaju „živi“ u mentalnom životu djece i mladih. Očituju se u primjerice kroz igru što je češće kod djece, zatim kroz specifične obrasce ponašanja, nametajućim mislima, zvukovima, slikama ili čak mirisima i snovima te psihološkim reagiranjem na sve što im predstavlja podsjetnik na proživljeno.
- *emocionalno izbjegavanje* – nastavljaju ograničavati ili kontrolirati vlastite emocije u pokušaju kako bi obuzdali doživljaje koje se iznova vraćaju. U tom trenutku počinju izbjegavati određena mjesta, ljude, ponašanja, misli te konkretne pojave i situacije koje ih podsjećaju na traumatski događaj.
- *pobuđenost* – pobuđenost je povećana što otežava spavanje, stvara osjećaj ljutnje, nevoljkosti, problema s koncentracijom i drugo.

Djeca i mladi čine rizičnu skupinu u suočavanju s traumatskim događajima jer su njihovi mehanizmi nošenja s takvim događajima još u razvoju, nedovoljno formirani i pod većim utjecajem rizičnih faktora. Traumatsko iskustvo ima negativan utjecaj na segmente njihova života od osjećaja, mišljenja, pamćenja, ponašanja, tjelesnog zdravlja do socijalnih odnosa. Osim navedenih područja života, izlaganje traumatskom događaju ostavlja traga i na područjima razvoja djeteta. To su mogućnost učenja i spoznaje, zatim održavanje pažnje, stjecanje samopoimanja, viđenje vlastitih osobina i sposobnosti, kontrola reakcija, razvoj vrijednosnog okvira, mišljenje o drugima, formiranje međuljudskih odnosa u obitelji i okruženju te razvoj vještina (Pynoos i sur.,

1996.). U svemu navedenom može se razviti patologija povezana s proživljenim traumatskim iskustvom, odnosno traumatski događaj kod djece i mladih može omesti ili potaknuti određena kritična razvojna područja (Profaca i Arambašić, 2009.).

Nadalje, reakcija na traumatski događaj, kao i nošenje s traumom te konačni ishod uvelike ovisi o dobi i zrelosti, vrsti traume i značaju koje ono predstavlja za dijete/mladu osobu. Tako, Pynoos i sur. (1996.; prema Profaca 2016.) navode da, ako je dijete u većem stupnju zrelosti, ima veće mogućnosti uviđanja posljedica traumatskog iskustva u svom životu, a samim time i mogućnost boljeg pristupa i nošenja s njima. S obzirom na to, na slici su navedene reakcije djece i mladih na traumatske događaje ovisno o dobi.

do 3 godine	4 – 6 godina	7 – 12 godina	13 – 18 godina
<ul style="list-style-type: none"> • Držanje za roditelje • Strah da će se nešto loše dogoditi • Regresija ponašanja na mlađu dob (npr. sisanje palca, mokrenje u krevet) • Promjene u spavanju i hranjenju • Povećanje plačljivost i razdražljivost • Manjak interesa za igru, agresivna igra, ponavljano prikazivanje traumatskih iskustava kroz igru • Strah od stvari koji prije nije postojao • Hiperaktivnost i slaba koncentracija 	<ul style="list-style-type: none"> • Izraženi nedostatak samostalnosti ili pretjerana samostalnost • Tjeskoba, strah od različitih stvari i situacija • Regresija ponašanja na mlađu dob • Promjene u spavanju i hranjenju • Manjak interesa za igru, agresivna igra, ponavljano prikazivanje traumatskih iskustava kroz igru • Zbunjenost ili poremećena koncentracija • Preuzimanje uloge odrasle osobe • Mutizam – nemogućnost govorenja koja ranije nije postojala • Somatizacije (npr. bolovi u trbuhu i glavi bez fiziološkog uzroka) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zbunjenost • Povlačenje • Višestruko ponavljanje priče o traumi • Strah za sebe i druge • Osjećaj krivnje • Teškoće pamćenja, koncentracije i pažnje • Poremećaji spavanja i hranjenja • Agresija, razdražljivost ili nemir • Somatizacije (npr. bolovi u trbuhu i glavi bez fiziološkog uzroka) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osjećaji krivnje, srama, tuge, bespomoćnosti • Nagle promjene u odnosima • Zaokreti u razmišljanjima o svijetu i ljudima • Rizično i autodestruktivno ponašanje • Izbjegavanje i povlačenje iz društva • Agresija i prkos prema autoritetima • Briga za druge traumatizirane osobe • Samosažaljenje

Slika 1. Reakcija na traumatske događaje kod djece i mladih (Save the children, 2011.)

Stupanj razvoja u kojem se dijete nalazi kada proživljava traumatski događaj ima najveći utjecaj na sposobnost kasnije prilagodbe, pri čemu doživljava traumatskog događaja u ranijoj dobi nepogodno djeluje na kvalitetnu izgradnju mehanizma kontrole osnovnih bioloških procesa. Upravo radi toga je potrebna pravodobna, prilagođena i efikasna intervencija čiji opis započinje u idućem poglavlju.

4. PSIHOLOŠKE KRIZNE INTERVENCIJE NEPOSREDNO NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA

Prvi korak u radu s osobama, s osvrtnom na djecu i mlade, koji su proživjeli krizni ili traumatski događaj trebalo bi biti provođenje psihološke krizne intervencije. Psihološke krizne intervencije predstavljaju vid početne intervencije smanjenja negativnih učinaka koji se mogu pojaviti u daljnjem procesu pružanja podrške za oporavak. Termin psihološke krizne intervencije, skraćeno KRIN je psihosocijalna podrška u koja se provodi u kraćem vremenskom periodu za žrtve i bliske joj osobe neposredno nakon proživljenog traumatskog događaja (Srdoč, 2010.). Arambašić (2000.) navodi kako krizne intervencije označavaju skup postupaka s kojima se, poslije kriznih događaja (koji su najčešće traumatski), ljudima pomaže da uspješno prorade ono što su doživjeli. One uključuju pružanje pomoći kako bi se iznova stekao osjećaj samostalnosti i kontrole nad životom, pri čemu se umanjuje osjećaj bespomoćnosti. Temeljni ciljevi psiholoških kriznih intervencija koje ističu Perišić i Rajhvajn Bulat (2021.) su uspostavljanje stabilizacije kod onih koji su bili sudionici događaja, normalizacija reakcija, ponovno formiranje prilagođenog neovisnog funkcioniranja i provođenje trijaže (prepoznavanje rizičnih pojedinaca/skupina).

Govoreći o obilježjima provođenja kriznih intervencija, važno je naglasiti nekoliko stavki. Prvo, vremenski aspekt pružanja pri čemu su krizne intervencije kratkotrajne i vremenski ograničene, najčešće u trajanju od dva do sedam dana. Zatim ograničenost ciljeva, gdje fokus kriznih intervencija nije rješavanje psihičkih teškoća neovisnih o kriznom ili traumatskom događaju, već uklanjanje trenutnih negativnih emocija vezanih uz događaj, uspostava emocionalne stabilnosti te razumijevanje teškoća koje se trenutno proživljavaju. Treću stavku predstavlja brzina provođenja, odnosno nužnost provođenja neposredno nakon događaja, kada su ljudi još u stanju „otvorenosti“

i preplavljenih emocija, a pomoć im je tad najpotrebnija. Posljednju stavku kriznih intervencija predstavlja ulogu stručnjaka u procesu. Naime, stručnjak nije pasivan, već izrazito aktivan, nerijetko glavni u donošenju odluka i izravnog usmjeravanja osobe što činiti, a što ne (jer osoba u tom trenutku nije u stanju samostalno donijeti odluku) te su dužni djelovati proaktivno više nego reaktivno (Arambašić, 2000.).

Aktivnosti kriznih intervencija uključuju primjerice: individualne i grupne razgovore i psihološka savjetovanja ukoliko je to potrebno, zatim jednokratne razgovore i konzultacije putem telefona, razne vrste edukacija, praćenje stanja osobe, izvještavanje te upućivanje na psihoterapiju/savjetovanje ukoliko se ustanovi potreba za tim. Sve navedeno se pruža na prilagođen način, ovisno o ulozi osobe ili skupine osoba prilikom proživljavanja kriznog ili traumatskog događaja, bili oni izravne žrtve, očevici, pripadnici spasilačkih službi ili pojedinci koji osjećaju da je događaj djelovao na njihovo psihičko stanje.

Mitchell i Everly (1993.; prema Arambašić, 2000.) tako navode specifične postupke kriznih intervencija koje se provode u grupama; *sažeta psihološka integracija traume* koja je namijenjena osobama koji su direktno dionici kriznog događaja, zatim članovima obitelji i drugim bližim osobama. Nakon početnog uvoda iznose se činjenice, a zatim i misli svakog sudionika grupe vezano uz ono što se dogodilo. Definiraju se dijelovi situacije koja najteže pogađa prisutne, utvrđuju znakovi stresa i traume kod svakog individualno te se na poslijetku provodi „zaokruživanje“. Kroz sve navedeno želi se postići ublažavanje utjecaja situacije, postizanje oporavka u što kraćem roku i sprječavanje pojave nepovoljnih, dugoročnih posljedica. Specifičnosti provođenja postupka sažete integracije traume s djecom i mladima bit će pojašnjeno u potpoglavlju koje slijedi.

