

Dept. of Primary Health Care University of Göthenburg, Sweden

## PSIHOLOŠKE REAKCIJE PRI TEŠKIM KRIZNIM DOŽIVLJAJIMA

### PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO SEVERE TRAUMATIC EXPERIENCES

Tanja Sivik

#### Sažetak

Do najozbiljnijih psiholoških kriza dolazi kombinacijom dvaju patoloških faktora: ugroženošću života te gubitkom uda ili organa/ili tjelesne funkcije. Osobe ozlijeđene u ratu osobito su izložene tim faktorima.

Psihološke reakcije na traumatsku krizu odvijaju se u četiri faze: fazi šoka, fazi reakcije, fazi prilagodbe te fazi reorijentacije. Važno je da se ti faktori identificiraju i pomogne bolesniku na način najprimjereniji svakoj fazi, te utvrde psihološki obrambeni mehanizmi kao i tipični mentalni i psihosomatski simptomi, koji ovise o vrsti i opsegu traume, karakteristikama ličnosti i spremnosti za prihvaćanje liječenja.

#### Summary

Most severe psychological crises are caused by a combination of two pathological factors: serious threat to life, loss of limb or organ/or bodily function.

Those injured in war are exposed to one of the most difficult psychological crises which is caused by: 1) threat to his physical survival, 2) loss of limb and/or bodily function.

Psychological reactions to a traumatic crisis follow specific, well established steps: 1. Shock phase, 2. Reaction phase, 3. Adaption phase 4. Reorientation phase.

It is important to recognize these factors and help the afflicted person in ways appropriate to each specific phase. Otherwise a great risk exists that he will become fixated in one of the three first phases, which will result in serious negative consequences for the patient.

The medical staff must be able to recognize both psychological defence mechanisms that are normally activated within each phase as well as typical mental and psychosomatic symptoms.

Our manner of treating the injured person must be appropriate at each phase in order that the working through of the crisis can proceed favorably.

Defence mechanisms that are activated and the symptoms that a patient experiences are largely dependent on: the type and degree of the trauma, the personality characteristics of the injured person, the availability of appropriate and receptive treatment.

Appropriate and involved, receptive treatment are essential for the patient's psychological reorientation, but also for his somatic recovery.

## Opći uvod

Jedna od najtežih psihičkih kriza čovjeka izazvana je kombinacijom dva patoloških faktora:

**1. Prijetnja za život**, tjelesni i umni opstanak, pogotovo ako ta prijetnja traje duže vremena. Doživljaj vremenskog raspona je relativan i razlikuje se od osobe do osobe. Što je npr. dijete manje to mu je predodžba o vremenu »vječnija«, naime i jedan sat pod strahom se doživljava kao vječnost.

**2. Gubljenje dijela tijela** i/ili tjelesne funkcije. Ratni ranjenik je izložen kombinaciji tih dviju teško prebrođenih dijelova krize, zbog čega valja očekivati specifične reakcije izazvane traumatološkim krizama. U obradi ranjenika potrebno je zato uzimati u obzir nekoliko komponenata, te biti spreman psihički i materijalno koliko je god moguće, kako bi se spriječila dugotrajna pasivizacija, apatija i neprikladna rehabilitacijska spremnost, ili u najtežim slučajevima — čak i psihotički kolaps i dezorijentacija osobnosti (1). Psihičke reakcije traumatske krize mogu se, iz terapeutsko-praktičnih razloga podijeliti u sljedeće faze (2):

1. faza šoka,
2. faza reakcije,
3. faza prilagodbe,
4. faza reorijentacije na život.

Kako ne bi došlo do destruktivskog vezanja uz prvu, drugu ili treću fazu, liječnik i ostalo bolničko osoblje moraju biti upoznati sa sljedećim čimbenicima:

**1. Psihološki obrambeni mehanizmi** koji se mobiliziraju u raznim fazama, te prepoznavanje tih mehanizama,

**2. Tipični simptomi raznih faza krize** kao odraz aktiviranih psiholoških mehanizama obrane, i

**3. Način pristupa ranjeniku u određenoj fazi**, kako bi vezanje uz specifične obrambene mehanizme i specifičnu fazu, ako je to ikako moguće, bilo spriječeno.

## Različite faze toka traumatološke krize

Različite faze krize nisu četiri razdijeljene kategorije, već se naravno preklapaju, i zato je podjela prosudbena, no neke specifične značajke je bitno istaknuti, jer ne samo da ih se može prepoznati, nego i odnos prema ranjeniku u raznim fazama mora biti različit i prikladan odgovarajućoj fazi.

### Faza šoka

Ta faza traje nekoliko trenutaka do maksimalno desetak dana. Ako se faza šoka produži dulje od dva tjedna, postoji veliki rizik za fiksiranje uz tu fazu s mnogo destruktivnih posljedica. U šok fazi osoba još nije prihvatila stvarnost, budući da je stvarnost psihološki neprihvatljiva. Dužina trajanja šok faze ovisi o tri čimbenika:

- opsegu i karakteru traume,
- osobitostima osobe koja je doživjela traumu,
- mogućnostima i sposobnostima okolice da pruži prikladnu pomoć i postupak.

### **Opseg i vrsta traume**

Izvjese traume su takvog opsega da je rizik vezanje uz šok fazu veoma velik. U današnjoj situaciji u našoj domovini nije nažalost teško zamisliti mladog čovjeka koji je izgubio većinu fizioloških funkcija (npr. tetraplegija povezana sa sljepoćom), kojem je osim toga veliki dio obitelji poginuo ili je, kao i on, osakaćen. Taj mladić ne samo podsvjesno, nego i svjesno čini možda sve da ne shvati svoje stanje i da radije prelazi u psihotično odbijanje stvarnosti. Naravno, čak i jedno tako teško invalidno stanje ne dovodi kod svakog mladića do psihotične dezorganizacije ličnosti. Da li će do toga doći, u velikoj je mjeri određeno prema:

