

PSIHOSOCIALNA PODPORA REŠEVALCEM

Psychosocial Support for Rescuers

Andreja Lavrič* UDK 159.944.4:614.8

Povzetek	Abstract
<p>Reševalci se med intervencijami in po njih soočajo s stresom, pri čemer so jim v pomoč poznavanje upravljanja stresa, zaščitno vedenje in socialna podpora. Po intervencijah, ki imajo hujše posledice, se reševalcem zagotovi psihosocialna podpora v obliki svetovanja med sodelavci in zunanjimi svetovalci, razbremenitev (defusing), kratkih razbremenilnih pogovorov po kriznem dogodku na koncu izmene, strnjene psihološke integracije travme (psihološki debriefing) in psihoterapije. Po travmatičnem dogodku sta učinkoviti predvsem kognitivna vedenjska terapija, usmerjena na travmo, ter desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR). V podporo reševalcem so lahko tudi telefon za klic v stiski, informacije in svetovanje prek spletnih strani ter usposabljanja o stresu in travmi.</p>	<p>Rescue personnel are faced with stress during and after incidents. In coping with stress, knowledge of stress management, protective behaviour and social support can be of great help to them. Since incidents may also involve serious consequences, rescue personnel are offered psychological and social support in the form of peer and external professional support, short defusing interviews after the critical incident at the end of the shift, comprehensive psychological trauma integration (“psychological debriefing”) and psychotherapy. Traumatic events can be efficiently dealt with by cognitive behavioural therapy focused on trauma and EMDR. Support personnel can also make use of emergency telephone numbers, information and counselling through web sites, and training in stress and trauma.</p>

Uvod

Naravne in druge nesreče vplivajo na žrtve nesreč, njihove družine, prijatelje, opazovalce in tudi na reševalce. Na intervencijah pri reševanju tudi reševalci doživijo stres, ki pa ga je mogoče olajšati z različnimi postopki. V tujini uporabljajo v ta namen obvladovanje stresa po kritičnih dogodkih (angl. Critical Incident Stress Management), ki obsega več posameznih korakov.

Stres

Reševalci se med intervencijami in po njih soočajo s stresom, po nekaterih izmed njih, ki imajo hujše posledice, pa tudi s potravmatskim stresnim sindromom.

Pojem stresa so v zadnjih dveh stoletjih definirali številni avtorji, zlasti psihologi, ki so v svojih opredelitvah stresa bolj ali manj poudarjali telesne oziroma fiziološke odzive organizma na stresne razmere na eni strani (gre torej za stresen odziv na konkretni dogodek v okolici) in na pomen povezanosti objektivnih zunanjih okoliščin s posameznikovim vrednotenjem oziroma njihovim zaznavanjem (Arambašič, 2000).

Pomen posameznikovega zaznavanja in vrednotenja dogodkov v okolju za stresno doživljanje določenih razmer je v kognitivnem modelu stresa izpostavil Richard Lazarus. Objektivni dogodki v življenju nas lahko privedejo do stresa, da je torej vse dogajanje za posameznika lahko potencialno stresno. Ali bo neki dogodek deloval kot stresor, je odvisno predvsem od kognitivne ocene vsakega posameznika. Gre torej za posameznikovo razlago dogajanja. Veliko raziskovalnih ugotovitev je takšen koncept potrdilo, saj ponuja razlago, zakaj je toliko medosebnih razlik v odzivih na stres, v čustvih in zdravju (1984, po Svetina, 2007).

Proces ocenjevanja določenih razmer sta Lazarus in Folkman razdelila v dve fazi. V primarni oceni posameznik tako presodi, ali je dogodek zanj grožnja, če oceni, da je zanj ogrožajoč, pa v sekundarni oceni presodi svoje zmožnosti za reševanje razmer. Način odzivanja na morebitne ogrožajoče razmere je odvisen tudi od posameznikovega načina spoprijemanja s stresom, torej na spoprijemanje s stresom, osredotočeno na čustva, ali bolj na spoprijemanje, osredotočeno na problem. Različne osebnosti se različno odzivajo na stres, kar je odvisno od nekaterih lastnosti, kot so optimizem, samozaupanje, sproščenost, neobremenjenost, emocionalna stabilnost, socialno-ekonomski status idr.

Pojem stresa bi tako lahko definirali kot »/.../ sklop emocionalnih, miselnih, telesnih in vedenjskih odzivov, do

* dr., Ministrstvo za obrambo RS, Uprava RS za zaščito in reševanje, Zabriv 12, lg. andreja.lavric@urszr.si

katerih prihaja zaradi ocene dogodka kot nevarnega ali vznemirjujočega oziroma zaradi zahtev iz okolice, ki jih ne moremo zadovoljiti.« Stresor bi lahko opredelili kot »/.../ dogodek, ki ga ocenjujemo kot ogrožajoč oziroma nevaren za lastno življenje, življenje nam pomembnih ljudi, materialne dobrine, razmere v družini, za družbo, skupnost, samospoštovanje in tako naprej, ter dogodek, za katerega menimo, da lahko zmoti (spremeni) običajni potek našega življenja.« (Arambašič, str. 15, 2000) Stresor je torej nek zunanji dogodek, stres pa notranje stanje oziroma počutje.

