

Psihosocijalna pomoc u okviru humanitarnih intervencija – šest godina iskustva u IAN-u (1997-2003)

Vladimir Jovic

Sažetak

Šest godina rada Trauma Centra i tri godine rada Centra za rehabilitaciju žrtava torture u IAN-u obeleženo je izazovima socio-politicke i profesionalne prirode ali i izazovima koji su zajednicki radu humanitarnih organizacija u krizi. Dominantno psihološko-psihijatrijski profil organizacije i osnovnih programa bivao je dopunjen vremenom orijentacijom ka širem psihosocijalnom kontekstu pomoci žrtvama mucenja i ratnih trauma, koji je uključivao ne samo psihološku pomoc, nego i klasicne humanitarne programe podele hitne materijalne pomoci, programe repatrijacije i integracije, programe ucenja novih veština i ekonomskog osamostaljivanja, medicinsku pomoc i forenzicku (sudsko-medicinsku) ekspertizu. U radu je dat kratak prikaz osnovnih principa rada pojedinih segmenata sveobuhvatnog programa pomoci žrtvama torture i traume kao osnovnog radnog okvira u kome su obavljane specificne projektne aktivnosti.

UVOD

Trauma centar Medunarodne mreže pomoci (International Aid Network – IAN) započeo je sa radom u decembru 1997. godine, nekoliko meseci posle osnivanja same organizacije i bio je prvi, principijelni i osnovni program koji je činio okosnicu svih ostalih programa osmišljenih i izvedenih u IAN-u. To je bio period od skoro dve godine posle Dejtonskog sporazuma, kada se rat na Kosovu naslucivao, a fokus rada vecine humanitarnih agencija u regionu se okretao od programa hitne pomoci. U isto vreme psihijatrijske ustanove u zemlji beležile su stalni porast osoba izloženih stresogenim ratnim iskustvima, koje su zahtevale pomoc (Ilic, Jovic & Lecic -Tosevski, 1998). U septembru 2000. god. pod okriljem Trauma centra IAN-a osnovan je Centar za rehabilitaciju žrtava torture (CRŽT), uz finansijsku podršku Evropske komisije, kao sekcija specijalizovana za rad sa osobama koje su preživele najteža zlostavljanja u zarobljeništvu. U toku 2001. godine CRŽT i Trauma centar reorganizovani su u jednu funkcionalnu celinu sa nešto izmenjenim programskim ciljevima.

Cilj ovog rada je da pokaže razvoj i osnovne principe modela psihološke i psihijatrijske pomoci u Trauma centru. Da bismo to postigli, neophodno je opisati kontekst u kojem smo radili. Neki drugi prilozi u ovoj monografiji bave se socijalnim, politickim i drugim uslovima u kojima su programi psihosocijalne pomoci IAN-a obavljani, a ovde cemo se osvrnuti na profesionalni kontekst, u dva njegova aspekta: a) humanitarnom, i b) profesionalnom – psihološkom i psihijatrijskom.

HUMANITARNE ORGANIZACIJE I PSIHOSOCIJALNA POMOC U RATOVIMA U BIVŠOJ JUGOSLAVIJI

Medunarodni komitet crvenog krsta (International Committee of the Red Cross – ICRC) je prva i verovatno još uvek najuticajnija humanitarna organizacija na svetu. Osnovni principi rada, još od osnivanja (osnivač je Jean Henri Dunant, nakon bitke kod Solferina) su humanost, nepristrasnost, neutralnost i nezavisnost. U poslednjim decenijama dvadesetog veka neki osnovni principi, pre svega princip neutralnosti su kritikovani i napušteni od vecine drugih velikih humanitarnih organizacija (između ostalih ECHO/European Community Humanitarian Office, Oxfam, Médecins Sans Frontières (MSF)). Zloupotreba humanitarne pomoci od strane diktatorskih režima (Somalija), usmeravanje pomoci ka žrtvama koje su prethodno cinile zlocine (Ruanda), ili smanjenje socijalnog ili politickog nezadovoljstva usmerenog prema režimu popravljanjem socijalnog ili zdravstvenog statusa stanovništva kroz humanitarnu pomoc (Irak, Srbija), su faktori koji su doveli do koncepta "nezaslužujuće žrtve" (Stockton, 1998) i posredno akcija koje imaju za cilj procenjivanje ko od onih kojima treba pomoc tu pomoc i zaslužuje. Neutralnost u humanitarnim organizacijama postala je nepoželjna, "prljava rec", nešto nemoralno, jer cutati znaci stati na stranu zlocinca u konfliktu, te tako NVO posredno postaju i politicki agensi. Pitanje ljudskih prava stavlja se ispred pitanja bezuslovne pomoci. MSF je predstavnik strategije po kojoj glasan stav protiv zloupotrebe ljudskih prava mora biti izrecen i po cenu da se