### **Osobitosti osobe koja je doživjela traumu**

Osobitosti traumatizirane osobe utječu kako na podsvjesni izvor psihičkih mehanizama obrane, tako i na spremnost i mogućnost prihvaćanja teške stvarnosti. Što je osoba psihološki ranjivija, to joj je naravno teže prihvatiti istinu. Još jedna važna činjenica je značenje gubitka funkcije u odnosu na struku i raniji način života traumatiziranog ranjenika. Tako je npr. za jednog pijanistu ili kirurga čak i gubitak jednog prsta velika trauma, dok jedan književnik ili nastavnik takav gubitak ne bi možda uopće doživio kao traumu. Da li će ranjenik uspjeti prihvatiti tragičnu istinu, ovisi također i o:

### **Mogućnostima i sposobnosti okolice da pruži adekvatnu pomoć i postupak**

Ako je u pitanju trauma koja ili nije prevelikog opsega, ili se pak dogodila osobi s izuzetno jakom, fleksibilnom i integriranom ličnosti, možda odnos liječnika, bolničkog osoblja i ostale okolice nije od središnje važnosti. Stvarnost je rijetko takva, jer traume kojima su Hrvati danas izloženi, nažalost su takvog opsega da su potrebne sve moguće snage, a isto tako i upotreba znanja kako bi se psihološke posljedice trauma barem donekle smanjile. (Specifične karakteristike rehabilitacijske orijentacije u kojoj se zbrinjavaju ranjenici kao i specifična znanja njegovatelja i terapeuta navedeni su niže u tekstu).

## **A) Tipični obrambeni mehanizmi koji se aktiviraju u šok fazi**

### **Odbijanje istine (denial)**

Odbijanje istine je rani, primitivni obrambeni mehanizam koji je u vrlo ranom djetinjstvu karakterističan i uobičajen, a kod odraslog se čovjeka iz-

ražava u traumatskim stanjima. Neki puta taj obrambeni mehanizam može dovesti do potpune amnezije. Jedan slučaj iz moje prakse bio je jedan židovski bračni par koji je proveo tri godine u Aušvicu, no, ni jedan od njih se uopće nije mentalno ni emocionalno sjećao tog boravka. No, njihovo tijelo se itekako sjećalo, tako da su obadvoje razvili vrlo teške psiho-somatske simptome. Iskustva takvog karaktera iz Beth Israel Instituta u Bostonu su mnogobrojna (3). I tu možemo napomenuti da je dužina korištenja tog obrambenog mehanizma ovisna o sva tri gore navedena čimbenika, obimu i opsegu traume, osobi ranjenika i značajkama okolice koja se brine o ranjeniku. Kratak period u kojem traumatizirana osoba mobilizira taj obrambeni mehanizam je potreban a i koristan, kako bi se čovjek postupno mogao približiti istini, bez da upadne u psihotičku dezintegraciju osobe. S druge strane, ako taj mehanizam nastavi djelovati duže vrijeme onda je sama ta reakcija odraz psihotičnog stanja, gdje osoba sebe ne vidi onakvom kakva jest (paraplegična), već se ponaša kao da se ništa nije dogodilo. Tu je naravno bitno napomenuti da takva reakcija može biti samo djelomična, tako da ju je teže primijetiti. Neki pacijenti reaguju kao npr. mentalni pacijent sa Fifiem. Možda se sjećate priče o mentalnom pacijentu koji je sa sobom vukao na uzici četkicu za zube i zvao je Fifi. Jednog dana, kad ga je liječnik upitao: »Kako je Fifi?«, pacijent je odgovorio: »To nije Fifi, to je četkica za zube!« Nakon što se liječnik udaljio, on se okrenuo i uskliknuo: »Al' smo ga prevarili Fifi!« Po istom principu može jedan paraplegičar pred liječnikom na prvi pogled dati dojam adekvatne reakcije, da bi u sebi potpuno odbacio istinu ili, još tipičnije, tretirao svoje stanje prolaznim, te čekao da se sutra probudi sa vraćenom funkcijom. Takav pacijent može na prvi pogled davati dojam sabranog pacijenta, i često ga bolničko osoblje prima sa zahvalnošću, budući da s njim barem u početku nema problema. Na žalost, postoji veliki rizik da takav pacijent nikada ne bude rehabilitiran već da funkcionalno s vremenom bude sve nesposobniji (4).

### **Poništavanje (undoing)**

Čarobno poništavanje doživljenog ima podudarnih točaka s obrambenim mehanizmom odbijanja istine, no ipak se znatno razlikuje od prethodnog. Dok odbijanje predstavlja jedan velikim dijelom nesvjestan i nedjelatan čin, poništavanje je djelomično djelatno zbivanje, u kom traumatizirana osoba na izvjestan način »mijenja scenarij« zbivanja stvarnog doživljaja, tako da stalno ponavlja vizualno cijeli događaj do jedne izvjesne točke npr. samog momenta ranjavanja, ali od te točke se scenarij mijenja, i tok događaja postaje pozitivan tako da se ono što se dogodilo zamijeni željenim slijedom događaja. Ovaj obrambeni mehanizam je u izvjesnoj mjeri koristan i prikladan, te čak i pomaže ranjeniku da postupno prihvati istinu u malim dozama. Međutim ako taj obrambeni mehanizam preuzme kontrolu nad osobom, može prijeći u halucinacijski bijeg od stvarnosti i dovesti do psihotičnog stanja. Rizik da se taj obrambeni mehanizam potpuno nametne ranjeniku je velik ako se ranjenika ostavi samog. Taj mehanizam ima i tendenciju da se razbuktava, a bez primjećivanja okolice, tako da i iz tog razloga predstavlja veliku opasnost i sprečava rehabilitacijski proces. Pogotovo zato što se takvog pacijenta često doživljava kao »idealnog«, budući da on daje utisak da je

čak i zadovoljan, pa čak i signalizira želju da ga se ostavi na miru. Osoblje je često jako zahvalno što pacijent izgleda zadovoljan i ne traži pomoć i pažnju (5).