Osim sažete psihološke integracije traume koja se može i provodi se s djecom i mladima, autori spominju dvije aktivnosti koje se provode u grupama koje su sačinjene isključivo od pomagača koji su djelovali u kriznom događaju. To su postupak *rasterećenja* i *demobilizacije* (koja se posebice provodi kod kriznih događaja većih razmjera). Cilj oba postupka je umanjivanje neugodnog učinka viđenog kod pomagača prije odlaska s mjesta događaja, osvještavanje vlastitih znakova stresa, kako ih uvidjeti te pravilno na njih reagirati (Mitchell i Everly, 1993.; prema Arambašić, 2000.).

Sumirano, provodeći prethodno spomenute aktivnosti, KRIN predstavlja kratkotrajan proces pružanja podrške koji se ogleda u ublažavanju i/ili rješavanju trenutne poteškoće uz aktivaciju individualnih i društvenih resursa te resursa zajednice. Također, važno je istaknuti timski proces u samom provođenju i to da krizne intervencije predstavljaju tek preventivan postupak, a ne samu terapiju.

4.1. Psihološke krizne intervencije namijenjene djeci i mladima

Kada je riječ o djeci i mladima kao dionicima kriznog događaja, provođenje kriznih intervencija s njima iziskuje posebna znanja i vještine. Ne može se očekivati kako će djeca i mladi jednako reagirati na proces kriznih intervencija i da će ono što smatramo da je korisno u radu s odraslima, biti efikasno i u radu s njima. Više izvora navodi kako se krizne intervencije s djecom češće provode na razini grupe u lokalnim zajednicama, obrazovnim ustanovama i onima koji se bave djecom i mladima, nego što se provode na individualnoj razini (Capewell, 1994.; Schelby 1994.; prema Ajduković, 2000.). No gdje god i na koji god način se provodile krizne intervencije, ono o čemu treba voditi računa je prilagođenost tehnika i aktivnosti dobnoj skupini djece. Sve što se provodi u pružanju prve psihološke pomoći će ispuniti svoju svrhu ukoliko slijedi kognitivni razvoj djeteta odnosno njegovu sposobnost razumijevanja kriznog događaja te je usmjereno na umanjivanje intenziteta posttraumatskih reakcija koje također ovise o dobi (što je bilo prikazano na Slici 1) (Kocijan-Hercigonja, 1995.). Prema tome, kada je riječ o djeci *predškolskog uzrasta* prva psihološka pomoć naglasak stavlja na postizanje osjećaja sigurnosti i zaštite, svjesnosti o brizi odraslih za njih, konstantnim pojašnjenjima doživljenog i verbalizaciji osjećaja koja su se pojavila. Djeca te dobi su premala da bi se razgovori mogli efikasno provoditi u većim grupama pa se u većini slučajeva provode individualno i s najviše dvoje, troje njih. Izražavanje se postiže upotrebom crteža, igrački i ostalih aktivnosti primjerene toj dobnoj skupini (Arambašić, 2012.). Kod djece *osnovnoškolskog uzrasta* fokus je na izražavanju fantazija, iskazivanju emocija i njihovom povezivanju s događajem, zatim davanju realnih informacija, aktivnom slušanju i razumijevanju te provođenju konstruktivnih aktivnosti. Iako je riječ o starijoj dobnoj skupini i dalje ponekad nije učinkovito samo provođenje razgovora, već se i s njima može upotrijebiti crtež kao alat iskazivanja svog doživljaja pri čemu se od djece ove dobi očekuje i pojašnjavanje što dijelovi nacrtanog predstavljaju za njih. Konačno, kada je riječ o mladima koji su *adolescenti*, prva

psihološka pomoć se može pružiti kroz određenu strukturu i korake koji predstavljaju okvir sažete integracije traume (Arambašić, 2012.), ali i dalje uz prilagodbu po potrebi. Razgovor se temelji na tome kako je događaj utjecao na njih i kako to povezuju s emocijama koje osjećaju te se težište stavlja na razumijevanju svojih reakcija i planiranju daljnjeg načina ponašanja (Pynoss i Nader, 1993.).

Osim posebnosti provođenja kriznih intervencija i pružanja prve psihološke pomoći s obzirom na dobnu skupinu djece i mladih, postoje one najteže situacije kada je dijete doživjelo životno ugrožavajući krizni događaj ili je bio svjedok smrti/ranjavanja. U tim situacijama potrebno je s djetetom provesti *individualnu sažetu integraciju traume*. Kao što je pojašnjeno u poglavlju ranije, sažeta psihološka integracija traume, kako kod odraslih tako i kod djece, za cilj ima pružiti pomoć djetetu da ispočetka proživi traumatski događaj i prida mu svoje značenje. No ipak se sam postupak razlikuje tako što se u radu s djecom naglašava uloga terapeuta, a ne stručnjaka. Takav stav daje naslutiti da su u provedbi potrebne posebne vještine i educiranost osobe u radu s djecom. U provedbi se primjenjuju posebne terapijske tehnike pomoću kojih djeca opisuju iskustvo i osvješćuju vlastite reakcije. Pynoss i Eth (1996.) navode kako je individualna sažeta integracija traume kod djece zapravo terapijski intervju u kojem djeca kroz crtanje, igru, modeliranje i igranje uloga iskazuju svoj doživljaj traumatskog događaja, a terapeut pri tome pokušava razumjeti značenje tog iskustva za njih kako bi mogao objasniti njihovo ponašanje. Sukladno jednom od obilježja kriznih intervencija općenito, a to je brzina provođenja neposredno nakon doživljenog traumatskog događaja, tako je i provođenje terapijskog intervjua poželjno provesti u periodu dok su kod djece još prisutne nametujuće misli, neprestani podsjetnici te kad se najlakše mogu otvoriti. Konačni ishod individualne sažete integracije traume kod djece je prihvaćanje realnosti traumatskog događaja bez iskrivljivanja činjenica, a postupak se provodi kroz tri dijela: otvaranje, trauma i zatvaranje (Ajduković, 2000.).

U prvoj fazi *otvaranja* terapeut čini prvi korak prema djetetu, pokazuje interes i spremnost da pruži pomoć te definira pravila povjerenja da bi se dijete osjećalo sigurno u daljnjem postupku. Za početak, terapeut vodi razgovor prema temi traumatskog iskustva pri čemu usporedno potiče dijete da za to vrijeme nešto nacрта. Nakon što je dijete završilo crtež, terapeut ga motivira da nešto o njemu ispriča što mu omogućava da ustanovi djetetove mehanizme regulacije anksioznosti vezane uz događaj. Prelazeći na drugi dio intervjua, *trauma*, terapeut i dijete prolaze kroz šest terapijskih

koraka: oživljavanje iskustva, rekonstrukcija onog što se dogodilo, fokusiranje na osjetna iskustva, definiranje posebnih pojedinosti koje su bile izrazito teške u cijeloj situaciji, zatim opis najstrašnijeg trenutka, prorada nasilja i tjelesnih gubitaka koja su se dogodila te integriranje traumatskog iskustva. I dalje se kroz sve kao alat koriste crtež, modeliranje i igra kao pristup u mentalnu i emocionalnu perspektivu djeteta o događaju (Pynoos i Nader, 1993.). Na kraju slijedi faza *zatvaranja* pri čemu terapeut sažima sve što je utvrđeno tijekom intervjua uz to koristeći sve što je dijete nacrtalo, izradilo ili prikazalo. Nastoji se pojasniti djetetu kako je sve što je doživio i pri tom osjećao i napravio, normalne i očekivane reakcije. Na taj način terapeut normalizira njegov pogled na događaj. Važno je napomenuti mogućnost daljnje pojave određenih reakcija s vremenom, ali i pomoć i podršku koju mu terapeut može i želi pružiti.

Zaključno, Arambašić i sur. (2013.) navode kako se reakcije djece i mladih na traumatski događaj olakšavaju kroz razgovor o emocijama i sjećanjima na taj trenutak dok potiskivanje čini prepreku u oporavku. Kroz primjenu svih aktivnosti važno je da dijete dobije prostor, način i potrebno vrijeme za iskazivanje svojih potreba pri čemu je strpljivost i pažljivost od strane terapeuta ključna u cjelokupnom procesu.

5. PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA

Nakon definiranja psiholoških kriznih intervencija kao prvog koraka pružanja pomoći i podrške nakon traumatskih događaja, nastupa psihosocijalna podrška. Ovaj pristup stavlja naglasak na snage i mogućnosti osobe, obitelji i zajednice da se oporave od krizne ili traumatske situacije, te umjesto fokusa na simptome i reakcije koje se prorađuju kroz krizne intervencije, psihosocijalna podrška se više usmjerava na podmirenje osnovnih potreba ljudi koji su zahvaćeni nepogodnom situacijom, što kao posljedicu ima smanjenje stresa i nepovoljnih posljedica (Ajduković i sur., 2016.). Čine ju psihološki dio podrške koja se odnosi na unutarne, emocionalne i misaone procese, osjećaje i reakcije i socijalni dio podrške koji označava odnose, kako obiteljske tako i mreže u zajednici te socijalne vrijednosti i kulturu (Srdoč, 2010.). Definira se kao proces osnaživanja pojedinca, njegove obitelji i ljudi u bliskoj okolini kao i cjelovitog socijalnog okruženja, a cilj pružanja je da pojedinac u sebi i svojoj okolini otkrije ili stekne snage i mehanizme za uspješno

suočavanje s nepogodnom situacijom koja ga je zatekla i tako se prilagodi u život i ono što dolazi u budućnosti.