Lazarus in Cohen (1977, po Selič, 1999) delita stresorje v tri skupine, in sicer kataklizmični ter osebni stresorji in stresorji ozadja. Prvi so nepredvidljivi dogodki, ki zajamejo večje skupine ljudi, kot so naravne in tehnološke nesreče ter katastrofe, in ki na ljudi močno vplivajo. Osebnih delujejo na posameznika in niso nujno predvidljivi ter zahtevajo veliko prizadevanja za obvladovanje. Stresorji iz ozadja so navidezno zanemarljive, nenehne težave oziroma razmere, ki povzročajo kronično vznemirjenje ali distres.

Ločimo škodljivi oziroma negativni stres, ki je posledica odziva posameznika na zahteve, ki presega njegove sposobnosti soočanja z njimi, to je tako imenovani distres, poznamo pa tudi tako imenovani pozitivni stres oziroma eustres, ki ga posameznik doživlja kot spodbudno in vznemirljivo doživetje, saj njegove sposobnosti omogočajo obvladovanje zahtev oziroma izzivov in spodbujajo posameznikovo ustvarjalnost (Svetina, 2007).

Simptomi stresa so lahko zelo različni in številni. Stres vpliva na večino telesnih organov in najrazličnejša dogajanja v telesu. Najbolj zanesljivo je ugotavljanje stresa, kadar je prisotnih več značilnih kazalnikov hkrati. Veliko znakov ostane dolgo neopaženih in se jih zavemo šele, ko so že ogrozili zdravje ali celo življenje ljudi. Delimo jih v štiri glavne skupine, in sicer telesne, čustvene, intelektualno-mentalne oziroma miselne ter vedenjske znake.

Dejavnike in izvore stresa bi lahko razdelili v tri skupine, in sicer na tiste, ki izhajajo iz delovnega okolja, na dejavnike zunaj delovnega okolja ter na kritične življenjske dogodke (Svetina, 2007).

Stres na delovnem mestu je pogost. Stresorji, ki delujejo na delovnem mestu, so povezani z različnimi dejavniki, kot so fizične razmere za delo, organizacija dela, medčloveški odnosi, značilnosti oziroma narava dela in lastnosti oseb, s katerimi delamo. Za te stresorje je še posebno pomembno, da delujejo prikrito in dolgotrajno in povzročajo kronični stres, ki lahko preraste v izgorevanje. Za takšno stanje so značilni izčrpanost, frustracija, občutek nemoči in brezizhodnosti, ki privede do tega, da se posameznik sprašuje o smiselnosti dela, ki ga opravlja (Arambašič, 2000).

Dejavniki zunaj delovnega okolja se navezujejo na vsakodnevna doživljanja v odnosih z ljudmi, prijatelji, znanci, na

vsakodnevna, manj intenzivna vznemirjenja, povezana z različnimi področji življenja (na primer starševske obveznosti in finančne skrbi), ki se kažejo kot nenehne zagate (Svetina, 2007). Pokazalo se je (Rakovec-Felser, 1998), da so prav takšne majhne mikrotravme za posameznikovo psihofizično ravnovesje bolj ogrožajoče.

Osebnostni tip tako na primer vpliva na to, ali se bo posameznik na pritiske in izzive odzval preveč goreče, bolj umirjeno ali s pretiranim čustvenim nadzorom. Osebnostna čvrstost na primer pripomore k odpornosti na stres. Osebnostno čvrsti ljudje imajo namreč zavest o nadzoru nad svojim življenjem, imajo razvit občutek dolžnosti in sprejemajo izzive. Osebnostna čvrstost je povezana tudi z občutkom sreče, optimizmom, asertivnostjo in samozaupanjem, vse skupaj pa prispeva k vzdržljivosti takšnih posameznikov, ki se zato uspešneje spopadajo s stresnimi razmerami in krepijo imunski sistem (Dienstbier, 1989, po Selič, 1999). Takšne osebe torej življenjske spremembe sprejemajo kot običajen del življenja in izziv in ne kot pretirano breme, temveč priložnost za osebno rast.

Pozitivna naravnost je zelo povezana s posameznikovo samopodobo. Osebe z visokim samovrednotenjem oziroma dobro samopodobo namreč zaupajo vase in svoje sposobnosti ter imajo občutek lastne učinkovitosti, to pa neposredno vpliva na izbiro aktivnosti in okolja (Svetina, 2007, 28–29). Pomemben dejavnik odzivanja na stres je tudi zavest o nadzoru nad svojim življenjem (Selič, 1999), ki se oblikuje že v zgodnjem otroštvu in ki vpliva na to, kakšne strategije obvladovanja bo posameznik razvil.

Povsem naravno je, da ob soočenju s stresom poskušamo z različnimi strategijami zmanjšati njegov vpliv. Glede na splošni cilj, ki ga želimo doseči, Arambašičeva (2000) loči tri načine soočanja s stresom, in sicer strategije, s katerimi želimo spremeniti stresor, strategije s katerimi poskušamo sprejeti realne razmere in se trudimo, da bi jih videli boljše, ter strategije, s katerimi se poskušamo čim bolj izogniti stresnim razmeram oziroma dogodkom.