### **Alexithymija i somatizacija**

Alexithymija znači nemogućnost doživljavanja i verbalizacije psihičkih osjećaja, te se psihički teški i neprihvatljivi osjećaji kanaliziraju u psihosomatske simptome, i to prvenstveno tjelesne bolove. Ranjenik koji iz bilo kojeg od gore navedenih razloga nije u stanju, ili mu to čak nije ni dozvoljeno zbog pritiska okoline, verbalizirati i opisati svoje stvarne osjećaje, riskira ostati fiksiran uz fizičke bolove i somatske simptome. Naravno, takva reakcija vrlo negativno utječe na oporavak. Nažalost, reakcija zdravstvene liječničke grupe često je neprikladna, budući da je takav pacijent miran i šuti, te ga se od strane osoblja, barem u akutnoj fazi tretmana, prihvaća sa zadovoljstvom. Takav pacijent riskira razvitak pasivizacije i vezanja uz somatske probleme i kronične bolove. Fantomski bolovi su u velikoj mjeri povezani sa vezanjem uz ovaj obrambeni mehanizam (5).

### **Regresija**

Izvjesno razdoblje (i tu se naravno radi o opsegu traume), u kome pacijent-ranjenik ulazi u regresiju je potreban dio procesa liječenja traumatiziranog duha, a posebno i tijela. Međutim, produžena regresija je destruktivna reakcija, koja dovodi do pasiviziranja i ovisnosti o okolini te sprečava normalan proces rehabilitacije. Bitno je moći razlikovati pozitivnu rekuperativnu regresiju od destruktivno-fiksacijske regresije. Niže u tekstu navedene su karakteristike tih dvaju različitih regresivnih procesa i adekvatnog odnosa bolničkog osoblja i terapeuta (5, 6).

### **Izolacija i intelektualizacija**

Izoliranje misli od osjećaja je podsvjestan obrambeni mehanizam koji se vrlo često aktivira i to pogotovo kod osoba sa visokom naobrazbom, a koji su već ranije skloni intelektualizaciji emocijskih problema. Takav pacijent može govoriti o svom stanju, ali on to radi bez osjećaja, i kao da govori o nekoj njemu potpuno nepoznatoj i neutralnoj osobi. On samog sebe na neki način smatra — slučajem. Ovaj je obrambeni mehanizam jako destruktivan i treba ga spriječiti, ako je to ikako moguće. Nažalost, mnogi liječnici i terapeuti su i sami skloni intelektualiziranju i izolaciji, tako da zdravstvene ustanove vrlo često ne samo da sprečavaju, već dapače podupiru razvijanje ovog mehanizma. Pacijent koji se preda izoliranju osjećaja od misli, riskira isto kao i aleksitimičan pacijent somatizizaciju svoje teškoće, budući da se i ovdje u stvari radi o vrsti alexitimije, no malo višeg i sofisticiranog stupnja. Daljnja je tipična patološka posljedica ovog mehanizma razvijanje paničnog straha, i teških neuroza u budućnosti (od anksiozne neuroze do konverzivne hysterije) (5).

## **Potiskivanje (suppression)**

Tu se radi pretežno o svjesnom procesu potiskivanja teških osjećaja. Ovaj se mehanizam uglavnom mobilizira kako bi se zadovoljili zahtjevi okoliša, tako da pacijent uporno tvrdi kako mu uopće nije teško i da će »sve biti u redu«. U mnogim studijama je dokazano da pacijenti koji smiju i mogu otvoreno pokazati svoju patnju daleko brže budu oslobođeni somatskih simptoma, u daleko manjoj mjeri razvijaju kasne psihičke ili psihosomatske simptome, te se daleko lakše mobiliziraju u periodu oporavka (5, 6, 7).

## **Unrepression (vraćanje zaboravljenih događaja)**

Ovdje se u stvari ne radi o obrambenom mehanizmu već o povratku zaboravljenih doživljaja, prvenstveno uspomena iz djetinjstva. To je psihička reakcija nastala u prvom redu smanjivanjem cenzure spoznajnih zbivanja, a kao rezultat opće psihofizičke slabosti i regresije. Slušalac kome traumatizirana osoba govori o svojim uspomnama treba s empatijom slušati, ali nije potrebno ulaziti u neka dublja razlaganja, budući da te uspomene često i nisu posve u skladu s onim što je stvarno doživljeno, a i pacijent ih nakon kratkog vremena ponovo zaboravi. U posebnim situacijama se takve uspomene mogu upotrijebiti u procesu psihoterapije, no potrebno je imati na umu da se u većini slučajeva radi o dijelovima koji nemaju neko izrazito značenje.

## **B) Simptomi povezani uz gore navedene obrambene mehanizme**

Već sam opis obrambenih mehanizama koji se aktiviraju u šok fazi prikazao je jednu specifičnu panoramu simptoma koji mogu nastupiti ako ova faza brzo ne prijeđe u reaktivnu fazu. Tipični psihički simptomi su:

1. **Depresija** melankoličnog tipa s apatijom i bespomoćnošću, tako da je spremnost na rehabilitacijski aktivni rad veoma niska.

2. Pretjerano **neprikladno veselje i optimizam**, koje može zavarati njegovatelje, no vrlo često s vremenom dovodi do depresije i apatije, jer je izraz odbijanja istine (denial) i/ili poništavanja (undoing), a najčešće svjesnog potiskivanja (suppression), da bi se zadovoljila okolica. Okolica obično doživljava izvjesnu grižnju savjesti, mada ne mora snositi nikakvu krivnju. Sama činjenica što sami nisu ranjeni, može kod mnogih ljudi dovesti do osjećaja krivice kad se nalaze u blizini teškog ranjenika.

3. **Psihotično-halucinacijsko stanje** — kao rezultat poništavanja i odbijanja istine. Takvo stanje može s vremenom čak dovesti do paranoidne psihoze deluzornog tipa.

4. **Opće somatiziranje i vezanje uz tjelesne boli** i funkcije tijela koje pacijent nije u stanju više obavljati. Npr. jedan oslijepljeni ranjenik se može potpuno vezati uz vid koga više nema, niti ga može povratiti, te potpuno zanemariti preostale funkcije.