Psihosocijalna podrška predstavlja krovni pojam koji unutar sebe obuhvaća širok spektar raznih intervencija temeljenih na pet osnovnih načela djelovanja: poticanje psihološkog osjećaja sigurnosti, smirivanje, poticanje osjećaja samoefikasnosti i kolektivne efikasnosti, poticanje povezanosti i poticanje nade (Hobfoll i sur., 1995.).

Provođenjem prvog načela, *poticanje psihološkog osjećaja sigurnosti*, smanjuju se posttraumatske stresne reakcije i negativne misli o opasnosti svijeta i osjećaja rizične budućnosti. Nadalje, očekivano je da proživljavanje traumatskog događaja dovodi do nepovoljnih osjećaja, no ukoliko takvi osjećaji predugo traju i takvog su intenziteta da otežavaju funkcionalne sposobnosti osobe, mogu dovesti do anksioznih poremećaja, depresije i somatskih problema. Radi toga je prijeko potrebno *smirivanje* i stabiliziranje osobe koje pretjerano obuzete osjećajima i dezorijentirane. *Poticanje osjećaja samoefikasnosti* kod pojedinca označava uvjerenje da će ono što radi dovesti do pozitivnih rezultata i ostvarenja zadanih ciljeva (Bandura, 1997.), dok *kolektivna efikasnost* označava stav pojedinca kako je dio skupine koja ima izgleda za doživljavanje pozitivnih iskustava i ishoda. (Antonovsky, 1979.). Za očekivati je da će nakon traumatskih događaja osoba izgubiti gore naveden osjećaj kako se može nositi s problemima, što se može odraziti i na buduće situacije nevezane uz traumatsko iskustvo. Stoga gore navedeno načelo uključuje sposobnost upravljanja vlastitim emocijama kao i nošenje s nizom problema u budućnosti. Kroz *poticanje povezanosti* se stvara socijalna podrška pomoću koje se povećavaju šanse učinkovitog suočavanja s traumatskim događajem. Uključuje osjećaj razumijevanja i prihvaćanja, međusobnog pomaganja u suočavanju sa situacijom, ali i pomoć u vidu praktičnog rješavanja problema. Za ovo načelo je bitno uvidjeti koje to osobe nemaju dostatne resurse socijalne podrške, odnosno koje su socijalno izolirane te one pojedince čija okolina im otežava u nošenju sa problemima. I konačno, *poticanje osjećaja nade* omogućava formiranje pozitivnih očekivanja o ostvarenju budućih ciljeva, a ljudi koji ju posjeduju su okrenuti prema djelovanju, vide svijet kao koliko toliko sigurno mjesto i ostvaruju pozitivne ishode za razliku od ljudi koji nemaju takvo uvjerenje. Upravo zadržavanje osjećaja nade nakon traumatskih događaja osigurava da osoba ne upadne u stanje očaja, odustajanja i beznađa.

Prednost psihosocijalne podrške očituje se u pružanju podrške na različitim razinama i kroz različite skupine pomagača. Tako psihosocijalnu podršku mogu pružati educirani i iskusni

stručnjaci za područje mentalnog zdravlja (pružanje složenijih vrsta usluga) kao i educirani i iskusni stručnjaci laici. Upravo ovakva rana i prikladno pružena podrška služi kao prevencija razvoja težih i dugotrajnih posljedica na mentalno zdravlje, iako je pokazano kako bez obzira na intenzitet onog što su proživjeli, većina ljudi pokazuje otpornost dok manji broj osoba razvije, već spomenute, simptome težih poteškoća mentalnog zdravlja (Ajduković i sur., 2016.). Vrste usluga koje se pružaju u sklopu psihosocijalne podrške biti će obrađene u narednom potpoglavlju uz isticanje njihove primjene kod djece i mladih.

5.1. Vrste usluga u pružanju psihosocijalne podrške

U kriznim situacijama i prilikom traumatskih događaja nisu svi pojedinci jednako izloženi patnji niti svi reagiraju na isti način. Sukladno tome, neće svoj djeci biti potrebna ista vrsta podrške kao i oblici pružanja iste čemu dodatno pridonosi čimbenik dobi i reagiranja djeteta na dosadašnje intervencije što je već bilo spomenuto u radu. Načelo drugačijeg obuhvata ljudi u pružanju usluga uklopljeno je u *stupnjevitom modelu psihosocijalne podrške i podrške mentalnom zdravlju*. Model je prikazan kroz prizmu piramide psihosocijalnih usluga (Ajduković, 1996.; prema IASC, 2007.), gdje početak označavaju jednostavnije psihosocijalne usluge, potrebne najvećem broju ljudi. Kako se piramida penje prema gore, usluge i oblici podrške postaju sve složenije, pri čemu se ujedno smanjuje i broj osoba kojima su takve usluge potrebne. Jednostavno, to znači da specijalizirane usluge u području mentalnog zdravlja koje se nalaze pri vrhu piramide treba pružiti tek nekolicini ljudi nego kada je riječ jednostavnijim i cjenovno dostupnijim uslugama (PFA-CE). Potrebno je istaknuti da koju god uslugu pružali u sklopu psihosocijalne podrške treba uvijek imati na umu i poštovati temeljena načela: ljudska prava i jednakost, sudjelovanje, nenanošenje štete, oslanjanje na postojeće kapacitete i integriranje sustava podrške (Ajduković i sur., 2016.).



Slika 2. Stupnjeviti model psihosocijalne podrške (Ajduković 1996.; prema IASC., 2007.)

Polazeći od osnovne usluge na dnu piramide pa sve do vrha razlikujemo prema Ajduković i sur. (2016.) prvu uslugu, *zadovoljavanje osnovnih potreba i stvaranje osjećaja sigurnosti*. Ona se pruža svim ljudima koji su pogođeni situacijom i predstavlja temelj ostalim intervencijama što ju čini izrazito važno za psihološku dobrobit pojedinca. Govoreći o djeci i mladima, ova usluga ima neizmjeran značaj upravo zbog njihove ranjivosti, emocionalne preplavljenosti i nerazumijevanja situacije. Pružanje ove usluge za njih označava osiguravanje smještaja i potrebnih materijalnih potrepština imajući na umu da je ponekad njima potrebno ono što odrasli ljudi ne bi smatrali nužnim u tom trenutku. No ipak im ono što žele i što je moguće, treba biti zadovoljeno u svrhu postizanja osjećaja kako ipak postoji nešto i netko u koga se u nepovoljnoj situaciji mogu pouzdati. Stvaranje osjećaja sigurnosti se pri tome odnosi i na psihološku sigurnost na koju se najviše utječe kvalitetnim informiranjem osobe u datom trenutku. Zbog ograničenih mogućnosti razumijevanja situacije zbog svoje dobi, zatim potencijalnog ruminiranja proživljenog u sebi što može rezultirati krivom percepcijom ili zbog radoznalosti koju imaju, djeca i mladi ne smiju biti uskraćeni za informacije što se upravo dogodilo i kakav je utjecaj događaj ostavio, no treba biti oprezan i znati

izvagati što, kada i na koji način izreći. Treba se pobrinuti da nakon izrečenog, situacija za djecu i mlade nije otežana već koliko toliko jasna.

Druga usluga je pružanje *podrške zajednicama i obitelji* prilikom povratka u zajednicu. Nakon proživljenih traumatskih situacija i katastrofa dolazi do promjene i socijalnim odnosima koje su ljudi održavali do tog trenutka. Zato je potrebno provoditi aktivnosti usmjerene ponovnom jačanju i stvaranju obiteljskih veza, odnosa i osjećaja pripadnosti između članova zajednice. Prilikom pružanja ove usluge djeci i mladima treba, zajedno s njima, osvijestiti područja i aktivnosti u njima bliskom okruženju koje im mogu biti od pomoći, gdje su se do sada osjećali ugodno i potaknuti ih na ponovno uključivanje. Bitno je isticati kako će se s vremenom osjećati bolje i da je prihvatljivo i poželjno da vrijeme provode s obitelji i prijateljima. Ovdje se treba posebno osvrnuti na ulogu škole u lokalnim zajednicama. Naime, osim što predstavljaju mjesto gdje djeca mogu provoditi zajedničke aktivnosti, povratak djece u školu nakon proživljenog traumatskog događaja im omogućuje povratak svojoj normalnoj rutini koja im je poznata, sigurna i pouzdana te imaju mogućnost za međusobno povezivanje sa svojim vršnjacima što sveukupno ostavlja pozitivan psihološki utjecaj.