Potravmatski stres

Potravmatski stres se lahko pojavi pri reševalcih, ki so preživeli dogodek, ki ni običajna človekova izkušnja, in ta dogodek podoživljajo s simptomi povečanega vzburljenja. V nasprotju s stresnimi dogodki doživljanje travmatičnega dogodka ni odvisno od kognitivne ocene posameznika, temveč so travmatični dogodki po svoji naravi takšni, da močno prizadenejo vse ljudi in jih vržejo iz ravnotežja. Takšni dogodki so nenadni in izzovejo intenziven strah, občutek groze ter nemoči. Posamezniki so lahko v dogodkih neposredno udeleženi oziroma prizadeti, lahko nastopajo kot neposredni opazovalci tragedije ali so tesno osebno povezani z osebo, ki je travmatični dogodek doživela (Arambašič, 2000).

Mikuš Kos in Slodnjak (2000) med najpogostejše travmatične dogodke uvrščata hude nesreče in grozljiva dejanja, kot so prometne nesreče, nezgode, telesni napadi na otroke, ranjeni otrok, telesno trpinčenje otroka, spolna zloraba otroka, življenjsko nevarne bolezni ali težki zdravniški posegi, družinsko nasilje, naravne in tehnološke katastrofe, ugrabitve, vojna dogajanja in ko je otrok priča različnim nasilnim dejanjem. Avtorici navajata več značilnosti psihične travme, in sicer zelo ogrožajoč dogodek, nesposobnost obvladovanja, dezorganizacijo psiholoških in fizioloških odgovorov, čustveno prizadetost in moteno vsakodnevno delovanje.

Nekateri odzivi posameznika (Arambašič, 2000) na travmatični dogodek so razumljivi, pričakovani in za normalne okoliščine povsem normalni. Trajajo lahko nekaj tednov ali celo mesecev in se lahko pojavijo takoj po dogodku ali celo po nekaj mesecih. Če po intenzivnosti, obsegu, trajanju in stopnji, do katere jih posameznik še lahko prenaša, presežejo določeno mero, govorimo o patološkem odzivu oziroma potravmatskem stresnem sindromu. V tem primeru je nujna tudi psihoterapevtska pomoč. Potravmatski stresni sindrom je torej dolgotrajna posledica travmatičnega doživetja.

Stopnja posameznikove psihične in psihosocialne prizadetosti je odvisna od (Mikuš Kos, Slodnjak, 2000) narave in intenzivnosti travme, stopnje izpostavljenosti, osebnih lastnosti posameznika, značilnosti življenjskega okolja in pomoči, ki so jo zagotovili posamezniku. Posamezniki, ki bolje prenašajo delovanje stresorjev in se manj odzivajo na stres, tudi bolje obvladujejo travmatska doživetja.

Upravljanje stresa in zaščitno vedenje

Potreba po psihološki pomoči pri izpostavljenosti kritičnim oziroma travmatičnim dogodkom je še posebno očitna pri nekaterih poklicih, pri katerih je pogostost takšnih izkušenj precej velika, na primer gasilcih, reševalcih (potapljačih, jamarjih, kinologih, gorskih reševalcih), strokovnjakih za neeksplozivna ubojna sredstva, policistih in drugih.

Z različnimi oblikami zaščitnega vedenja poskušajo posamezniki preventivno delovati za ohranitev zdravja, pri čemer se večina ljudi po ugotovitvah Harrisa in Gutenove (1979, po Selič, 1999) osredotoča predvsem na skrb za ustrezno prehrano, zadostno spanje in dostopnost urgentnih telefonskih števil. Na zaščitno vedenje vplivajo številni biopsihosocialni dejavniki, med katerimi Seličeva (1999) poudarja predvsem spol, starost in sociokulturni okvir.

Pri obvladovanju stresa ima pomembno vlogo podpora socialnega okolja, predvsem najbližjih. Socialni odnosi vplivajo na spoprijemanje posameznika s stresom, pozitivna socialna podpora pripomore k občutkom uspeha

in deluje preventivno na izgorevanje (Rakovec Felser, 2002). Visoka socialna podpora tako ublaži delovanje grozečih dogodkov. Payne in Walker opredeljujeta različne oblike socialne opore, in sicer oporo v obliki koristnih informacij, otipljivo oporo v obliki konkretnih aktivnosti drugih, čustveno oporo, oporo v smislu potrditev posameznikovih prepričanj in občutkov ter socialno vključenost. Raziskave torej potrjujejo pomen medosebnih stikov za posameznikovo občutenje sprejetosti, ljubljenosti, potrjenosti in njihovo zaščitno vlogo med boleznijo in njenimi posledicami (Svetina, 2007).

Preventivno delovanje v obliki sproščanja omogoča učinkovito zmanjšanje delovanja simpatičnega živčnega sistema, organizem počiva in poveča sposobnost zbranosti ter spodbuja spomin in ustvarjalnost. Tako si posameznik obnovi energetske zaloge in se pripravi na soočanje s stresom (Svetina, 2007).

Obstajajo različne tehnike sproščanja, ki praviloma temeljijo na pravilnem in poglobljenem dihanju. Stres povzroči pomanjkljivo, nepravilno in plitvo dihanje, pri katerem ni trebušnega dihanja, uporablja se večinoma zgornji del pljuč, kar povzroči pomanjkanje zadostne količine kisika v krvi, to pa občutimo kot utrujenost, težo, težave z zbranostjo, nelagodje in slabše razpoloženje. Zmanjša se tudi naša učinkovitost (Svetina, 2007).