5. **Regresija**, koja kako je gore navedeno u izvjesnoj mjeri predstavlja prikladnu rekuperativnu funkciju. Međutim ako traje predugo, dovodi do pasivizacije i pretjerane ovisnosti o okolici.

Specifične osobitosti i potrebe spojene uz pozitivnu regresiju su:

- potreba spavanja,
- plakanje,
- česta potreba za malim ali ukusnim količinama hrane,
- potreba tjelesnog dodira,
- potreba emocijskog dodira (želja za nazočnošću obitelji),
- oživljavanje pozitivnih uspomena, pogotovo iz djetinjstva,
- zahtjev za mirom i tišinom,
- slušanje glazbe, čitanje i slično.

Jedna opća osobitost i rezultat pozitivne regresije je nespornost pacijen-tovih želja i ponašanja sa tjelesnim potrebama koje su nužne za iniciranje liječenja i regeneraciju oštećenog tkiva i funkcija. Psihološki pozitivna re-gresija je odlikovana ranim izražavanjem potrebe za emocijskim i tjelesnim dodirom s okolicom.

Značajke negativne regresije su:

- ležanje i nepokretnost bez mogućnosti spavanja,
- anoreksija,
- vegetativne smetnje,
- hipersenzibilitet na bol, dodir, zvuk ili druge impulse,
- anksioznost i paničan strah bez plača,
- sumnjičavost, neki put spojena s bojazni ulaska mogućeg neprijatelja svaki čas na vrata, čak i ako se pacijent nalazi na vrlo sigurnom mjestu.

Opće značajke destruktivske regresije mogu se općenito opisati ponaša-njem zastrašenog djeteta koje je teško razuvjeriti da je opasnost prošla. De-struktivska regresija je povezana s lošom regeneracijom tkiva i rizikom pod-ljeganja ranama, te razvitkom infekcijskih komplikacija (8, 9).

### **Općenito o grupnom postupku s traumatiziranim ranjenikom**

U zadnje četiri godine, u skandinavskim zemljama, pogotovo u Norveš-koj i Švedskoj, postoje u većini komuna, u okviru bolnica tzv. krizne grupe čija je zadaća da se u slučaju neke nesreće (npr. veće prometne nesreće, po-žara i sl.) upute u cjelini na mjesto nesreće i od samog početka vode brigu o ranjenima, kao i ostalim osobama (rodbini ili slično) koje su se zatekle na mjestu nesreće. Takve su grupe posebno razvijene na graničnom području Švedske i Norveške, budući da se tu u zadnjih nekoliko godina desio veći broj nepogoda (požar na velikom putničkom trajektu sa nekoliko stotina po-ginulih i ogromnim brojem ranjenih, autobusna nesreća sa autobusom punim školske djece, te još nekoliko većih prometnih nesreća u planinskim pogra-ničnim terenima). Rezultat tih nesreća je intenzivna suradnja između kriz-nih grupa tih zemalja, tako da u slučaju nesreće najbliža grupa odlazi na mjesto događaja bez obzira na nacionalnu pripadnost. Iskustva tih grupa su veoma pozitivna. Grupa se sastoji od slijedećih stručnih kategorija: trauma-tološki kirurg, operativna medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, sveće-

nik i nekoliko posebno školovanih bolničara. Na mjestu nesreće pomaže se svim sudionicima i fizički i psihički. Osim toga, odmah se poduzima akcija traženja obitelji, te im se informacija o nesreći dostavi usmeno, osobnom posjetom, a nikad telefonski. Članovi obitelji su nazočni u bolnici nekoliko dana, i to dok šok faza ne prijeđe u fazu reakcije, a u kojoj se, ako je produžena, pacijent zajedno sa obitelji preveze u matičnu bolnicu, ako to već na početku nije učinjeno. Teži se da se pacijent čim prije preveze u matičnu bolnicu kako bi se daljnji tretman mogao prenijeti na sličan tim, ali tada više ne akutno traumatološki, već psihosocijalno i fizioterapeutsko-rehabilitacijski (10). Potpuno je jasno da takav »luksuzan« postupak nije u današnjim uvjetima moguć u Hrvatskoj, no neke središnje ideje takvog grupnog rada mogle bi se oponašati, te bi se na taj način moglo uštedjeti mnogo ljudske patnje, kao i društvenih troškova. Naime, svaki ranjenik koji ostane duhovno onesposobljen ostati će i tjelesno daleko više onesposobljen nego što bi to bilo neophodno, ako mu se od početka pruži prikladan psiho-somatski integracijski postupak.

### C) Postupak s traumatiziranim pacijentom u šok fazi

Ako je ikako moguće potrebno je čim prije paralelno s tjelesnom njegom ranjenika mobilizirati i osoblje koje se može brinuti o psihološkom zdravlju ranjenika. Da ne bi došlo do vezanja i »zamrzavanja« šok faze, bitno je voditi računa o sljedećem:

1. Tjelesna se njega ne smije vršiti kao da se radi o »kirurškom zahvatu jednog zakučastog slučaja«, već je jedan od veoma važnih vidova čak i pri samom kirurškom zahvatu, a i u ostaloj tjelesnoj njezi u svakom trenu pokazati ranjeniku da obrađujemo njega, a ne samo njegove rane. To postizemo na više načina, no najbitnije je da liječnik i njegovatelj ne reagiraju podsvjesno potisnuti svojim vlastitim obrambenim mehanizmima. Naime, kako pacijent, tako i liječnik, reagira prema principima krizne situacije, mada njegova kriza nije istog opsega kao i ranjenikova. S jedne strane on se čak podsvjesno boji i za samog sebe, jer on možda može biti iduća žrtva. Međutim, prvenstveno se on pred obogaljenim i masakriranim čovjekom osjeća psihički pogođen, te i sam mobilizira svoje obrambene mehanizme. Kombinacija je najrazornija ako pacijent i liječnik mobiliziraju iste obrambene mehanizme, pa npr. i jedan i drugi budu žrtve odbijanja istine (denial), kada liječnik pretjeruje u udaljavanju od tragične činjenice. Udaljavanje prikladnog raspona je neophodno, jer se u suprotnom slučaju njegovatelj i liječnik identificiraju s pacijentom, pa mu ne mogu pružiti potrebnu stručnu pomoć. Oni u tom slučaju riskiraju ponašanje poput majke koja počne plakati pri pogledu na dijete koje je došlo kući razbijenog nosa. S druge strane, ako liječnik stvori preveliko udaljavanje, te podsvjesno dozvoli da se od strahota brani na isti način kao mnogi pacijenti, kroz odbijanje istine, poništavanje (u kojem slučaju je sklon potcijeniti psihičko, a ponekad i fizičko značenje traume), intelektualiziranje, izolaciju itd., ponaša se kao stroj i odnosi se prema pacijentu kao prema slučaju. Da bi se liječnik i ostalo bolničko osoblje moglo odnositi prema pacijentu sa **angažmanom i empatijom**, ne smiju se ni **involvirati**, ni **distancirati** od pacijenta. Za to im je osim **znanja o ljudskim reakcijama i potrebama** potrebno i **poznavanje vlastite osobe**, barem u