onemogući pomoć onima kojima je potrebna. Zbog takvog stava MSF-u je u Etiopiji osamdesetih godina prošlog veka onemogućen rad, ali je njihova tadašnja politika dobila mnogo pristalica kada je upoređena sa humanitarnim akcijama koje su sprovedene; njihov pristup fundamentalno je promovisan dodelom Nobelove nagrade za mir 2000. godine (Fox, 2001).

Nadalje, humanitarna pomoć je sada uslovljena i prioriteti se procenjuju prema dugoročnim efektima i razvojnim potencijalima, koje procenjuju same NVO. Krajnji efekat je da značajne i dalekosežne odluke o veoma kompleksnim pitanjima donose ljudi koji za to nisu izabrani i kompetentni, često u sredini koja im je potpuno kulturološki strana ili nepoznata. Za primenu koncepta "nezaslužujuće žrtve" Srbija pod Miloševićem je dobar primer: pad režima doveo je do potpune promene u stavu prema humanitarnoj pomoći (Fox, 2001). Usled sankcija UN i EU devedesetih čak su i humanitarnim organizacijama UN, kao što su UNICEF i WHO bile dozvoljene samo posmatračke misije (Garfield, 2001), a UNHCR nije mogao koristiti fondove pomoći za bivšu Jugoslaviju u tadašnjoj SRJ, pošto je ona bila "negativno označena" (Black, 1993). Lekovi su bili izuzeti iz sankcija, ali je telo u Njujorku koje je odobravalo uvoz lekova zbog birokratskih procedura oko dozvole uvoza, poslove odgadalo više meseci, a sirovine za proizvodnju lekova nisu bile izuzete iz sankcija (Black, 1993). Kada je IAN uz pomoć CAFOD-a, neposredno nakon bombardovanja 1999. godine, započeo sa programom distribucije lekova psihijatrijskim ustanovama i ustanovama za decu ometenu u razvoju, od prijatelja iz drugih lokalnih NVO smo čuli stav da IAN smanjuje socijalne tenzije i tako pomaže Miloševićev režim. Stav tadašnjeg Upravnog odbora IAN-a bio je da je prioritet pomoć bolesnicima koji su u tom periodu bili potpuno bez lekova.

Debata o novim principima humanitarnog rada će izvesno dovesti do preispitivanja uloge NVO u budućim konfliktima, njihove kredibilitnosti i odgovornosti, ali verovatno i razvoja tehnologije pomoći u katastrofama. Ono što ostaje u senci ove debate su odnosi velikih agencija prema NVO "na terenu", t.j. prema lokalnim partnerima i partnerskim organizacijama. Na žalost, Balkan je devedesetih godina bio teatar za isprobavanje brojnih uloga i modela humanitarne pomoći, o čemu će se verovatno još pisati. Stotine agencija koje ulaze u krizno područje sa prepoznatljivom ikonografijom ("*landcruisers, celular phones and car stickers*") je pojava koja je obeležila devedesete godine širom sveta. Velike međunarodne organizacije su sistemima podugovora ohrabrivale razvoj domaćih lokalnih NVO, koje su postajale "implementirajući partneri", neretko u izvodenju neprimjenjivih, kulturološki i sredinski neprilagodjenih programa po "*copy/paste*" tehnologiji. Zavisni odnos lokalnih NVO prema međunarodnim NVO nije uvek vodio kreativnom partnerskom odnosu.