K obvladovanju stresa in poznavanju zaščitnega vedenja veliko pripomore tudi usposabljanje s tega področja. Tako se reševalcem, ki delujejo v sistemu zaščite, reševanja in pomoči, namenja takšno usposabljanje v smislu preventive. Usposabljanje o preventivi pred stresom, o psihičnih značilnostih doživljanja nesreč, soočanju s poškodbami in smrtjo, o skupinskem delu in komunikaciji med intervencijami je številnim gasilcem, gorskim reševalcem, kinologom, jamarjem, potapljačem in drugim pomagalo pri prepoznavanju stresa in soočanju z njim (ICZR, 2010).

Razbremenilni pogovori

V zahodni Evropi in Severni Ameriki imajo za svoje reševalce organiziran sistem psihosocialne pomoči. Eden takšnih primerov je organizirana psihosocialna pomoč v švedski gasilski in reševalni službi mesta Göteborg, kar so predstavili tudi v Sloveniji.

Švedski gasilci so program obvladovanja stresa ob kritičnih dogodkih CISM (angl. Critical Incident Stress Management) oblikovali po letu 1999 (Hassling, 2008) na podlagi izkušenj, pridobljenih med požarom na trajektu Scandinavian Star, ki je zahteval 158 žrtev in je jasno pokazal, da gasilci pri svojem delu potrebujejo takšen program. Obsegal je usposabljanje in izobraževanje osebja za dajanje prve psihološke pomoči na kraju reševanja in tudi za prepoznavanje in sprejemanje lastnih potreb po čustveni podpori. Vsi častniki in vodje so bili usposobljeni za prepoznavanje morebitnih travmatičnih dogodkov ter

stresnih odzivov med osebjem in za dajanje tovariške pomoči. Vodstvo so usposabljali o programu CISM, rutinski postopki programa so bili zapisani in izdani kot splošen ukaz, za tovariško pomoč je bila izbrana ekipa, ki so jo usposobili in je začela delovati, s psihologi pa je bila podpisana pogodba o sodelovanju.

Nameni programa so preprečiti duševno izgorevanje gasilcev, omogočiti hitrejše okrevanje po izpostavljenosti kritičnim dogodkom in zagotoviti, da osebje ostane ter dobro dela na delovnem mestu. Program omogoča pridobitev poučne izkušnje, ki je koristna tako za posameznika kot skupino ter vzpostavlja zaupanje in krepi skupinski duh. Prek programa se gasilci tudi naučijo prepoznavati težke izkušnje.

V gasilski in reševalni službi mesta Göteborg program CISM temelji na petih ravneh podpore. Prva raven je raven posameznika, na kateri ta prevzema osebno odgovornost za okrevanje. Sem spadajo upravljanje stresa, poznavanje in uresničevanje zaščitnega vedenja ter krepitev socialnih odnosov z družino, prijatelji in drugimi (Haasling, 2008).

Temu sledi raven tovariške podpore, pri kateri je bistvena takojšnja pomoč po nesreči, predvsem kot aktivno poslušanje. Tretja raven obsega razbremenilne pogovore (angl. defusing), s katerimi se predvsem ugotavlja stanje, če se pokaže potreba, pa sledi še poglobljen analitični pogovor (angl. debriefing). V redkih primerih je potrebna še posebna terapija, ki jo opravljajo terapevti, usposobljeni za potravmatski stresni sindrom. Defusing se praviloma opravi v 24 urah po izpostavljenosti kritičnemu dogodku in traja od 20 do 45 minut, v skupini od šest do osem posameznikov. Debriefing se opravi v 24–72 urah po dogodku in traja od dve do tri ure ter obsega večjo skupino ljudi (Haasling, 2008).

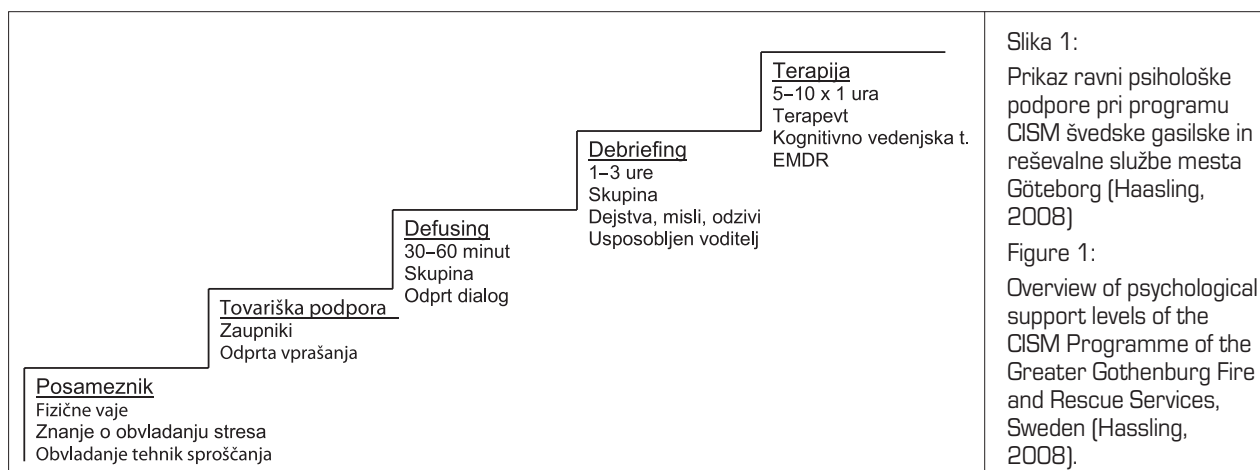
Tovariška podpora (angl. peer support) temelji na pogovoru s sodelavci. Izbrani sodelavci reševalci se pojavljajo na eni strani kot dobri poslušalci, ki poznajo tehniko aktivnega poslušanja, zastavljanja odprtih vprašanj itn., ter na drugi kot svetovalci z dolgoletnimi izkušnjami.