nekoj mjeri. Osim toga potrebna im je **pripadnost jednoj radnoj grupi** u kojoj se osjećaju psihički sigurni i mogu otvoreno diskutirati o vlastitim osjećajima i reakcijama. Niže u tekstu će biti navedeni kriteriji dobre radne krizne grupe, a ovdje ćemo samo još navesti nekoliko točaka koje su važne za postupak s traumatiziranom osobom u toku prvih desetak dana nakon ranjavanja. Prije nego se te točke navedu potrebno je podsjetiti se, da se prema pacijentima koji zbog različitih uzroka čak i mjesec, dva nakon doživljene traume nisu izašli iz faze šoka treba odnositi na sličan način, ali tada postupak zahtijeva više truda i vremena. Princip postupka je isti; potrebno je što prije ranjeniku pomoći da na konstruktivan način prijeđe iz faze šoka u fazu reagiranja.

Empatičan i angažiran pristup pacijentu zahtijeva:

Izbjegavanje mijenjanja njegovatelja. Ako je moguće potruditi se da isti ranjenik bude njegovan od najviše dvije ili tri medicinske sestre.

Izbjegavanje povređivanja integriteta osobnosti. To znači da se npr. tjelesnu higijenu ranjenika, ako je ikako moguće, vodi odvojeno od ostalih pacijenata, ili da se barem omogućiti upotreba paravana. Za mnoge pacijente je potrebno i previjanje vršiti odvojeno, budući da izlaganje osakaćenih dijelova tijela, ako se to radi bez takta i empatije, može dovesti do psihotičnih reakcija. Vrlo je bitno da medicinske sestre (najbolje uvijek ista osoba), koje previjaju pacijenta vode i ostalu tjelesnu njegu pacijenta, te da to vrše stručno, ali ipak nježno i sa suosjećanjem. Treba čim ranije početi govoriti o stvarnom stanju pacijenta i ne šutjeti u kontaktu s pacijentom. U razgovoru se treba ponašati ozbiljno, ali ne i tragično. Šaliti se sa osakaćenim pacijentom nije adekvatno ponašanje budući da takvo ponašanje ili stvarno duboko povrijedi tog čovjeka, ili mu pomogne vezati se uz obrambene mehanizme odbijanja ili poništavanja. Humor ima svoje mjesto u tretmanu, ali ne u šok fazi. Isto tako nije konstruktivno sažaljevati i jadikovati nad pacijentom, no najrazorniji pristup pacijentu je distanciranje od ranjenika kao da je on slučaj ili predmet. Prikladno ponašanje zahtijeva empatično ali i iskreno i neposredno ponašanje koje od njegovatelja zahtijeva da govori istinu, ali bez suviše okrutnosti. Liječnik, a pogotovo medicinska sestra mora pacijenta neprekidno obavještavati o njegovu stanju, objasniti mu posljedice njegove traume i ne uljepšavati istinu. To se pacijentu mora ponavljati mnogo puta, i što je trauma veća, te što više pacijent izgleda sklon odbijanju istine, to je više puta potrebno ponoviti. Također se njegovatelj ili liječnik mora osigurati da je pacijent stvarno čuo i mentalno prihvatio i shvatio izvješće. Naravno, to se pacijentu može i mora pružiti na human i empatičan način, ali neposredan i ne sentimentaln. Pri njezi ranjenika mora se što je više moguće voditi računa o potrebama navedenim pod točkom konstrukcijske regresije.

Istovremeno je potrebno čim prije uključiti još dvije kategorije bolničkog osoblja, naime **psihologa/psihoterapeuta i fizioterapeuta**. Uloga psihologa je mentalno i psihički pomoći pacijentu, osposobiti ga u suradnji sa ostalim osobljem, za prijelaz iz faze šoka u fazu reagiranja, ali još više pomoći mu u samom toku reagiranja i prvenstveno u fazama prilagođavanja i reorijentacije na život. Fizioterapeut treba od početka biti uključen u postupak, kako bi pacijentu čim ranije mogao pomoći na dva načina.

Jednu od uloga koju medicinska sestra ima u samom tretmanu akutnih rana, je pokazivanje majčinske brige («mothering»), (11, 12, 13) koju što prije treba preuzeti fizioterapeut, tako da bi na taj način uspostavio pozitivan kontakt, kako bi pacijent postupno prešao u aktivnu fazu rehabilitacije i optimalnog treniranja funkcija tijela koje su u njegovom slučaju moguće. Ako je moguće, fizioterapeut treba provesti dva do tri tretmana dnevno. Taj tretman u početku treba biti individualan, no naravno uzimajući u obzir tjelesni status pacijenta, taj tretman treba čim prije prijeći u grupni, kako bi se podupirala reorijentacija na život. Fizioterapeut kao i medicinska sestra mora iskreno informirati pacijenta o njegovom stanju, te mu dati uvid u realne mogućnosti rehabilitacije. Kada pacijent prođe kroz najintenzivnije turbulencije faze reagiranja, moraju i liječnik i fizioterapeut puno puta izveštivati pacijenta o značaju njegovog aktivnog rada i truda za osposobljavanje, vraćanje ili kompenzaciju izgubljenih funkcija. Prije toga potrebno je pacijentu pomoći, te dozvoliti prolazak kroz fazu reagiranja.