Ipak, proliferacija agencija nije bila nužno loša posledica: veoma oštra konkurencija vodila je brzom razvoju modela pomoći, a humanitarne organizacije brzinom, fleksibilnošću i sposobnošću za saradnju daleko prevazilaze agencije vlada razvijenih zemalja koje učestvuju u saniranju humanitarnih katastrofa (Stockton, 1998). U Srbiji je, uprkos svemu, značajan broj humanitarnih organizacija uspevao da obezbedi pomoć stanovništvu, posebno izbeglicama. Nevesti neke, a ne navesti sve, bilo bi nepravedno. Pojedine međunarodne NVO dale su neprocenjiv doprinos razvoju trećeg sektora u vreme

Miloševićevog režima, kroz obucavanje kadrova, razvoj kapaciteta ("capacity building") i kontakte sa evropskim i svetskim ustanovama. Veliki broj ranijih aktivista lokalnih NVO nakon pada režima preuzeo je pozicije u državnim telima doprinoseći bržoj reparaciji zemlje. U ovom trenutku nekoliko lokalnih NVO preraslo je amaterski rad i svojim profesionalizmom i iskustvom sigurno može doprineti unapređenju određenih znanja u svojim područjima delovanja i na međunarodnom nivou (ovde imam u vidu i IAN). Neprijatna iskustva se brišu, a ostaju secanja na veliki broj izuzetno hrabrih i posvećenih ljudi koji su, dolazeci sa raznih strana u ovu zemlju, rizikovali i dali mnogo da se umanje nesrece. Njihovi napori daleko su prevazilazili bilo kakve profesionalne interese, a kontakt sa njima i ponekad svakodnevni rad u teškim okolnostima nadahnjivali su i nas da ne izgubimo veru u neke od osnovnih principa humanosti.

PSIHOLOŠKA TRAUMA – TEORIJSKI MODELI I PRAKTIČNE IMPLIKACIJE

Psihološka pomoc u hitnim situacijama cesto se zasniva se na određenim pretpostavkama koje su zajednicke za sve modele. Ove pretpostavke su sledece: 1) katastrofni događaji kao što je rat dovode do psiholoških ili psihijatrijskih posledica; 2) psihološki i/ili psihijatrijski poremećaji koji nastaju u ratu uzrokovani su primarno traumatskim događajima; 3) veci deo osoba izloženih traumatskim događajima treba pomoc; 4) pomoc je najbolja ukoliko je brza, i neposredno sledi traumom; 5) postoje razlicite vrste psihološke i psihijatrijske pomoci koja se može pružiti unesrecenima.

Posledice

Psihološke ili psihijatrijske posledice katastrofa, posebno ratova, su znacajne, masovne i potencijalno onesposobljavajuće. Ove posledice nisu oznacene uvek istim terminima ili nozološkim kategorijama. Zavisno od konteksta koriste se reci kao stresni poremećaji, trauma/traumatski poremećaji, traumatski stres, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), "sa ratom povezani poremećaji" ("war-related disorders") itd. Razlike se mogu videti kao posledica konflikta između "nozološkog (odozgo-nadole) i iskustveno zasnovanog (odozdo-nagore) pristupa u proceni i taksonomiji psihopatologije" (Achenbach, 2001). Važnu ulogu u izboru termina ima i izbegavanje medikalizacije i/ili psihijatrizacije, cesto izjednačenih sa stigmatizacijom, što je "udruženo sa prevladavajućim trendom da se svi izbegli smatraju emocionalno potresenim žrtvama kojima je potrebna nemedicinski orijentisana psihosocijalna rehabilitacija" (Mollica, Cui, McInnes & Massagli, 2002). Ali važnu ulogu, ali i pragmaticni razlozi, kao što su programski i operativni ciljevi (npr. odabir ciljne grupe ili izbor vrste intervencije). S druge strane jasno je da PTSP, definisan prema kriterijumima psihijatrijskih klasifikacija MKB-10 i DSM-IV, nije jedini poremećaj koji se može razviti nakon traumatskih iskustava u katastrofama.