Slijedi usluga koju prima manji broj ljudi, a to je *usmjerena i nespecijalizirana podrška* pružena od strane obučениh pomagača koji ne moraju nužno biti stručnjaci u području mentalnog zdravlja, Ona djeca koja i dulje vrijeme nakon proživljene situacije očituju negativne posljedice i svakodnevno funkcioniranje im je moguće ali vidno otežano, moraju biti uključena u pružanje ove usluge. Naime, iako se kroz pružanje podrške u vidu prijašnjih usluga napominje kako je potrebno i prolazak određenog perioda kako bi se bolje osjećala, treba znati procijeniti koliko vremena bez pozitivne promjene je ipak predugo vremena. Pomoć se pruža kroz individualne, obiteljske ili grupne intervencije, a ova vrsta podrške uključuje psihološku prvu pomoć, usmjerenu na osnaživanje putem pomaganja u rješavanju praktičnih problema, i psihoedukaciju (Ajduković i sur.,2016.). sve navedeno treba biti organizirano, strukturirano i provedeno u skladu s individualnim karakteristikama djece i mladih i specifičnosti rada s njima.

Većini ljudi koji su primili navedene usluge od dna piramide će ostvariti dovoljne sposobnosti za oporavak. No za nekolicinu njih, navedene usluge nisu dovoljne te oni i dalje nakon proživljenog osjećaju jake reakcije i emocije koje ne samo da otežavaju već onemogućavaju svakodnevno funkcioniranje. Kod djece i mladih ,ovisno o brojnim faktorima, pružanje dosadašnjih usluga može odviti na dva načina. U prvom slučaju djeca se uspiju oporaviti i usvojiti pozitivan način života

unatoč onome što su prošli upravo jer zbog svoje dobi još nemaju strogo strukturiranu predodžbu o brojnim stvarima. Nasuprot tome, zbog svoje nedovoljne kognitivne zrelosti i mogućnosti razumijevanja, moguće je da traumatski događaj ostavi takav utjecaj da i sve prijašnje usluge nisu bile dovoljne te za posljedicu ostaju poremećaji u brojnim područjima života. Tada djeca i mladi trebaju *specijalizirane usluge* za čije primanje se upućuju u bolnice i druge ustanove zdravstvene skrbi te posebne organizacije. Specijalizirane usluge pružaju profesionalci iz područja mentalnog zdravlja (psihijatri i psiholozi koji su ujedno dodatno osposobljeni), a jedan od postupaka koji se može početi provoditi već u početnoj fazi je individualna sažeta psihološka integracija traume (Ajduković, 2000.). Ono što je najvažnije, kako bi pomagači mogli na vrijeme reagirati prema djeci i mladima kojima je ova usluga potrebna i pružiti im pravodobnu pomoć, trebaju imati dovoljno vještina i znanja kako bi mogli tu djecu izdvojiti, procijeniti i prepoznati.

6. PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA NAKON TRAUMATSKIH DOGAĐAJA PRUŽENA DJECI I MLADIMA KROZ TERAPIJE

Nakon pojašnjene psihosocijalne podrške u prethodnom poglavlju i pet temeljnih usluga koje se pružaju nakon doživljenog kriznog ili traumatskog događaja, značajan dio procesa oporavka predstavlja i psihosocijalna podrška djeci i mladima pružena kroz razne vrste terapija. Kako navodi čl. 91. Zakona o socijalnoj skrbi, psihosocijalna podrška uključuje stručne postupke i vrste pomoći i podrške kojima se potiče razvoj i unaprjeđenje kognitivnih, funkcionalnih, komunikacijskih, govorno-jezičnih, socijalnih ili odgojnih vještina korisnika. Kako je do sad navedeno u radu, upravo ova područja razvoja djece i mladih su u značajnoj mjeri pogođena uslijed proživljavanja traumatskog događaja. Radi toga im je prijeko potrebna psihosocijalna podrška koja, osim osnovnih usluga, uključuje i rad na usvajanju svakodnevnih vještina, aktivnosti sporta, rekreacije, glazbe, umjetnosti, psihološku pomoć, odgoj i edukacijsku rehabilitaciju te socijalnu rehabilitaciju. Neke od vrsta terapija po svojim obilježjima najčešće prakticirane u radu s djecom i mladima navode se u nastavku.

6.1. Grupna terapija s vršnjacima

Za djecu i mlade koji su imali iskustvo nasilja ili traume, sigurnost i međusobno dijeljenje sadržaja sa svojim vršnjacima koje je moguće u grupnim terapijama predstavlja pozitivno i poticajno okruženje. Grupna terapija im omogućava da budu dio grupe vršnjaka, smanjuje pritisak i neugodnost koju mogu osjećati u interakciji s terapeutom nasamo te promovira socijalni aspekt kao temelj provođenja. Nakon što dožive traumatično iskustvo, djeca i mladi se osjećaju izoliranim i drugačijima od svojih vršnjaka. Upravo taj osjećaj se nastoji otkloniti provođenjem grupne terapije gdje se međusobno susreću djeca s jednakim problemima i iskustvima što normalizira njihov način funkcioniranja i odgovora na traumatično iskustvo. Adolescenti su posebice skloniji priključivanju grupnoj terapiji s vršnjacima nego odrasli jer u njima vide priliku za dobivanje povratne informacije kao i za postizanje promjene među grupom mladih jednake dobi. No imamo adolescente koji su se uslijed proživljenog traumatskog iskustva izolirali i okrenuli prema sebi, gdje im grupna terapija vraća fokus na vanjski svijet tako što primaju i pružaju podršku od svoje terapijske grupe. U sklopu grupne terapije koja se provodi s djecom i mladima ubrajaju se dva teorijska modela (Dass-Brailsford, 2007.):

- Integrativni model – koristi tehnike iz više različitih teorijskih pravaca uključujući KBT
- Kognitivno bihevioralni pristup (KBT) – empirijski dokazano ima najveći utjecaj na simptome PTSP-a kod djece i mladih, a detaljnije će se obraditi u nastavku.

U oba teorijska modela, sudionici se nalaze jednom tjedno u vremenskom razdoblju od 8 do 24 tjedana, a grupa je formirana od sudionika koji su isti koliko je to moguće po dobi i spolu. S obzirom na činjenicu kako je pažnja i usmjerenost djece i mladih kratkog trajanja, grupna terapija ne traje dugo već je u svom provođenju kratka i fokusirana.

6.2. Kognitivno – bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija, skraćeno KBT, kako joj i naziv govori, predstavlja kombinaciju dvaju teorijskih i terapijskih pristupa kognitivizma i biheviorizma koji se bave razumijevanjem ljudske prirode. Tako kognitivna terapija djeluje ponajprije na kogniciju, što se dugoročno odražava i na ponašanje, dok bihevioralna terapija djeluje primarno na ponašanje, a zatim i na kognitivne procese. Ustanovljeno je kako se bihevioralnim tehnikama brže postižu rezultati, a

kognitivnima dulje održava postignuti napredak, što zajedno rezultira moćnim i učinkovitim terapijskim konceptom (Begić, 2013.).

Govoreći o primjeni kognitivno-bihevioralne terapije s djecom i mladima, specifičnosti primjene proizlaze iz razvojne faze djeteta. Naime, u dobi od 2. do 7. godine, dijete prema teoriji kognitivnog razvoja pripada preoperacijskom razdoblju pri čemu ima ograničenu sposobnost predočivanja psihičkog iskustva i perspektive neke druge osobe koja se razlikuje od njegove, pri čemu je za njega realnost samo ono što on/ona doživljava (Boričević Maršanić i sur., 2015.). Stoga se u navedenom razvojnom periodu djece prilikom terapijskog rada, češće primjenjuju bihevioralne tehnike. Kako se dijete razvija i ulazi u faze konkretnih i formalnih operacija, sve veću ulogu zauzimaju i kognitivne tehnike. Važno je istaknuti kako je ponašanje djece i mladih, u odnosu na odrasle, pod većim utjecajem okoline radi čega procjena njihova ponašanja nakon proživljenih iskustava neizostavno uključuje i procjenu šire okoline (odnos s roditeljima, braćom i sestrama, prijateljima).

Kada je riječ o terapijskim tehnikama KBT-a, većinom se provode slične ili jednake tehnike bez obzira na dob. No ono što se razlikuje i prilagođava dobi djeteta i adolescenata je način provođenja, sadržaj rada, intenzitet i trajanje. Tehnike koje se provode nakon dijagnostičke procjene problema su (Jokić-Begić, 2021.):

- *Tehnike rješavanja problema* – dijete i adolescent se uči kako samostalno riješiti problem, postaje „sam sebi terapeut“, pri čemu se povećava uspješnost u rješavanju svakodnevnih problema. Provođa se na način da se najprije uoči problem, definira se, pronađu potencijalna rješenja, izabere ono najbolje i provjeri ga se primjenom. Svrha je poučavanje kako se ubuduće snalaziti u novim situacijama i izazovima, osim rješavanja trenutnog, konkretnog problema.
- *Trening socijalnih vještina* – usvajanjem socijalnih vještina, osnažuju se djeca i mladi za snalaženje u svakodnevnim situacijama i za postupanje na prikladan i proaktivan način. Dugoročni cilj predstavlja prevenciju neprihvatljivog ponašanja i postizanje učinkovite socijalne integracije djece i mladih.
- *Učenje po modelu* – označava učenje promatrajući drugoga, pri čemu dijete imitiranjem druge osobe uči bez vlastita iskustva i ponavljanja neke situacije. Svrha je u tome da prikladni modeli i prikaz njihovih ponašanja zamjenjuju neprikladno ponašanje.