Jedna od potrebnih i nužnih komponenata rada sa traumatiziranim pacijentima, jest uključivanje članova obitelji u prebrođivanje krize. Ako obitelj još postoji, treba uključiti i nju, a ako ne, treba tražiti bliske prijatelje ili neku drugu blisku rodbinu, te zajedno a pacijentom, a i odvojeno samo sa obitelji, od samog početka, ili barem čim prije, voditi kontinuirane terapeutske razgovore. Potrebno je čim prije uključiti obitelj u tjelesnu brigu o pacijentu, te podučiti članove obitelji o načinu previjanja, pojavi fantomskih bolova, raznim obrambenim reakcijama krize, potrebe o stalnom ponavljanju doživljaja. Iz do sada navedenog proizlazi da se u ovom kontekstu druga faza već aktivira, i da je vrlo bitno pomoći pacijentu da čim prije prijeđe u drugu fazu kriznih reakcija, naime:

### **Faza reakcije**

Kao što sam naziv kaže, ranjeniku mora biti omogućeno pokazati emocijske reakcije na sve što je proživio, kao i činjenicu da je tjelesno obogaćen, te da njegov život nikad više neće moći biti kao što je bio ranije. Ova faza normalno traje od četiri do osam tjedana, ali postoje individualne razlike s obzirom na prije navedena tri faktora. Veliki zahtjevi se postavljaju pred bolničko osoblje, koje prvenstveno ne smije spriječiti pokazivanje raznih, ponekad veoma teških emocionalnih reakcija od strane pacijenta. Vrlo je bitno da se reakcija plača, bijesa, straha, mržnje, očajanja itd. ne tretiraju kao bolest koja se farmakološki mora odstraniti i suzbiti, već da se te emocije shvate kao neophodne i korisne reakcije na putu prilagođavanja na život (14, 15). Farmakološka sedacija se mora, što je više moguće, izbjegavati, a ako se upotrebljava, doziranje mora biti najmanje moguće i kratkotrajno. Najbitnija komponenta faze reagiranja je kontinuirano verbaliziranje i opisivanje doživljaja. Pacijentu se mora dozvoliti i omogućiti da puno puta ponavlja sve što je doživio. Kad pacijent sam ne želi govoriti što je prošao, treba mu pomoći, a čak ga i prisiliti da govori i iskazuje svoje osjećaje. Uzimajući u obzir strahotu događaja i opseg psihičke i tjelesne traume, te različit psihološki vulnerabilitet ranjenika, nemoguće je reći koliko dugo i kako intenzivno treba faza reakcije trajati. Bitno je, uočiti i prepoznati neke destruktivne i obrambene mehanizme čija je svrha zadržati pacijenta na razini

faze reagiranja, bez kretanja naprijed u fazu prilagođavanja i reorijentacije na život. U ovoj fazi su najbitniji članovi tretmanske grupe, u prvu ruku psiholog/psihoterapeut te osim njega fizioterapeut. Obitelj mora što je više moguće biti uključena u ovu fazu prebrođenja krize. Ako je moguće, psiholog bi u težim slučajevima trebao imati svakodnevne pojedinačne seanse, a grupne i obiteljske seanse su poželjne jednom do dva puta tjedno. Takve grupe je dobro voditi u suradnji, npr. da jednu grupu od šest do devet ranjenika vode jedan psiholog i jedan psihijatar (bitno je da oba imaju psihoterapeutsku naobrazbu i iste teoretske reference psihodinamičkog karaktera).

Druga mogućnost je da psiholog i svećenik, ili socijalni radnik vode grupu. Poželjno je, da su voditelji grupe različitog spola. Također je bitno da fizioterapeut bude uključen u postupak kako bi se što prije počele osposobljavati mišićnokoštane i ostale funkcije tijela.

## **Obrambeni mehanizmi koji se aktiviraju u fazi reakcije**

### **Projekcija i introjeksija**

Traumatizirani ratni ranjenik je posebno sklon razvoju i intenziviranju ovih obrambenih mehanizama, koji predstavljaju projekciju njegovih najprimitivnijih i najinfantilnijih osobina na neprijatelja, tako da mu ti osjećaji u retrospektivi opravdavaju mržnju i želju za osvetom. U situaciji u kojoj se danas naš narod nalazi, takva je reakcija potpuno razumljiva, te u izvjesnoj mjeri i korisna, no ako dođe do vezanja uz mržnju i želju za osvetom, taj će osjećaj lako prijeći u opsesiju, te zatrovati život ne samo ranjenika, nego i cijele okolice, pa čak i cijelog društva. U postupku s traumatiziranim ranjenicima, možda jedan od najvažnijih, a i najtežih zadataka, je pokušati spriječiti vezanje uz mržnju i opsesijsku težnju za osvetom. Potpuno isključivši što je u korist ili u štetu neprijatelja, mržnja i vezanje uz želju za osvetom, za osobu koja ih gaji vrlo su razorni osjećaji, te prijete upropastiti ostatak njegovog vlastitog života. Za terapeuta je to jako težak zadatak, budući da danas vjerojatno mnogi terapeuti, liječnici i ostalo bolničko osoblje u Hrvatskoj dijeli mržnju, prezir i želju za osvetom s većinom Hrvata. Usprkos tome, potrebno je napomenuti, da je, ako je to ikako moguće, potrebno svima a pogotovo traumatiziranim ranjenicima, pomoći prebroditi mržnju i usmjeriti se na podizanje i rekonstrukciju vlastitog života. Ako se ne uspijemo oduprijeti mržnji postajemo isti kao i naš neprijatelj. Mi moramo svim snagama pomoći svima nama, a pogotovo traumatiziranim bogaljima prebroditi svoju mržnju i napraviti sve što je moguće, kako bi se okrenuli ka životu. Sve dok mrzimo, još pridajemo neprijatelju važnost kojoj on nije niti vrijedan niti odrastao.