Tovariška podpora se uveljavlja tudi v Sloveniji. Na njej temelji projekt policijskih zaupnikov, ki je v policiji dopolnil projekt 24-urne psihološke pomoči (Policija, 2011). Tako psihološko pomoč poleg psihologov slovenskim policistom zagotavljajo tudi policijski zaupniki. Zaupniki so izkušeni policisti, ki v svojem delovnem okolju uživajo ugled in jim sodelavci zaupajo. Osemnajst zaupnikov je bilo izbranih s posebnim postopkom na podlagi njihove prijave ali pa so jih predlagale posamezne enote. Projekt so izvedli na podlagi dobrih izkušenj avstrijske policije in FBI.

Za zaposlene v Policiji je vzpostavljena tudi 24-urna psihološka interventna pomoč. Namen pomoči je takojšnja psihološka podpora psihologov, zaposlenih v Policiji. Taka pomoč lajša čustvene stiske policistov ob doživljanju travmatskega dogodka in omogoča lajšanje normalnih procesov okrevanja po stresnem dogodku. Psiholog se odzove v 24 urah po stresnih dogodkih, v katerih je ogroženo življenje policista ali sodelavca, po smrti ali hujši poškodbi sodelavca, lastni hujši poškodbi, obravnavi prometne nesreče s hudimi telesnimi ali smrtnimi poškodbami oziroma obravnavi prometne ali druge nesreče, v kateri so udeležene bližnje osebe zaposlenega ali otroci, itn. (Policija, 2011).

Soočanje posameznikov s stresom je torej mogoče olajšati z različnimi razbremenilnimi pogovori. Razbremenilni pogovor ali defusing poteka kot osnovna psihološka pomoč udeležencem travmatskega dogodka. Uporablja se pred odhodom domov takoj po kriznem dogodku in je usmerjen na neposredno doživljanje stresa. Vsakemu se omogoči, da pove, kaj se je zgodilo in kako se je odzval. Prav tako dobijo udeleženci podatke o tem, kakšen je normalni stresni odziv ljudi na krizne dogodke in kakšne oblike pomoči so mogoče. Defusing se opravi za skupino, ki je bila izpostavljena istemu travmatskemu dogodku, oceni pa se tudi, ali je nujna dodatna pomoč v obliki debriefinga. Izvajalci defusinga so običajno specialisti s področja kriznih intervencij ali dodatno izobraženi izvajalci kolegialne pomoči.

Debriefing je strukturiran proces psihološke pomoči v kriznih razmerah, ki poteka po točno določenih zakonitostih. Razvili so ga psihologi sredi 80. let prejšnjega sto-



Slika 1:
Prikaz ravni psihološke podpore pri programu CISM švedske gasilske in reševalne službe mesta Göteborg (Haasling, 2008)
Figure 1:
Overview of psychological support levels of the CISM Programme of the Greater Gothenburg Fire and Rescue Services, Sweden (Hassling, 2008).

letja, da se zmanjšajo znaki stresa pri članih reševalnih služb po izpostavljenosti travmatskim dogodkom. Gre za srečanje skupine takoj po izpostavljenosti istemu kriznem dogodku, kar prispeva k preprečevanju čustvenih težav in zaščiti duševnega zdravja. Gre za strukturirano in natančno obdelavo kriznega dogodka z usmerjanjem na miselno in čutno doživljanje, čustvene in vedenjske odgovore ter podajanje informacij o značilnostih stresa in odzivov nanj. Tako se zagotovita ustrezna razlaga dogodka in takšna integracija izkušnje, da se zmanjša verjetnost pojava psihičnih motenj, kot je potrvamatski stresni sindrom (Arambašič, 2000).

Obstajajo različni modeli debriefinga, vendar imajo nekatere skupne cilje. Udeležencem naj bi dali priznanje, da delajo dobro, omogočili boljše razumevanje dogodka, z empatičnim pristopom vodenja debriefinga naj bi dobili ustrezno podporo in določili načine, ki bi pripomogli k izboljšanju stanja ter večji čustveni stabilnosti. Prav tako naj bi debriefing omogočil seznanitev z dogodkom in možnimi odzivi nanj ter v skupini udeležencem ponudil priložnost, da se učijo drug od drugega in da občutijo, da v trpljenju niso osamljeni. Prav tako naj bi bil tudi možnost za razbremenitev občutkov krivde.