- *Igranje uloga* – najzastupljenija tehnika među djecom i mladima. Provodi se na način da dijete igra ulogu druge osobu i na taj način shvaća njezine interese, želje, osjećaje i motivaciju. Poželjno je i mijenjanje uloga pri čemu se dobiva još širi uvid u konkretnu situaciju.
- *Mijenjanje atribucija* – označava kognitivne reatribucije, gdje se preoblikuju shvaćanja o utvrđenim uzrocima nekog problema u nove koji su realniji, prihvatljiviji te se lakše nositi s njima. U konačnici, nastoje se „objasniti“ uzroci problema, a posebice mijenjati oni uzroci koji su rigidni, a vezani za globalno, unutarne i postojeće.
- *Korištenje samouputama* – primjena naučenog govora „samome sebi“ u rješavanju nekog problema. Oslanja se na razvoj samokontrole, odnosno dijete svoje postupke ponajprije kontrolira verbalnim uputama odraslih, zatim ih usvaja i ponavlja si ih kao vrstu unutrašnjeg govora odnosno samoupute nakon čega si ih i izgovara na glas. Tehnika se počinje koristiti nakon 6. godine djeteta jer se u tom razvojnem periodu razvija opisani oblik samokontrole.

Važno je istaknuti kako je značajna razlika provođenja KBT-a kod odraslih i djece ta što se kod odraslih radi na ispravljanju promijenjenih kognitivnih procesa (misli, vjerovanja, kognitivna iskrivljenja), dok je kod djece fokus na učenju funkcionalnih kognicija. Uči ih se kako da upotrebljavaju kognitivne procese u svladavanju razvojnih poremećaja, u rješavanju problema i kontroli vlastita neprilagođenog ponašanja. Većina istraživanja potvrđuju kako je kognitivno-bihevioralna terapija jedna od efikasnijih u tretmanu posttraumatskog stresnog poremećaja (Resick i sur., 2003.; prema Runyon i sur., 2010.), koje se kao posljedica javlja nakon proživljenih traumatskih događaja.

6.3. Mindfulness

Mindfulness prevedeno na hrvatski označava usredotočenu svjesnost, a definira se kao svjesnost u kojoj je pažnja usmjerena prema osobnim iskustvima ili okolini u sadašnjem trenutku sa stavom neprosuđivanja. To znači da se svaka misao, emocija ili tjelesni osjećaj koje se javljaju u području svjesnosti primjećuju i prihvaćaju bez tumačenja točno onakve kakve jesu. Tri glavna elementa koja se ističu su: namjera, pozornost i stav neprosuđivanja, otvorenosti i prihvaćanja. Tehnike koje se provode u sklopu mindfulnessa uključuju senzorne vježbe (miris, okus), zatim vježbe disanja, pregled tijela, vođena imaginacija, vježbe kretanja, meditacije slušanja i ostalo.

Govoreći o djeci i mladima, mindfulness je među njima pozitivno prihvaćen. Razlog tomu je što je riječ o tehnikama samo-regulacije i organizacije uz koje mogu zauzeti aktivnu ulogu u njihovu životu i razvoju. (Boričević Maršanić i sur., 2015.). Važno je naglasiti kako je u primjeni tehnika mindfulnessa kod djece i mladih potrebno misliti o idućem: individualne karakteristike svakog od njih, razvojna obilježja i kognitivni procesi te je potrebno vježbe skratiti, pojednostaviti, koristiti razumljiv jezik, ubaciti elemente igre, aktivnosti i zabave te uključiti roditelje/skrbnike. Strukturirani programi mindfulnessa su također primjereni djeci i mladima, a posebice se ističu dva programa: program smanjenja stresa temeljen na usredotočenoj svjesnosti za djecu i kognitivna terapija bazirana na usredotočenoj svjesnosti za djecu (Boričević Maršanić i sur., 2015.).

Spomenuti autori također navode u svome radu sažetak empirijskih dokaza koji potvrđuju učinkovitost mindfulnessa u radu s djecom i mladima. Govoreći o psihotraumi u djetinjstvu koja povećava vjerojatnost negativnih posljedica kasnije u životu kako psiholoških tako i fizioloških te predisponira dijete za mentalne poremećaje kao što su depresija i anksioznost, depersonalizacija od svog tijela i uma predstavlja oblik mentalnog izbjegavanja povezanog s traumom. Pri tome je utvrđen značajan utjecaj mindfulnessa na težinu depersonalizacije te utjecaj vježbi disanja i meditacija na simptome ponovnog proživljavanja traume. Jokić-Begić (2021.) također navodi kako je više istraživanja pokazalo podatke o učinkovitom smanjenju negativnih emocionalnih reakcija kod djece i mladih te njihovih roditelja koristeći mindfulness tehnike, posebice kod adolescenata s disfunkcionalnim kognitivnim procesima, kao što su opsesije, ruminacije (neprestano razmišljanje o prethodnim događajima na negativan način), neprestana zabrinutost i slično. Na posljetku, zbog štetnih posljedica koje nepogodni životni događaji, a posebice traumatski imaju na tjelesno i mentalno funkcioniranje djece i mladih, neophodno im je omogućiti stjecanje učinkovitih načina suočavanja s takvim događajima i njihovim posljedicama. Vezano na to, istraživanja pokazuju da upravo vježbe usredotočene svjesnosti, odnosno mindfulnessa, poboljšavanjem mentalne fleksibilnosti, samokontrole i raspoloženja daju veću šansu djeci za razvoj kvalitetnih mehanizama suočavanja sa stresom i traumom (Boričević Maršanić i sur., 2015.)

6.4. Terapija igrom

Ukoliko je tretman započeo odmah ili kraće vrijeme nakon traumatskog iskustva tj. ako je traumatsko iskustvo doživljeno u djetinjstvu s posljedicama afektivnih ili ponašajnih problema, učinkovitom se pokazala terapija igrom (Bratton i sur., 2005.). Na stranicama Američke organizacije za terapiju igrom (APT) , terapija igrom se definira sustavna upotreba teorijskog modela u svrhu formiranja interpersonalnog procesa unutar kojeg educirani stručnjaci kroz igru koriste terapeutska obilježja da pomognu klijentima spriječiti ili riješiti psihosocijalne teškoće i ostvariti optimalan rast i razvoj. Drugim riječima, prema Gjurković (2015.) terapija igrom označava terapeutski pravac utemeljen na spoznajama o dječjem razvoju koji predstavlja proces u kojem dijete izabire stvari, simbole i vrstu igre kroz koju izražava svoje internalizirane konflikte i emocije, vođen od strane educiranog dječjeg terapeuta koji posjeduje znanja u interpretaciji dječje igre te pomaže roditelju i djetetu u poticanju zdravog djetetovog rasta i razvoja.

Rasmussen i Cunningam (1995.; prema Vaughn, 2012.) definiraju dva osnovna tipa terapije igrom. Prvi tip je *nedirektivna* koja je fokusirana na dijete i predstavlja nestrukturiranu terapiju igrom gdje dijete vodi aktivnosti. Za razliku od nje, drugi tip terapije igrom je *direktivni* tip, odnosno strukturirana igra u kojoj se podrazumijeva usmjeravanje od strane terapeuta. Nadalje, Boyd Webb (1999.) također navodi nekoliko modela terapije igrom: art tehnike, igra lutkama, lutkarska predstava, pričanje priča, društvene igre i ostalo. O kojem god tipu terapije igrom bilo riječ, na igru se gleda kao prirodnu aktivnost djeteta u kojoj dijete može sa sigurne udaljenosti, kroz prostor mašte, izraziti svoje misli, emocije i sukobe. Igra također predstavlja razgovor djece, a igračke su njihove riječi. Tako djeca svojim ponašanjem i koracima koje poduzimaju govore kako se osjećaju iznutra. Pri tome se terapijska moć igre ogleda u izražavanju sebe, omogućavanju pristupa nesvjesnom, oslobađanjem psihičke napetosti, formiranjem privrženosti te razvojem empatije i kontrole. Terapeut u ovom pristupu nije u poziciji osuđivanja djetetovog ponašanja, već nastupa sa stajališta razumijevanja djetetovog pogleda na svijet i povjerenja u njegovu unutarnju motivaciju za prilagodbom, autonomijom i samoaktualizacijom. Terapeut u svakom trenutku mora iskazivati autentično zanimanje za dijete i bezuvjetno prihvaćanje takvim kakvim jest pri čemu se između njih razvija topao i brižan odnos koji omogućava da cjelokupni proces i tempo rasta djeteta ide njemu individualnim ritmom (Landreth, 1993.).

Na posljetku, za očekivati je da će djeca koju su bila izložena nepredvidljivim i traumatskim događajima na određene načine reagirati na podražaje povezane s traumama, vidjeti ih kao prijetnju i imati problema s regulacijom vlastitih emocija pri odgovoru na njih. Zbog toga im je neophodno osigurati „trajnu sigurnu, pozitivnu, brižnu interakciju s drugima kako bi promijenili asocijacije između ljudi i negativnih iskustava u prošlosti“ (Hughes i Baylin, 2012.; Perry, 2006; prema Hong i Mason, 2016., str. 37.), što je jedan od glavnih ciljeva u formiranju terapijskog odnosa u terapiji igrom.