Obrada i prebrođivanje ovog obrambenog mehanizma najbolje se radi u grupnoj terapiji. Jedna od najkorisnijih tehnika koja se za to može koristiti je **gestalt grupna terapija**. Naravno, uopće nije potrebno, a ni preporučljivo, rigidno se baviti samo jednom tehnikom. U rukama sposobnog i psihički osobno integriranog psihoterapeuta, mnoge su tehnike dobre i uspješne. Isto kao što su razne kirurške tehnike uspješne ako ih provodi iskusen kirurg dobro upoznat s tehnikom koju upotrebljava.

## **Preformiranje reakcije (reaction formation)**

Često se dešava da pacijent zbog osobnih stavova ili zbog stava okoline doživljava pojedine osjećaje i reakcije manje vrijednim, tako da on manje ili više podsvjesno negira jedan osjećaj i uz njega povezanu reakciju (npr. strah) u potpuno suprotan osjećaj i reakciju (u ovom slučaju pretjeranu hrabrost). Tako pacijent može početi igrati veseljaka i klauna, kako bi potisnuo tugu. To ne treba doslovno shvatiti, izvjesna doza humora je potrebna za preživljavanje, međutim tuga, žalost, strah, mržnja, očajanje i ostali teški osjećaji koji su **uvijek** nazočni kod teških traumatskih doživljaja moraju se **doživjeti, osjetiti i pokazati emocijski i verbalno**. Terapeut mora pomoći pacijentu da emocionalno dođe u kontakt sa istinom, te da to emocionalno i verbalno izrazi i prebrodi. Tek tada je pacijent spreman konstruktivno upotrijebiti svu energiju u rehabilitaciju i okretanje prema životu.

## **Acting out**

Neki pacijenti su skloni reagirati destruktivno prema vlastitom tijelu ili svojoj okolini. Tako nije rijetko da traumatizirana osoba postane alkoholičar, narkoman, kriminalac ili izrazi neku drugu vrstu »acting out« reakcija. Neopotrebnost je napomenuti kako je potrebno pokušati spriječiti takve destruktivne reakcije. Pacijenti koji nisu imali mogućnosti ili snage da emocijski i verbalno artikuliraju svoju patnju i očajanje riskiraju, u većoj mjeri nego drugi, prijelaz u destruktivno-reaktivnu fazu. Jedini način da se bar donekle spriječe takve reakcije jest u individualnim i grupnim seansama pokušati pomoći pacijentu da verbalizira svoju situaciju, ali i da što skorije počne kretati u faze prilagodbe i reorijentacije prema životu.

## **Premještanje (displacement)**

Agresija i osjećaj zavisti prema ljudima koji nisu obogaljeni je tipičan i prirodan osjećaj u fazi reakcije. Pacijent koji doživljava svjesno ili nesvjesno, da nije poželjno pokazivati agresivne osjećaje npr. prema liječniku, članovima obitelji ili slično, sklon je usmjeriti svoju agresiju na neke druge osobe koje nisu toliko moćne (djeca često postaju žrtve u takvoj situaciji), ili se agresija usmjerava na životinje ako ih ima u blizini, a najčešće na predmete. Agresiju se dalje može usmjeriti na ustanove ili organe vlasti, no najčešće se sva ljutnja stereotipno usmjerava na neprijatelja. Koliko god da je ta agresija opravdana, ako predstavlja kamufliranje ljutnje prema liječniku, treba ju pokušati i kanalizirati na pravu adresu. Najbolje je rješenje ako liječnik sam primijeti o čemu se radi i pomogne pacijentu da izrazi ljutnju i moguće razočarenje neposredno prema sebi, tj. liječniku. Nema boljeg načina rješavanja mogućeg nesporazuma i podizanja svoje cijene u očima pacijenta od priznavanja i poštivanja pacijentovih osjećaja. Kako žalost, tako i ljutnja mora moći biti usmjerena prema njegovateljima, liječniku i terapeutu, koji moraju biti u stanju iste primiti, i biti **kontejneri (container)**, na isti način kao što dobra majka mora biti u stanju primiti razočarenje i ljutnju malog djeteta, mada sama ništa nije skrivila. Svaki pacijent, pa makar i na kraće vrijeme uđe i u fazu sumnje i razočarenja prema liječnicima i

ostalom osoblju. Takvu reakciju treba moći primiti bez ispričavanja i objašnjavanja s mjesta povrijeđene točke. Na takvu agresiju potrebno je reagirati s empatijom i izvjestiti pacijenta o svemu što se radi, ali mu i reći da ga se razumije, i da su njegove reakcije i osjećaji prirodni. Ne smije se prema pacijentu postupiti prepotentno i »von oben«, jer takva reakcija djeluje depresivno i pasivizirajuće na pacijenta, a ne predstavlja ništa drugo nego nedostatak samopouzdanja i nesigurnost liječnika. Svaki pacijent, a pogotovo traumatizirani bogalj koji je dao svoj dio tijela u borbi za domovinu, mora biti tretiran i svaki mu liječnik i terapeut mora biti zahvalan. Tek onaj pacijent koji može izraziti svoje nezadovoljstvo i razočarenje, može shvatiti da ni liječnik, niti nitko drugi nije čarobnjak koji će mu vratiti njegove noge. Pacijent također mora shvatiti da mu samo njegov vlastiti i uporni rad može vratiti neki dio izgubljene funkcije ili razvitak novih osobina.