Uzroci

Poremecaji vezani za stres u vecini slucajeva se opisuju kao "normalna reakcija na nenormalne okolnosti". Ovo implikuje da je traumatski događaj uzrok promene koja je patološka. Promena se najčešće opisuje u terminima "ekonomskog modela" (stresor isuviše jakog intenziteta, narušava ravnotežu/mogućnost adaptacije/ odbrambene mehanizme/ normalno prevladavanje što dovodi do poremecaja). Ovaj model inace pripada psihoanalitičkoj tradiciji (Bohleber, 2002). "Nenormalne okolnosti" podrazumevaju gotovo sve što se stanovništvu ove zemlje dešavalo poslednjih deset godina i sigurno nije dovoljno za bilo kakvu distinkciju. Psihijatrijske klasifikacije nam nude nešto bolje definicije stresora: izloženost događaju "koji uključuje stvarnu ili pretecu smrt ili ozbiljnu povredu ili pretnju vlastitom fizickom integritetu ili integritetu drugih" (American Psychiatric Association, 1994), ili "stresnom događaju ili situaciji (bilo kratkotrajnoj ili dugotrajnoj) izuzetno ugrožavajuće ili katastrofne prirode, koja može izazvati sveobuhvatnu patnju skoro kod svake osobe" (World Health Organization, 1993). Ovo su definicije stresora u dijagnostickim kriterijumima za PTSP. Pojednostavljena formula da stresor "dovoljno jakog intenziteta" izaziva poremecaj, unapredena je "epidemiološkom trijadom": agens (trauma) + domacin (karakteristike licnosti izbeglog) + sredina (socijalna podrška, materijalni uslovi i sl.)⁷. Komplikovano svodenje psiholoških poremecaja na medicinske modele u prakticnom radu nije od velike pomoci. Pristalice socijalnog konstruktivizma redukcionisticom biloškom modelu suprotstavljaju jednako neprihvatljiv stav da je PTSP "entitet konstruisan jednako toliko iz sociopolitickih ideja koliko iz psihijatrijskih" (Summerfield, 2001).

Kome treba pomoc?

Definicija ciljne grupe kojoj je potrebna psihosocijalna pomoc zasnovana je cesto na teorijskom stavu. Ukoliko je kriterijum postavljen veoma nisko (npr. izloženost stresorima), dobijamo ogromne brojeve ugroženih, koji se kreću u desecima procenata izloženih grupa. Nekriticka aplikacija razlicitih instrumenata za procenu posttraumatske patologije kojima se pokušava ustanoviti "objektivno stanje", generiše precenjene brojeve osoba kojima je pomoc potrebna. Prevalencija "ozbiljnih problema u mentalnom zdravlju" procenjuje se kod izbeglicke populacije na 50% (de Jong, Scholte, Koeter & Hart, 2000), PTSP-a na 65% (Weine et al., 1995), ili čak i 70% (Kinzie et al., 1990). Kada se ispituje opšta populacija u post-konfliktnim, nerazvijenim zemljama, stope prevalencije se kreću od 15.8% do 37.4% (de-Jong et al., 2001). Cesta je podela na "one sa teškim psihološkim reakcijama na traume i vecinu koji su sposobni da se prilagode kada se ponovo uspostave mir i red", kada se ubroje i osobe sa hronicnim mentalnim poremecajima koji su se razvili i pre ratova i koji su posebno vulnerabilni i najčešće potpuno zapostavljeni u ratovima (Silove, Ekblad & Mollica, 2000). Na kraju se postavlja pitanje – da li psihološku patnju kod osoba koje su preživele traumatsko iskustvo tretirati kao bolest znaci "koristiti paradigmu koja transformiše socijalno u biopsihomedicinsko" (Summerfield, 2000).