Debriefing je namenjen predvsem članom intervencijske enote, ki je bila udeležena v travmatskem dogodku. V takih primerih avtorja Larsson in Österdahl (1996) za švedski model priporočata, da naj bi pobudo za debriefing dal tisti, ki je organiziral delo intervencijske enote. Priporočata skupino do največ 15 članov, če je treba, pa se oblikuje več skupin. Debriefing naj opravi tisti, ki običajno vodi skupino, pri čemer mora imeti ustrezno znanje o odzivanju na stres in krizne razmere, poznati mora skupinske procese in podporo v kriznih razmerah. Kot so pokazale švedske izkušnje, so za uspeh debriefinga pomembni občutek varnosti in zaupanja, dobra povezanost oziroma homogenost skupine in zaupanje v vodjo ter ustrezna usposobljenost izvajalcev debriefinga.

Debriefing traja od ene do štirih ur in je odvisen od več dejavnikov. Arambašičeva (2000) navaja več dejavnikov, in sicer pomen dogodka, velikost skupine, način vodenja ter raven odprtosti skupine. Avtorica po Mitchellu, ki je bil začetnik tega modela, opredeljuje sedem faz debriefinga, skozi katere posamezniki vodeno prehajajo s kognitivnega na čustveno področje in nato nazaj na kognitivno. Vrstni red faz je za uspeh zelo pomemben in ga je treba upoštevati. Neustrezno voden proces lahko namreč povzroči tudi reviktimizacijo osebe.

Prva faza oziroma kognitivno področje obsega uvod, v katerem se določijo pravila poteka debriefinga in temelji za uspešnost celotnega procesa. V tem delu se poudarijo zaupnost, cilj in potek postopka ter tudi to, da ne gre za kritiko in vrednotenje dogajanja. Vsi udeleženci sodelujejo pri navajanju dejstev in vsak govori o svojem doživljanju, posamezniki prevzemajo odgovornost za izrečeno, prav tako pa usmerjevalci debriefinga ne smejo biti osebe, ki vodijo preiskavo o dogodku. Udeleženci so med

seboj enakovredni, črni humor ni zaželen, odmori so le v nujnem primeru, saj je kontinuiteta zelo pomembna. Prav tako se ne uporabljajo telefoni, fotografski aparati ali kamere in ne delajo zapiski (Arambašič, 2000).

Med drugo fazo oziroma na kognitivnem področju se obdelajo dejstva, torej se spregovori o resničnem dogodku. Posamezniki se predstavijo, spregovorijo o svoji vlogi v dogodku in o tem, kaj so doživeli. Tretja faza ali kognitivno oziroma emocionalno področje je proces, v katerem voditelj udeležence usmeri na misli, ki so se pojavljale med dogodkom in po njem, ob tem pa se lahko pojavijo tudi močna čustva. V četrti fazi oziroma na emocionalnem področju posamezniki izpostavijo dogodek v kriznem položaju, ki jih je najmočneje pretresel. V peti fazi ali na emocionalnem oziroma kognitivnem področju udeleženci spregovorijo o svojih znakih stresa, v šesti, kognitivni fazi pa spoznajo osnovna dejstva o stresu in travmi in se preusmerijo stran od čustvenega področja. Sledi zadnja kognitivna faza evalvacije oziroma zaključevanje, ki je priložnost za dodatna vprašanja in pojasnila ter usmerja nadaljnjo obravnavo (Arambašič, 2000).

Švedski model debriefinga (Larsson, Österdahl, 1996) prav tako obsega uvodno fazo, fazo dejstev, emocionalno fazo [združuje tretjo, četrto in peto fazo zgornjega modela] ter zaključno edukacijsko fazo, v kateri združuje zgornji šesto in sedmo fazo.

Model debriefinga, ki so ga za potrebe zaščite in reševanja v RS na podlagi rezultatov študije predlagali avtorji raziskovalnega projekta (Svetina, 2007), je prilagojen po modelu, preizkušenem v nizozemski vojski po predlogi DMLO. Obsega uvodno fazo, fazo dejstev, fazo doživljanja, simptomatsko fazo, edukacijsko fazo in fazo ponovne vključitve.

Ob tem je pomembno opozoriti, da debriefing ni psihoterapija in se torej z njim ne zdravi, temveč se zmanjša možnost, da pride do psihičnih motenj, ki bi zdravljenje nato zahtevale. Deloval naj bil preventivno (Arambašič, 2000), čeprav novejša raziskava kažejo tudi drugačne ugotovitve.

V zadnjih letih so raziskovalci proučevali pomen psihološkega debriefinga za reševalce in druge ciljne skupine. Bisson (2003) je proučil več raziskav in povzel, da ni potrjenih kliničnih učinkov za kakršno koli zgodnje posredovanje v obliki srečanja v mesecu dni po travmatskem dogodku in da tudi ni prepričljivih dokazov za uspešnost skupinskega pogovora. Ugotavlja celo, da so skupinski pogovori v obliki srečanja za nekatere posameznike škodljivi, če so že imeli samostojne pogovore.