### **Prekompensacija (overcompensation)**

Jedan od konstruktivnih mehanizama obrane je prekompensacija, dakako ako nije otišla predaleko. Radi se naime o nastojanju obogaljene osobe da umno i po mogućnosti tjelesno pojača značenje i ulogu onih funkcija koje još ima. Tako npr. mlada osoba koja je izgubila obje noge trenira intenzivno ruke tako da se s vremenom počne natjecati u trčanju na kolicima. Drugačiji pacijent u takvoj situaciji počne pisati knjige, slikati, ili intenzivno svirati instrument koji je ranije zanemarivao itd. Ako je prekompensacija donekle usmjerena stvarnim sposobnostima, tako da pacijent koji je potpuno nenađaren ne počne fantazirati o Nobelovoj nagradi iz književnosti, obrambeni mehanizam je konstruktivan. Taj mehanizam ne smije biti mobiliziran prije negoli je faza reakcije dobila svoj doprinos. Budući da ovaj obrambeni mehanizam uglavnom pripada fazi prilagođavanja i reorijentacije, spomenut ćemo ga malo kasnije u tom kontekstu. U ovom kontekstu treba još samo napomenuti da su osobine grupe i članova grupe od sudbonosnog značenja za rehabilitaciju traumatiziranih osoba. Prvenstveno je suradnja i uzajamno poštovanje raznih članova grupe neophodno potrebno, tako da svi koji su uključeni u tjelesni odnosno psihički tretman znaju kako pacijent napreduje na raznim područjima. Vrlo je bitno, da pacijent doživi da se svi koji se o njemu brinu slažu, te da uzajamno potpomažu pacijenta u njegovoj borbi. Svakom članu grupe potrebna je podrška ostalih članova, kako bi mogao savladavati svoje vlastite teške osjećaje, i pogotovo kako bi bio spreman primiti na pravi način reakcije pacijenta. Ako je moguća redovita supervizija sa strane kvalificiranog stručnjaka (po mogućnosti psihoanalitičara), kog grupa može sresti dva puta mjesečno po dva sata, takva bi investicija mogla puno doprinijeti pozitivnom psihičkom stanju zdravstvenih radnika u timu. Psihološka supervizija tima je sastavni dio većine tretmanskih jedinica u Švedskoj i to ne samo kriznih grupa za pomoć u katastrofama.

### **Faze prilagodbe i reorijentacije na život**

Trajanje ovih faza također ovisi o opsegu traume, osobinama osobe i okoline. Faza prilagođavanja ne bi smjela trajati duže od godinu-dvije, s time da sukcesivno prelazi u fazu reorijentacije. U ovoj fazi pacijent polako

izlazi iz faze reakcije i osjećaji koji ga prate su prvenstveno osjećaj tuge i žaljenja, pomiješani s traženjem pomirenja sa sudbinom. U ovoj fazi, pacijent po mogućnosti živi u sredini u kojoj može nastaviti živjeti u budućnosti. No, tretman ne bi smio još prestati, već se pacijenta treba pratiti sve dok nije stabiliziran u fazi preorjentiranja na život. U fazi prilagođavanja potrebno je koliko je god moguće usmjeriti pacijenta na konstruktivne i realne poduhvate u daljnjem životu. O ovoj je fazi potrebno osim psihoterapeuta i fizioterapeuta koji kontinuirano rade s pacijentom aktivirati i širu okolicu. Tako je npr. **aktiviranje sportskih organizacija i klubova, crkve, raznih udruženja, zborova, šahovskih klubova** itd., najkonstruktivniji čimbenik tretmana bogalja. Ako je ikako moguće, treba aktivirati suradnju svih dobrotvornih i reakcijskih organizacija kako bi se omogućio dostojanstven i djelatan život svih naših ranjenika, a pogotovo mladića koji su žrtvovali cvijet svoje mladosti za slobodu domovine. Svi mi koji smo zdravi i fizički i psihički sposobni, bez obzira na struku i naobrazbu dužni smo učiniti sve što je u našoj moći da pomognemo ranjenicima ne samo pri izlasku iz krize, već prvenstveno u njihovom daljnjem mukotrpnom radu za povratak u život. Zato smo isto tako dužni surađivati, te iskoristiti sve snage i osobe raznih profesija u zajedničkom radu. Sve profesije imaju neku kvalifikaciju koja se može iskoristiti i aktivirati u zajedničkim naporima. Ako ništa drugo svi imamo mogućnost razvitka empatičnog pristupa i posvećivanja svog vremena. Prvenstveno je potrebno prihvatiti pomoć i potaknuti suradnju svih vrsti **zdravstveno-bolničkog, psihološkoscijalnog i pedagoškog osoblja** koje stoji na raspoloženju. Etička prisega od svakog liječnika zahtijeva da svojim primjerom pokaže da je svjestan koristi i vrijednosti svakog čovjeka te se mora potruditi potaknuti i inicirati suradnju izvan granica svoje struke. Pod suradnjom se podrazumijeva uzajamno davanje i primanje i poštovanje, a ne nalaganje i prebacivanje zadataka.

## Literatura

1. Dyregrov A. Katastrofepsykologi I. Psykokosiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 1983; 20:136—145.
2. Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och kultur 1980.
3. Gleser GC, Green BL, Winget C. Prolonged psychosocial effects of disaster. A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press 1981.
4. Green BL. Assessing Levels of Functional impairment following disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1982; 170:544—552.
5. Sivik T. Dynamisk psykoterapi 2. Diagnos-psykopatologi-behandlistehnik. Studentlitteratur Lund 1990.
6. Miligram NA. Stress and coping in time of war: Generalizing from the Israeli experience. New York: Brunner/Mazel Publishers 1986.
7. Auerbach SM. Crisis intervention: Theory and methodology. St Louis, CV: Mosby 1977.
8. Raphael BA. Primary prevention action programe: Psychiatric involvement following a major rail disaster. *Omega* 1979; 10:211—226.
9. Malcolm P. In *Psychosomatic Medicine*. V. 2 (Ed. Cheren, S.). Connecticut: Int. Univ. press. 1989.
10. Black JW. The libidinal cocoon: A nurturing retreat for the families of plane crash victims. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38:1322—1326.
11. Mahler M. *The Psychological Birth of the Human Infant*. London: Hutchinson of London 1975.

12. Fairbank JA, Gross RT, Brown TA. Current behavioral approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Behaviour Therapist* 1987; 3:57—64.
13. Fairbank JA, Gross RT, Keane TM. Treatment of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Modification* 1983; 7:557—568.
14. Figley CR. (Ed.). *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder.* New York: Brunner/Mazel, Inc 1985.
15. Gottfredson GD, Reiser M, Tsegaye Spates CR. Psychological help for victims of violence. *Professional Psychology: Research and Practice* 1987; 18:316—325.