Zašto često profesionalci prepoznaju tegobe kod osoba koje se ne obraćaju za pomoć? Objašnjenje nije jednostavno, ali je ovaj fenomen opserviran na različitim grupama. Izolacija, izbegavanje kontakta (kako bi se izbeglo prisecanje), možda je samo deo odgovora. Kako bismo ovaj važan fenomen što bolje razumeli, IAN je uključen u multicentrični projekt STOP ("Traženje pomoći i rezultati tretmana kod ljudi koji pate od posttraumatskog stresa nakon rata i migracije na Balkanu"), koordinisan od strane Odeljenja za socijalnu i komunalnu psihijatriju, Medicinskog fakulteta u Londonu, koji kao jedan od ciljeva istraživanja ima razumevanje zašto se izbegli javljaju ili ne po psihološku pomoć (Priebe et al., 2002).

Kada i gde?

Prioriteti u katastrofama su obezbeđivanje osnovnih uslova za preživljavanje, tj. hrane, vode za pice, skloništa i sanitarija; mentalno zdravlje obično dolazi na red kasnije. Ideja da se kasnije posledice preveniraju ranijom akcijom, ili bar istovremeno planiranjem psihosocijalnih programa, podržana je u nekim projektima tokom devedesetih godina (de Jong, Ford & Kleber 1999). Predlaže se da "psihosocijalna briga postane integralni deo hitnog odgovora i javnog sistema zdravstvene zaštite" (Brundtland 2000). Koncept "debriefinga", međutim, ("critical incident stress debriefing" ili CISD), kao strukturisane psihološke intervencije koja je vremenski postavljena neposredno nakon traume pokazao se vrlo kontroverznim (Raphael, Meldrum & McFarlane, 1995; Deahl, 2000). Ideja da se linija prve pomoći pomeri što pre prema liniji udara stara je koliko i promišljanje strategije zaštite mentalnog zdravlja u ratovima a "doktrina" se menjala zavisno od situacija (Shephard, 2001). Pomeranje prema prvoj liniji u slučaju izbeglice populacije najčešće podrazumeva rad u kolektivnim centrima, što zahteva posebno prilagodavanje uslovima, populaciji kao i procenu faktora rizika i zaštite (Mollica, Cui, McInnes & Massagli, 2002).

Kakva vrsta pomoći?

Psihoterapija

Proliferacija istraživanja psihološke traume dovela je do formiranja novih oblika psihoterapija od kojih su neke specijalno dizajnirane za rad sa traumatizovanim. Primeri su tehnika "desenzitizacije i reprociranja pokretima oči" ("Eye Movement Desensitization and Reprocessing", EMDR), ili "psihoterapija svedocenjem" (Cienfuegos & Monelli, 1983), kao dve paradigme. Prva psihoterapija je zasnovana na kognitivno-biheviorističkoj tradiciji i u osnovi joj je pretpostavljeni, vrlo kontroverzni (Muris & Merckelbach, 1999), neurofiziološki proces. Pošto se u ovoj tradiciji simptomi objašnjavaju opštim mehanizmom uslovljavanja, upotreba tehnike nije ograničena samo na stresne poremećaje nego se koristi i u drugim anksioznim poremećajima ili u drugim psihijatrijskim poremećajima uopšte. Svedocenje je, naprotiv, gotovo u potpunosti zasnovano na objašnjenjima koja pocivaju na socijalnim mehanizmima, a kolektivna traumatizacija se smatra gotovo jednako značajnom kao i individualna. Svedocenje pomaže kroz "iskazivanje