6.5. Kreativne terapije

Sve vrste kreativnih terapija temelje se na postavci da svaka osoba, bez obzira na umjetničku obrazovanost, može vizualizirati i na kreativan način predočiti stanje i sukobe koje osjeća u sebi (Škrbina 2013.; prema Dubovicki 2014.). Prstačić (1996.; prema Miholić i sur., 2013.) definira kreativne terapije kao podržavajuće metode usmjerene na samoobnavljanje, tj. na stalno obnavljanje dijelova organizma, te na samonadmašivanje tj. pomicanje fizičkih i mentalnih granica kroz stvaranje i kreativnost. Jednostavno rečeno kreativna terapija predstavlja korištenje umjetnosti kroz razne medije u psihoterapeutske svrhe. Središte kreativnih tehnika je sam proces stvaranja i oslobađanja potisnutih emocija, pri čemu kreativan proces potiče korištenje pozitivnih načina izražavanja osjećaja. Razlikujemo tako nekoliko medija, a to su likovnost, glazba, ples i pokret, dramsko-scenska ekspresija, literarna ekspresija i biblioterapija (Škrbina 2013.; prema Dubovicki 2014.).

Govoreći o djeci i mladima, korištenjem kreativnih terapija nastoje se potaknuti ona područja koja mogu biti okidač dječjoj mašti radi prihvaćanja stanja u kojem se nalaze. Posebno se naglašava pozitivni učinak kreativnog izražavanja i stvaralaštva u radu s djecom i mladima s teškoćama nastalih zbog nepovoljnih životnih okolnosti kao vrsta terapijske intervencije temeljena na socijalnoj interakciji u različitim kreativnim aktivnostima.

6.5.1. Art terapija

Američko udruženje art-terapeuta (AATA) (2017.) definira art-terapiju kao integrativni pristup utemeljen na uslugama i aktivnostima koje obogaćuju život pojedinca, obitelji i zajednice kroz načine aktivnog stvaranja umjetnosti, kreativnog procesa, primijenjenu psihologiju te ljudsko

iskustvo i percepciju, a sve unutar psihoterapijskog odnosa. Govoreći o djeci, crtež se kao glavno sredstvo art terapije pokazalo pouzdanim dijagnostičkim sredstvom i terapeutskim medijem. Navedeno se posebno odnosi na djecu koja zbog određenih psihičkih procesa i otežane verbalne komunikacije i ekspresije ne mogu iskazati svoje doživljaje (Kojić i sur., 2013.), što je nerijetki slučaj nakon proživljenih traumatskih događaja. Uz to, crtež je formiran od konkretnih i projektivnih elemenata koji se, nakon što su prikazani, mogu analizirati i zatim na temelju njih zaključivati o neurološkom, motornom i emocionalnom statusu osobe (Nainins i sur. 2006.; Council 2003.; Prstačić 1990.; prema Miholić i sur., 2013.).

6.5.2. Muzikoterapija

Prema Burić Sarapa i Katušić (2012.), muzikoterapija je vještina koja koristi glazbu i zvukove u formiranom odnosu klijenta i terapeuta. Glazba i zvukovi pri tome služe kao alat unutar sistematičnog procesa intervencije za ostvarenje preventivnih, rehabilitacijskih i terapijskih ciljeva. Muzikoterapija ima neizravne i izravne učinke na fiziologiju i kliničke simptome, na način da precizno izabrana glazba može umanjiti stres, poboljšati osjećaj ugone i predstavljati distrakciju od boli te poboljšati kliničko stanje. Često je korištena kao samostalna i komplementarna metoda u sprječavanju i liječenju različitih poremećaja nastalih zbog nepovoljnih okolnosti koje je osoba proživjela. Prema American music therapy association (AMTA), muzikoterapija se provodi na način da, nakon što kvalificirani glazbeni terapeut procjeni snagu i potrebu osobe, uključuje ju u stvaranje, pjevanje, slušanje i kretanje na glazbu što rezultira gore spomenutim pozitivnim učincima.

6.5.3. Dramska terapija

Dramska terapija predstavlja vrstu psihoterapije (The British Association of Dramatherapists, 2020.) koja je svoje temelje razvila iz drugih kreativnih terapija: likovne, glazbene te plesa/pokreta i u svojoj srži obuhvaća sve navedeno. Označava namjernu upotrebu dramsko-scenskih ekspresija i procesa za postizanje terapijskih ciljeva. U svojim primjenama temeljno sadrži pokret, ali sam ključ dramske terapije je upravo dramatizacija koja se zasebno odnosi na nekoliko različitih teorija i praktičnih oblika. Instrument izražavanja u psihodrami je ponajprije govorni jezik tj. verbalizacija i govor tijela, a kada to nije moguće onda se primjenjuju drugi oblici komunikacije poput maske, lutke, pisane priče, igranja uloga. Temeljna tehnika metoda dramske terapije je igranje uloga koje čovjek prakticira zapravo i kroz svakodnevni život, polazeći od djetinjstva gdje se to odnosi na

simboličku igru, pa sve do zrelosti kada nastupa sposobnost preuzimanja uloga. Putem dramske terapije, kroz metodu igranja uloga, protagonist, član grupe, slikovito predstavlja životne događaje, prorađuje bolna iskustva, razvija spontanost i priprema se za očekivane životne događaje (Lahad, 1999.).

Kada je riječ o djeci i mladima, dramska terapija im omogućava da kroz maštu i odigravanje zamišljenih priča spoznaju vlastite emocije i konflikte kojih možda nisu svjesni. Zatim ih kroz svoj lik lakše izraze nego što bi to učinili neposredno. Sukladno tome, uprizorenje lika koje dijete zauzima u terapiji iskorištavamo kako bismo razumjeli njegove reakcije u određenoj situaciji u kojoj se lik (ali i dijete u stvarnosti) nalazi, pri čemu se upravo buđenjem mašte koje potiče dramska terapija, izazivaju najdublje emocionalne reakcije i doživljaji djeteta (Ayalon 1995.; prema Kudek Mirošević 2009.).

6.6. Obiteljska terapija

Obitelj se smatra mjestom gdje pojedinac prvo uči životne vještine kao što su upravljanje i usmjeravanje svojih kognitivnih, fizičkih, emocionalnih i bihevioralnih odgovora na događaje. Uslijed traumatskih događaja kao što su prirodne katastrofe, ozbiljne nesreće i nasilje u školama ili zajednicama, sposobnosti pojedinca da upravlja kognitivnim, fizičkim, emocionalnim i bihevioralnim funkcioniranjem se mogu promijeniti, pri čemu trauma jednog člana neposredno ima utjecaj na cijelu obitelj, njihove međusobne odnose, interakcije i funkcioniranje (Boyer, 2019.). Djeca/mladi i njihove obitelji su međusobno ovisni. Prema tome, kada djeca dožive traumatsko iskustvo i pri tome teškoće u funkcioniranju, to se prelijeva na cijelu obitelj. Radi toga je neophodno u situacijama kada je dijete doživjelo traumu, osim individualnog tretmana, obratiti pozornost na značaj i posljedice koje situacija ostavlja na sve članove obitelji i na taj način pristupiti problemu na sveobuhvatan i učinkoviti način (Boyd Webb, 2003.).

Obiteljska terapija se definira kao vrsta tretmana koja je osmišljena za rješavanje specifičnih problema unutar obitelji, a koji utječu na njezino funkcioniranje. Također se može koristiti kao pomoć obitelji pri prolasku kroz teško razdoblje, veliku tranziciju te proživljavanju psihičkih ili ponašajnih problema nekog od članova obitelji. Okupljanje obitelji na terapiji ima dvije prednosti, a to su vidjeti iz prve ruke kako se članovi odnose jedni prema drugima i pomoći obitelji pronaći

i koristiti pozitivne načine povezivanja (Boyd Webb, 2003.). Postoji više istraživanja koja potvrđuju učinkovitost korištenja obiteljske terapije s djecom koja su doživjela traumu pri čemu obiteljska podrška može poboljšati interakcije i odnose te može pomoći djeci u rješavanju simptoma traume (Boyer, 2019.).

Rad s djecom uvijek na određeni način podrazumijeva uključenost njihovih roditelja i braće/sestara ukoliko je to moguće. Neki načini uključenosti obitelji u tretman su, za početak *savjetovanje s roditeljima* gdje terapeut održava kontakt s roditeljima nalazeći se jednom mjesečno i razgovarajući o djetetovom napretku, ponašanju i mogućim postupcima koji mogu biti poduzeti od strane njih kao roditelja. Zatim se mogu održavati *susreti s roditeljima u prisutnosti djeteta* te *susreti s braćom i sestrama* posebice ukoliko je riječ o traumatskom događaju koji je zadesio cijelu obitelj gdje će svako dijete imati vlastiti doživljaj i reakciju na isto iskustvo, a terapeut naglašavati pravilo međusobnog poštovanja i uvažavanja različitog. Na posljertku može biti riječ i o *okupljanju cijele obitelji* gdje autori Hepworth i Larsen (1993.) ističu kako su za taj postupak potrebna posebna znanja i vještine. Navode da je poželjno prije prvog zajedničkog termina prvo se susresti s roditeljima kako bi ustanovili odnos, riješili bitna pitanja u vezi povijesti obitelji i savjetovali ih na koji način da pripreme djecu za prvi susret obiteljske terapije. Nakon toga, kada se susreće cijela obitelj, terapeut mora pronaći način na koji će ih sve povezati, ali i on kao stručnjak ostvariti odnos s obitelji u cjelini i svakim članom zasebno (Minuchin, 1974.; Chasin i White, 1989.; prema Boyd Webb, 2003.). Zbog posebnih načina komuniciranja svake obitelji kao i različitosti među članovima, dužnost terapeuta je da utvrdi temeljna pravila u prvim susretima kako bi se stvorilo okruženje gdje se svi članovi obitelji osjećaju sigurno i poštovano u iznošenju svojih emocija i stajališta.