Na podlagi teh ugotovitev so v nekaterih smernicah za psihosocialno podporo reševalcem psihološki debriefing nadomestili z operativnim debriefingom, ki je podoben defusingu. Takšen primer so nove smernice nizozemskim reševalcem Dutch guidelines psychosocial support for

Uniformed Rescue workers (2010), pripravljene v okviru projekta Impact (Te Brake, 2011).

Kljub novim ugotovitvam o psiholoških debriefingih, da ne zmanjšujejo verjetnosti pojava psihičnih motenj, kot je potravmatski stresni sindrom, drugi psihologi navajajo njihove druge pozitivne vplive. Pomen izvajanja psiholoških debriefingov znotraj kohezivnih skupin posameznikov, ki so pri svojem delu odvisni drug od drugega, kot so na primer gasilci, pripisujejo druženju, socialni podpori in povezanosti med reševalci ter tudi zaupanju v organizacijo, v kateri delujejo, ki jim zagotavlja podporo, ko jo potrebujejo (Ajduković, 2011, Dass Brailsford, 2007). Tako na podlagi tega smernice evropskega projekta TENT-TP (Ajduković, 2011) za psihosocialno podporo reševalcem priporočajo:

1. tehnični debriefing po končani izmeni,
2. svetovanje med sodelavci in zunanji svetovalci s tehnikami za razvijanje podpore ter druženja,
3. razbremenitev (defusing),
4. kratek razbremenilni pogovor po kriznem dogodku na koncu izmene,
5. strnjeno psihološko integracijo travme (psihološki debriefing),
6. psihološko svetovanje,
7. spremljanje in podporo, če je treba,
8. dostopnost profesionalnih psiholoških terapij.

Del psihosocialne podpore so tudi telefoni za klic v stiski in spletne strani. Namen telefonov za klic v stiski je razbremenitev čustvenih tisk, ki spravljajo klicalca v tesnobo, omogočajo pa mu razumevanje in reševanje težav (Tekavčič Grad, 2003). Telefonski krizni liniji, na katerih delujejo psihologi, imata v Sloveniji za svoje pripadnike tako Policija kot Slovenska vojska.

Na slovenskih spletnih straneh lahko najdemo podatke o stresu in potravmatski stresni motnji, ni pa strani, ki bi ponudile reševalcem tudi svetovanje. Nekatere večje nesreče so reševalce in izdelovalce spletnih strani v tujini spodbudile, da poleg podatkov ponujajo tudi svetovanje, kot na primer Nizozemce po letalski nesreči v Tripoliju (Duckers, 2011).

Terapija

Zadnji izmed korakov psihološke podpore reševalcem je psihoterapija, ki je namenjena reševalcem z akutnimi ali kroničnimi potravmatskimi stresnimi motnjami. Na podlagi več raziskav ugotavljajo, da sta pri tem najuspešnejša kognitivna vedenjska terapija, usmerjena na travmo, in EMDR.

Kognitivna vedenjska terapija (angl. Cognitive Behavioural Therapy – CBT) je usmerjena na kognitivno in vedenjsko izogibanje pri potravmatskih stresnih motnjah. Terapija poleg usmerjenosti na travmatski dogodek vključuje tudi obvladovanje anksioznosti, psihološko izobraževanje

in metode kognitivnega preoblikovanja (TENTS, 2009). Kognitivna vedenjska terapija, usmerjena na travmo, klinično pomembno vpliva na vse stopnje potravmatskega stresnega sindroma. Priporoča se kot primarna terapija za žrtve nesreč z akutnimi ali kroničnimi potravmatskimi stresnimi motnjami (TENTS, 2009).

Druga terapija, ki jo znotraj projektov navajajo kot učinkovito za zdravljenje potravmatske stresne motnje, je desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR). EMDR je psihoterapevtska metoda za zmanjšanje stiske po travmatskih izkušnjah, ki je v vsakdanjem življenju moteča. Terapija vključuje spremembo disfunkcionalno shranjenih izkušenj v prilagodljivo zamenjavo, ki izboljšuje duševno zdravje. Prispeva k zmožnostim spopadanja s stisko zaradi travmatskega spomina ter zmanjša moteče misli in čustva (TENTS, 2009).

Psihosocialna podpora reševalcem v Sloveniji

Potreba po psihosocialni podpori reševalcem v Sloveniji se pojavlja v zadnjih letih, kar je posledica pogostejših naravnih in drugih nesreč ter družbenega vpliva zahodne civilizacije po vedno hitrejšem in intenzivnejšem načinu življenja prebivalcev, ki jim reševalci pomagajo, pa tudi njih samih.

Uvajanje modela psihosocialne podpore za reševalce znotraj sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami poteka postopoma in na podlagi izkušenj slovenskih in tujih reševalcev ter raziskav. Uprava RS za zaščito in reševanje je uvajanje začela z več srečanji leta 2008, in sicer s srečanji Predstavitev razvojnega modela preventive pred stresom in sistema psihološke pomoči na področju varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, Posvet o izkušnjah švedskih gasilcev, policistov, reševalcev in izvajalcev razbremenilnih pogovorov, Skupinski postopki razbremenjevanja – učenje in sposobnosti koordinacije debriefinga, Predavanje – posvet prof. dr. Deana Ajdukovića: Traumatski stres i socialni kontekst oporavka od traume, Usklajevanje znotraj URSZR – Model psihološke pomoči, Svetovanje švedskih gasilcev pri uvajanju procesov debriefing in defusing po večjih nesrečah v Sloveniji, Predstavitev razbremenilnih pogovorov švedskih gasilcev (defusing in debriefing) in Predstavitev razbremenilnih razgovorov za reševalce in predstavnike Ministrstva za notranje zadeve ter Ministrstva za zdravje.