ličnog iskustva kolektivne traumatizacije u novom socijalnom kontekstu u kome njihovo prisecanje može da se koristi da se razvija nova kolektivna razumevanja istorije i identiteta zajednice koji mogu bolje podržati mir i socijalno poverenje" (Weine, Kulenovic, Pavkovic & Gibbons, 1998). "Reframing" kao osnova svedocenja jedna je od tehnika porodične psihoterapije, koncept koji je razvila tzv. Palo Alto grupa. Dok se EMDR radi u klinickom setingu, za svedocenje je potreban "psihosocijalni prostor" (Agger & Jensen, 1996). Ova dva pristupa su primer divergentnih teorijskih stavova koji su više determinisani širim podrucjima diskursa a manje empirijskom proverom stvarne efikasnosti terapija. Psihoterapija sa žrtvama torture obuhvata i druge modalitete – može se reci da je unutar svakog teorijskog okvira otvoren prostor za rad sa traumom (Foy, Eriksson & Trice, 2001; Vesti & Kastrup, 1992; Keane, Albano & Blake, 1992). Ipak, neki autori smatraju da primarne potrebe izbeglica, posebno žrtava torture, zavise više od licnosti terapeuta nego od specifičnih tehnika (Kinzie, 2001).

Psihoanaliza

Primena psihoanalize (i psihoanalitičke psihoterapije) u radu sa žrtvama torture je velika tema, sa dugogodišnjom istorijom i velikim preokretima (Baranger, Baranger & Mom, 1988). Psihoanaliza kao teorija je nakon dva velika rata u dvadesetom veku izašla osnažena; nakon Prvog svetskog rata tako što je ponudila alternativno objašnjenje umesto organističke ideje o "šoku od granate" ("shell shock") kao o posledici organske povrede (Freud, 1966; Abraham, 1955), a nakon Drugog svetskog rata kada su psihoanaliticari ponudili objašnjenje za različite destruktivne fenomene o kojima je bilo teško i misliti, i dali pomoc velikom broju preživelih u najstrašnijem od svih pogroma, Šoah-u, i njihovoj drugoj generaciji (ovde mislim na Kardiner-a, Krystal-a, Lifton-a, Fromm-a, Frankl-a, Niederland-a, Kestenberg-ovu, i dr.). U ovom trenutku moderna psihoanaliza nudi mnoge teorijske okvire i tehnička dostignuća koja mogu pomoci u razumevanju traume (Varvin, 1998). IAN je, u cilju otvaranja dodatne mogućnosti za dijalog među psihoanaliticarima, organizovao prvi susret Trauma grupe Evropske psihoanalitičke federacije, u Beogradu 2001., koji je rezultovao zbirkom teorijskih priloga (Varvin, & Štajner-Popovic T, 2002) i uspostavljanju kontinuiteta u radu ove grupe. Ipak, analiza stavova moderne psihoanalize o lecenju žrtava trauma i torture se ne podudara sa zahtevima ove monografije.

Psihosocijalni programi

Sam termin može da označava različite stvari. Nekada se koristi jednostavno za neke oblike psihoterapije (Davidson, 2001). Pokušaji da se definiše termin daju različite rezultate (Agger, Buus Jensen & Jacobs, 1995). Najčešće se upotrebljava da označi projekte u kojima osim psihološke pomoci, u formi savetovanja, psihoterapije ili psihijatrijskog tretmana, egzistira neki od drugih oblika pomoci koji obezbeđuju: 1. zapošljavanje, sticanje prihoda, ekonomske nezavisnosti ili samo materijalne pomoci; 2. medicinsku pomoc, lecenje ili distribucija lekova; 3. uslove za život i osnovne potrepeštine (hrana, voda, higijenski materijal, odeca i obuca); 4. pravnu pomoc, zaštitu, zastupanje u procesima ili zastupanje interesa ("*advocacy*"); 5. edukaciju, ucenje veština ili novih zanimanja,

osposobljavanje za rad; 6. intervencije u zajednici – klubove podrške, grupe samopomoci, podrške asocijacijama korisnika. Definisane stvarne uloge u rehabilitaciji ovakvih programa je od presudne važnosti (Mollica, Cui, McInnes & Massagli, 2002; Lucca & Allen, 2001), jer nedostatak rezultata evaluacije projekata cesto vodi konfuziji i arbitrarnim odlukama. Mogucnost evaluacije komplikuje izvođenje koje se cesto odvija u krizi, tj. u ratnim ili posleratnim okolnostima, ali i kompleksnost metodologije koja je bliže metodi "intervencija u zajednici", nego klinickom, jasno definisanom setingu koji može da posluži za eksperimentalni dizajn (Hohmann & Shear, 2002). Centri koji organizuju rehabilitaciju žrtvama torture cesto razvijaju multidisciplinarnе, sveobuhvatne programe pomoci (Brjholm & Vesti, 1992; Larson, Eng & Stein, 1998), koji najčešće uključuju veci deo od gore navedenog.