Zaključno, sudjelovanje obitelji u terapiji predstavlja značajnu komponentu djetetovog tretmana i oporavka od proživljenog traumatskog događaja jer kako tvrdi autor Liberman (1997.), ukoliko prvenstveno roditelji, ali i cijela obitelj ne sudjeluju u tretmanu, malo se može postići u pružanju pomoći djeci.

7. ULOGA SOCIJALNOG RADA U PRUŽANJU PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE DJECI I MLADIMA

Hrvatska udruga socijalnih radnika definira socijalni rad kao praktičnu i znanstvenu djelatnost koja svoj cilj vidi u postizanju socijalne promjene i kohezije te razvoju i osnaživanju ljudi za autonomno i uspješno funkcioniranje (HUSR). Kako bi to postigli, socijalni radnici pružaju širok spektar usluga na različitim razinama te provode svoj rad s brojnim korisnicima gdje je nerijetko riječ o djeci i mladima te njihovim obiteljima. Upravo psihosocijalna podrška predstavlja jednu od 15 socijalnih usluga nenovčane prirode koja je uređena Zakonom o socijalnoj skrbi. Na taj način je prikazano kako sam Zakonodavac smatra djelatnike centara za socijalnu skrb ključnima u procjeni i donošenju odluke kada je potrebna ova vrsta pomoći (Stjepanović i sur., 2015.).

Socijalni radnici imaju značajnu ulogu i u drugim vrstama psihosocijalnih intervencija unutar socijalnog sustava kao što su kratka savjetodavna intervencija, motivacijski intervjui, trening životnih vještina te obiteljska terapija. Također svoju ulogu nalaze i u intervencijama socijalnog područja koje se odnose na podmirenje osnovnih životnih potreba, ali i brige o zdravlju i kvalitetnim međusobnim odnosima pri čemu socijalni radnici mogu provoditi savjetovanje, upravljanje slučajem, pružanje podrške pri različitim oblicima školovanja i uključivanja u život u zajednici (Drummond i Perryman, 2007.). Sve navedeno neosporno predstavlja i ključne segmente rada s djecom i mladima nakon traumatskih događaja.

Socijalni rad s djecom i mladima se kroz povijest razvijao u više oblika od striktnog profesionalnog proučavanja djeteta kao „slučaja“ i njegovog tretiranja do novije prakse gdje socijalni radnik pristupa aktivno i suradljivo u radu s obitelji, djecom u grupi ili djecom individualno koristeći razne vrste pristupa i terapija. Metode rada bi se pri tome trebale temeljiti na sveobuhvatnom razumijevanju svih važnih faktora te usklađivanju unutarnjih i vanjskih potreba djece i mladih (Boyd Webb, 2003.).

Socijalni radnik koji se susreće s djecom i mladima koji su imali iskustvo traumatskih događaja treba posjedovati posebne vještine i znanja u provođenju tretmana s traumatiziranom djecom, a posebice u području kriznih intervencija, pravovremenog prepoznavanja i njihova ranog iniciranja u svrhu prevencije razvoja negativnih posljedica. Uz to trebaju imati sposobnosti vođenja i

koordinacije drugih uključenih stručnjaka s ciljem pružanja višerazinske pomoći. Tako kroz timski pristup i suradnju svaki stručnjak ima priliku pridonijeti boljem razumijevanju situacije u kojoj se dijete nalazi (Boyd Webb, 2003.). Zatim je na socijalnom radniku da dobivene informacije sistematizira, organizira i uklopi u planiranje i tretman te u suradnji s djecom/mladima i njihovom obitelji pruži im potrebnu pomoć i podršku.

8. ZAKLJUČAK

Pod traumatski događaj podrazumijevamo svaki događaj u čovjekovu životu koji je neočekivan i bolan, predstavlja prekretnicu za većinu ljudi i njegovim proživljavanjem kod pojedinca ostaje značajan trag koji uvjetuje njegovo daljnje funkcioniranje i osjećaj kontrole u životu. Tako se navedeni traumatski događaj može iskusiti kroz direktnu zahvaćenost nepogodnim okolnostima ili kroz svjedočenje događaju, zatim kroz obnašanje uloge pomagača te kroz spoznaju da se traumatski događaj dogodio nama bliskoj osobi. O kojoj god prilici bilo riječ, osim o obilježjima situacije, doživljaj traumatskog događaja i njegova daljnja integracija u život te vrste popratnih traumatskih reakcija ovisi o karakteristikama pojedinca i njegovog okruženja kao i značaju kojeg on pridaje traumatskom događaju. Kada je riječ o traumatskim događajima koji proživljavaju djeca i mladi oni se većinom odnose na doživljeno zlostavljanje ili zanemarivanje u obitelji, zatim na medicinsku traumu kroz uspostavu teške dijagnoze i potrebnog liječenja, na visokokonfliktni razvodi braka, smrt bliske im osobe, iskustvo vršnjačkog nasilja te zahvaćenost prirodnim i ljudskim katastrofama. U navedenim situacijama, ali i onima za koja oni sami procjene kao traumatska, djeca i mladi doživljavaju potpuni zaokret u dotadašnjem životu i načinu funkcioniranja te se suočavaju s novonastalim poteškoćama u područjima kognicije, ponašanja, doživljaja emocija, samopoimanja, viđenja svijeta te interakcije s drugima. Temeljne reakcije koje očituju djeca i mladi uslijed traumatskog događaja su iste kao i kod odraslih, a odnose se na ponovno proživljavanje, emocionalno izbjegavanje i povećanu pobuđenost. Ipak, ono što treba istaknuti je da iako traumatski događaj može biti isti, način na koji će se pojaviti reakcije kod djece i mladih ponajprije ovisi o razvojnoj fazi u kojoj se nalaze. Tako je zasigurno da ako se dijete nalazi u većem stupnju zrelosti ima više kapaciteta za razumijevanje posljedica koje ostavlja traumatski događaj što mu omogućava lakše suočavanje i nošenje s istim. No za pravilno i efikasno suočavanje i nadilaženje traumatskog događaja, djeci i mladima je neophodna psihosocijalna podrška.

Započevši od samog trenutka kada je događaj nastupio pa sve do potpunog oporavka, psihosocijalna podrška predstavlja niz koraka u kojem je cilj podmiriti osnovne potrebe djece i mladih te očuvati njihova razvojna i životna područja pogođena traumatskim događajem. Pružanje psihosocijalne podrške se ponajprije odnosi na psihološke krizne intervencije koje nastoje umanjiti negativni utjecaj proživljenog na kasniji oporavak. Započinju neposredno nakon događaja i

provode se u kraćem vremenu unutar kojeg je fokus na uspostavljanju emocionalne stabilnosti, uklanjanju trenutno prisutnih negativnih emocija i razumijevanju onog što se u tom trenutku događa. Psihološke krizne intervencije se s djecom i mladima provode na poseban način i uključuje faze otvaranja, traume i zatvaranja kroz koje terapeut prilagođava upotrebu crteža, igara, modeliranja i razgovora ovisno o kojem uzrastu je riječ. Nakon pravodobne i kvalitetno pružene psihološke krizne intervencije, psihosocijalna podrška se nastavlja kroz pružanje četiri temeljnih vrsta usluga ovisno o pogođenosti djece i mladih situacijom. Navedene usluge su, počevši od najosnovnije i najzastupljenije, zadovoljavanje osnovnih potreba i uspostava osjećaja sigurnosti, zatim podrška zajednicama i obitelji, usmjerena nespecijalizirana podrška te specijalizirana podrška. U ovom procesu pružanja psihosocijalne podrške od izrazite važnosti je educiranost i sposobnost stručnjaka da ispravno i pravodobno procjeni kojoj djeci je potrebna koja vrsta usluge, zatim kako koje dijete napreduje kroz uključenost u neku od usluga te koje daljnje korake je potrebno poduzeti za svako dijete individualno. Konačno, ukoliko postoji potreba, psihosocijalna podrška se nastavlja pružati djeci i mladima kroz različite vrste terapija. Jedne od najzastupljenijih su grupna terapija s vršnjacima, kognitivno-bihevioralna terapija, mindfulness, terapija igrom, kreativne terapije (art terapija, muzikoterapija i dramska terapija) te obiteljska terapija. Svaka od navedenih terapija, ovisno o postavkama na kojima se bazira, predstavlja vid pružanja psihosocijalne podrške gdje dijete i mlada osoba u suradnji s terapeutom radi na usvajanju pozitivnih načina nošenja s izazovnim situacijama, vlastitim problemima i očekivanjima te društvom oko njih.