Namena takih srečanj sta poudarjati pomen psihosocialne pomoči in obveščati o prednostih, ki jih ta pomoč ponuja. S tem se tudi zmanjšuje stigmatizacija tistih reševalcev, ki izrazijo potrebo po pomoči in jo tudi poiščejo. Kljub izraženim potrebam po taki pomoči se med reševalci še vedno pojavlja mnenje, ki ga ponazarja sindrom »Johna Waynea«, oziroma prepričanje, da mo-

rajo biti reševalci trdni in močni, tako da ne potrebujejo pomoči.

Znotraj modela psihosocialne podpore reševalcem je pomembna preventiva, zato potekajo v Izobraževalnem centru za zaščito in reševanje usposabljanja za reševalce, in sicer Usposabljanje o preventivi pred stresom, Psihične značilnosti doživljanja nesreč, Reševanje konfliktov, Teamsko delo ter Študija primera Požar v diskoteki v Göteborgu, Švedska o uvedbi psihološke pomoči za švedske gasilce. Usposabljanja s tega področja potekajo tudi za druge ciljne skupine, kot so na primer psihologi. Zanje je bil letos pripravljen trening za trenerje na področju psihološke travme, pridobljeno znanje o travmi pa bodo širili tudi med reševalci in drugimi, ki delujejo v sistemu zaščite, reševanja in pomoči.

Koraki, načrtovani za prihodnje, predvidevajo postavitev sistema, znotraj katerega bi po hujših nesrečah potekali tehnični debriefing po končani izmeni, svetovanje med sodelavci in zunanjimi svetovalci s tehnikami za razvijanje podpore in druženja, kratek razbremenilni pogovor po kriznem dogodku na koncu izmene, strnjena psihološka integracija travme oziroma psihološki debriefing in terapije.

Sklepne misli

Intervencije lahko pri reševalcih spodbudijo zelo močna čustva in odzive že med intervencijo ali po njej in s tem vplivajo na njihovo strokovno delo. Neučinkovito ukrepanje med intervencijo je boleče in po dogodku vzbudi občutek krivde ter sramu. Neustrezno soočanje s temi občutki lahko povzroči osebno krizo. Reševalci so usposobljeni za uspešno delovanje na intervencijah, pri katerih gre na primer za smrtne žrtve, poškodovane otroke ali sodelavce reševalce, vendar so kljub temu le ljudje z običajnimi odzivi na neobičajne dogodke. Pri takih dogodkih tudi slovenski reševalci potrebujejo psihosocialno podporo.

Viri in literatura

1. Ajduković, D., 2011. TENTS-TP Radionica treninga trenera o psihotraumi. Zagreb: Filozofska fakulteta, Sveučilište u Zagrebu.
2. Arambašić, L. (urednik), 2000. Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoč nakon kriznih događaja. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb.
3. Bisson, J. I., 2003. Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review*. 23(3), str. 481–499.
4. Dass Brailsford, P., 2007. *A Practical Approach to Trauma*. Los Angeles: Saga Publications.
5. Duckers, M., 2011. Open Access Information Websites after High Impact Disasters. *European Journal of Psychotraumatology*, 1/2011.
6. European Network for Traumatic Stress (TENTS), 2009. TENTS Guidelines, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam.
7. Izobraževalni center za zaščito in reševanje, 2010. Načrt izobraževanja in usposabljanja s področja varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami 2011. Ljubljana: URSZR.
8. Mikuš Kos, A., in Slodnjak, V., 2000. Nesreče, travmatski dogodki in šola. Ljubljana: DZS.
9. Larson, G., Österdahl, L., 1996. Crisis Support. Swedish Rescue Service Agency, Karlstad, Sweden.
10. Svetina, M., 2007. Zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu v okviru ciljnega raziskovalnega programa (CRP) Znanje za varnost in mir 2006–2010. Ljubljana, Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.
11. Policija, 2010. Policijski zaupniki. Dostopno na: http://www.policija.si/images/stories/NovinarskoSredisce/SporocilaZaJavnost/2010/oktober/07-psiholoska_pomoc/policijski_zaupniki.pdf, 18. 5. 2011.
12. Policija, 2010. 24-urna psihološka pomoč. Dostopno na: http://www.policija.si/images/stories/NovinarskoSredisce/SporocilaZaJavnost/2010/oktober/07-psiholoska_pomoc/24-urna_psih_pomoc.pdf, 18. 5. 2011.
13. Rakovec-Felser, Z., 2002. Zdravstvena psihologija. Visoka zdravstvena šola, Maribor.
14. Selič, P., 1999. Psihologija bolezní našega časa. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana.
15. Te Brake H. 2011. Multidisciplinary Guideline. *European Journal of Psychotraumatology*, 1/2011.
16. Tekavčič Grad, O., 2003. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Ljubljana, Psihiatrična klinika.