Kako bi cjelokupni sustav pružanja psihosocijalne podrške djeci i mladima nakon traumatskih događaja uspješno funkcionirao i ostvario svoju namjenu, neophodan je zajednički rad svih stručnjaka iz različitih područja koji su posebno educirani u radu s djecom i mladima te svoj pristup ostvaruju na njima primjeren način. U tome svoj doprinos zasigurno pružaju i stručnjaci socijalnog rada koji imaju svoju ulogu u svakoj od prethodno navedenih faza. Pružaju administrativnu i pravnu pomoć u vidu osiguravanja smještaja i potrebnih resursa djeci i mladima, zatim prikupljaju i sistematiziraju sve potrebne informacije i dokumente, prema potrebi koordiniraju rad svih stručnjaka, provode individualne razgovore kako s djecom i mladima tako i s njihovim obiteljima, usmjeravaju ih na daljnje izvore pomoći i podrške te ukoliko su posebno educirani sudjeluju u provođenju nekih od gore spomenutih terapija.

Na posljetku, traumatski događaj kod djece i mladih ne predstavlja samo jedan „malo teži“ usputni događaj u njihovu životu za kojeg se smatra da će ga s vremenom prebroditi i nastaviti uspješno funkcionirati. U tako zahtjevnim, nepogodnim situacijama u životu djece i mladih ništa se ne bi smjelo podrazumijevati već neposredno nakon traumatskog događaja treba započeti s adekvatnom i pravodobnom intervencijom. Intervencijom koja prati dijete i mladu osobu odmah nakon proživljavanja traumatskog događaja, zatim osigurava nužnu pomoć i podršku za zadovoljenje osnovnih potreba te u skladu s njihovim individualnim karakteristikama i putem primjerene terapije nastavlja pružati multidisciplinarnu podršku kroz svo potrebno vrijeme u budućnosti. Upravo s takvim pristupom se postiže pravilna, sveobuhvatna psihosocijalna podrška pri čemu ne izostaju pozitivni rezultati uspješne integracije traumatskog događaja i njegovih posljedica u život djece i mladih.

9. LITERATURA

1. Ajduković, D. , Bakić, H. i Ajduković, M. (2016). *Psihosocijalna podrška u kriznim situacijama velikih razmjera*. Zagreb. Hrvatski Crveni Križ.
2. American Art Therapy Association (AATA) Posjećeno dana 12.6.2022. na mrežnoj stranici <https://arttherapy.org>
3. American music therapy asociation (AMTA). About Music Therapy and AMTA. Posjećeno dana 10.7.2022. na mrežnoj stranici <https://www.musictherapy.org/>
4. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey–Bass.
5. Arambašić, L. (1996). *Trauma. Stres, trauma, oporavak*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć. 147-150.
6. Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
7. Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice. *Psihološke krizne intervencije*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 11-31.
8. Arambašić, L. (2012). Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja Vodič kroz psihološke krizne intervencije u zajednici. Zagreb. Naklada Slap.
9. Alexander, J.C., Eyerman, R., Giesen, B., Smelser, N.J. & Sztompka P. (2004). *Cultural Trauma and Colletive Identity*. Oakland: University of California Press.
10. Bandura, A. (1997). *Self–efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
11. Begić, D. (2013). Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. *Medix* 19(106), 171-174.
12. Begovac, I. i Begovac, B. (2002). Psihička traumatizacija djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 30, 85-92.
13. Boyd Webb, N. (1999). *Play therapy with Children in Crisis*. The Guildford press.
14. Boyd Webb, N. (2003). *Social Work practice with children*. The Guildford press.
15. Boyer, W. (2019). Trauma-Focused Family Therapy with Children and Their Families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 27(2), 1-8.
16. Boričević-Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, Lj., Šarić, D. i Karapetrić Bolfani, Lj. (2015). Kognitivne tehnike u kognitivno-bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. *Socijalna psihijatrija* 43(4), 183-190.

17. Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A metaanalytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 376-390.
18. Burić Sarapa K. i Katušić A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(2), 124-132.
19. Čuržik, D. (2019). Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*, 47 (1), 51-85.
20. Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma*. Sage publications.
21. Drummond, DC. & Perryman K. (2007). Psychosocial Interventions in Pharmacotherapy of Opioid Dependence: A Literature Review. Geneva: Background document prepared for third meeting of Technical development group (tdg) for the WHO „Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of opioid dependence“
22. Dubovicki S. (2014). Prikaz knjige Art terapija i kreativnost. *Andragoški glasnik*, 18(1), 93-96.
23. Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8, 3-9.
24. Gjurković, T. (2015). Primjena terapije igrom u savjetodavnom i psihoterapijskom kontekstu. Brošura. Centar Proventus.
25. Harabajasa, (2020). Traumatski događaji u djetinjstvu i adolescenciji. Zajednica susret. Posjećeno dana 7.6.2022. na mrežnoj stranici <https://zajednica-susret.hr/vijesti/item/322-traumatski-dogadaji-u-djetinjstvu-i-adolescenciji.html>
26. Hepworth, D., H. & Larsen, J. A. (1993). Direct social work practice. Theory and skills. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
27. Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. A. & Monnier, J. (1995). Conservation of resources and traumatic stress. *Traumatic stress: from theory to practice* (29-47). New York: Plenum Press.
28. Hong, R. & Mason, C. M. (2016). Becoming a Neurobiologically-Informed Play Therapist. *International Journal of Play Therapy*, 25 (1), 35-44.
29. Hrabar, D. (Ed.). (2016). Prava djece: multidisciplinarni pristup. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
30. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007). IASC. Posjećeno dana 8..6.2022. na mrežnoj stranici

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

31. Jokić- Begić, N. (2021). Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Dječja i adolescentna psihijatrija* 1009.-1021.
32. Kudek Mirošević, J. (2010). Dijete s malignim oboljenjem i klinička procjena utjecaja komplementarnih suportivno-terapijskih programa. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(1), 33-40.
33. Kocijan-Hercigonja, D. (1995). Kako prepoznati što je normalno, a što je odstupanje u ponašanju kod traumatizirane djece. Programi psihosocijalne pomoći prognanoj i izbjegloj djeci (Priručnik za pomagače-nestručnjake). Zagreb, Društvo za psihološku pomoć, 27-34.
34. Kojić M., Zeba R. i Markov Z. (2015). Crtež i likovni izraz u otkrivanju i suzbijanju dječje agresivnosti. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 61(1), 163-176.
35. Lahad, M. (1999). Drama Therapy With Crisis Intervention Groups, Following mass evauation, *The Arts in Psychotherapy*, 26 (1), 27-33.
36. Landreth, G. (1993). Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28(1), 17-29.
37. Lieberman, F. (1979). Social work with children. New York: Human Sciences Press.
38. Maurović, I. (2015). Otpornost adolescenata u dječjim domovima. Doktorska disertacija. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
39. Miholić D., Prstačić M. i Nikolić, B. (2013). Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 73-84.
40. PFACE. Psihološka prva pomoć i psihosocijalna podrška u složenim kriznim situacijama (PFA-CE). Priručnik za predavače za obuku voditelja timova.
41. Perišić, K. i Rajhvan Bulat L. (2021). Što je potrebno u situacijama krize. Zagrebačko psihološko društvo. Posjećeno dana 10.7.2022. na mrežnoj stranici <https://zgpd.hr/2021/02/18/sto-je-potrebno-u-situacijama-krize/>
42. Pregrad, J. (1996). *Stres, trauma, oporavak*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
43. Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 345-361.

44. Profaca, B., i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
45. Pynoos, R.S. & Nader, K. (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescent, U: J.P. Wilson, B.Raphael (ur.), *International handbook of traumatic stress syndromes*, 535-549. New York: Plenum Press.
46. Pynoos,, R. S. 6 Eth, S. (1996). Witness to violence: The child intervju. *Journal od the American Academy of Child Pschiatry*, 25(3), 306-319.
47. Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence – Recent developments and current controversies, U: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (ur.), *Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, 331-358. New York: The Guilford Press
48. Runyon, M. K., Deblinger, E. & Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: *An initial study. Child & Family Behavior Therapy*, 32(3), 196- 218.
49. Save the Children. (2011). Psychological first aid for children: Toolkit and manual. Posjećeno dana 08.06.2022. na mrežnoj stranici: <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/4633.pdf>
50. Scheering M. S. (2019). Tretman PTSP-a u predškolske djece- Vodič za kliničare. Naklada slap.
51. Srdoč, N. (2010). Psihosocijalna podrška u katastrofama i velikim nesrećama. Prezentacija sa sjednice Stožera zaštite i spašavanja Istarske županije. Preuzeto s https://www.istra-istria.hr/fileadmin/dokumenti/novosti/2010/Psihosocijalna_podrska.pdf
52. Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija* 43, 36-43.
53. Subotić, Z. (1996). Zdrave i patološke reakcije na traumau. *Stres, trauma, oporavak*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
54. Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. New York: Sage Publications.
55. van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: van der Kolk, B. A., McFarlane A. C.

& Weisaeth, L. (eds.), Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: The Guilford Press, 182-213.

56. Vaughn, K. M. (2012). Play therapist's perspectives on culturally sensitive play therapy. Dissertation. *Early Education & Development* 23(6), 919-944.
57. Veljković, B. (2015). Intervencije u krizi–pomoć žrtvama i pomagačima kroz psihološku integraciju traume. *Godišnjak za psihologiju*, 12(14), 137-150.