Psihijatrijska pomoc

Psihijatrijska pomoc najčešće implikuje neki od oblika klinickog tretmana, kao i uvođenje psihofarmakoterapije u tretman. Analiza efikasnosti i troškova pokazuje da dugotrajne hospitalizacije ne znace i bolji tretman, i da se prednost daje kratkotrajnim boravcima na specijalizovanim odeljenjima (Fontana & Rosenheck, 1997; Johnson et al., 1996). Farmakoterapija PTSP-a nije tema koja se može obraditi u ovom clanku; pregled oblika ove vrste pomoci može se naci na drugom mestu u monografiji.

Nasuprot studijama efikasnosti lekova ili oblika hospitalnog tretmana, mnogo je teže definisati vrstu terapijskog odnosa između pacijenta i psihijatra, iako je ovaj odnos u celokupnom tretmanu od centralne važnosti (McGuire, McCabe & Priebe 2001; McFarlane & Yehuda, 2000). McGuire i sar. su definisali šest kategorija terapijskog odnosa u psihijatriji: teorija uloga, psihoanaliza, socijalni konstruktivizam, sistemska teorija, socijalna psihologija i kognitivni bihejviorizam. U kontrolisanim testiranjima efikasnosti farmakoterapije u lecenju depresije, terapijski savez je ucestvovao sa 21 do 56% varijanse u određenju ishoda (McGuire, McCabe & Priebe 2001; Weiss et al 1997).

NAŠE ISKUSTVO

Od pocetka rada IAN je više puta menjao kako podrucje delovanja, grupe korisnika i vrste pomoci, tako i organizacionu strukturu. Ovo je najpre bila posledica niza nepredvidivih spoljašnjih okolnosti: pocetkom 1999. godine rata na Kosovu i bombardovanja Srbije od strane NATO pakta, krajem 2000. godine politickih promena i pada režima. Radi preglednosti, ovde cemo prikazati razvoj IAN-a po programskim delovima. Podela je uslovna, jer programi su tokom vremena integrisani u razlicite funkcionalne celine koje su nastajale i menjale se u razlicitim vremenskim periodima.

TRAUMA CENTAR

Prva faza: decembar 1997. - mart 1999.

Od pocetka rada, do septembra 2000. godine (ukupno nešto manje od tri godine), rad u Trauma centru imao je sledece karakteristike:

1. Pomoc je besplatna, anonimna i bez administrativnih procedura (uputa, medicinskih dokumenata, socijalnog osiguranja, zdravstvene ili izbeglicke legitimacije), pruža se u neinstitucionalizovanom setingu o kojem se vodi posebna briga, moguca je putem SOS telefonske linije, otvorena je za široku populaciju kojoj je potrebna pomoc.
2. Pomoc se sastojala od: a) savetovanja (videti pod 4.); b) odlucivanja o drugim formama tretmana i obezbedivanje prijema u drugim institucijama; c) pružanja informacija o drugim oblicima pomoci, medicinske, pravne ili humanitarne; d) prikupljanje podataka, unos, analiza i evaluacija podataka.
3. Psihološku pomoc su na pocetku obavljali studenti završne godine studija psihologije, koji su uz rad u IAN-u postepeno završavali školovanje, a bili su prethodno obuceni za rad sa traumatizovanim osobama. Edukacija zaposlenih nastavljena je u razlicitim oblicima tokom celokupnog rada Centra.
4. Psihološka pomoc u toku edukacije i rada sa klijentima zasnivala se na principima Rogers-ove klijentom usmerene terapije (Kondic & Popovic, 1988), sa elementima psihoanalitickog savetovanja (Patton, Meara & Robbins, 1992). Model rada su razvili i unapređivali u toku tri godine J. Cvetkovic, V. Matovic, O. Vidojevic, S. Mackic i autor ovog priloga. Kasnije je edukacija iz psihoanalitickog savetovanja nastavljena po teorijskom kurikulumu koji su razvili T. Štajner i A. Vuco. Rad sa klijentima podrazumevao je pridržavanje strogim pravilima setinga, što je uključivalo redovno planiranje seansi, ustaljeno vreme i dužinu trajanja, stalni prostor obezbeden od ometanja.
5. U prvoj godini studentima-savetnicima bila je obezbedena svakodnevna supervizija, a nakon prve godine formirala se supervizijska grupa, koja se odvijala jednom nedeljno u trajanju od 1,5 sata. Ovaj oblik supervizije traje nepromenjeno i danas.
6. Od pocetka su bili definisani kriterijumi za uključivanje klijenata u tretman, kao i isključujući kriterijumi (akutno psihotično stanje, zloupotreba supstanci na klinicki znacajnom nivou, i sl.). Ovi kriterijumi su vremenom modifikovani. Kriterijumi za uključivanje su obuhvatali i domicilno stanovništvo (ne samo izbeglice), žrtve nasilja u porodici, i ovo je ostao jedan od principa rada – mada se ciljna grupa vremenom menjala.
7. Kao osnovnu podršku savetovanju, razvili smo princip umrežavanja ("networking") sa *pojedincima* (sic!) iz državnih ustanova, kojima su se upucivali

klijenti kojima adekvatan tretman nije bilo moguće ostvariti u samom Centru, ili drugim NVO koje su obezbeđivale neku drugu vrstu pomoći.

8. Podaci o svim klijentima su prikupljeni uz pomoć standardizovanih instrumenata i čuvani u elektronskoj i u *hard-copy* formi u centru, i služili su za kontinuirano praćenje rada, ciljne grupe, tako i potreba klijenata.
9. Od početka smo nastojali da uvedemo empirijski pristup u prikupljanju podataka o vrstama traume, kliničkoj slici poremećaja vezanih za stres i karakteristikama ličnosti klijenata, kao i da uvedemo neku, potencijalno najbolju, formu evaluacije tretmana.

Trauma centar u toku i neposredno posle NATO bombardovanja (mart 1999-septembar 1999.)

U toku NATO bombardovanja naš rad se značajno izmenio. Trauma centar nije radio samo jednu nedelju nakon početka bombardovanja; na prvom zajedničkom sastanku odlučili smo jednoglasno da nastavimo sa radom u okolnostima koje su bile nešto izmenjene: 1) pomerili smo radno vreme kako bi savetnici mogli da se vrate kućama u ranim poslepodnevnim satima; 2) u centru smo organizovali istovremeni rad više ljudi, uz prisustvo nekog iz UO; 3) rad u jednom centru smo razbili na pet lokacija u Beogradu i jednu u Pancevu, kako bismo olakšali klijentima pristup jer su često izbegavali putovanje po gradu; 4) savetnici su organizovali rad u toku noći po skloništim gde je istovremeno bilo više civila i među njima dece.

Po prekidu bombardovanja rad u Beogradu smo ponovo organizovali samo u jednom centru, a centar u Pancevu je nastavio sa radom.

Mreža centara psihosocijalne pomoći po Srbiji (septembar 1999-avgust 2001.)

Od septembra 1999. godine smo uz pomoć CRS-a i CORDAID-a uspeli da po modelu beogradskog Trauma centra, osnujemo slične centre u pet najvećih gradova u Srbiji: Cacku, Kragujevcu, Novom Sadu, Nišu i Valjevu. Centri su radili dve godine, po istoj metodologiji koju smo usvojili u Beogradu, a pružali su pomoć vrlo širokoj grupi korisnika, koja je obuhvatala i lokalno stanovništvo traumatizovano bombardovanjem, kao i izbeglice i raseljena lica. U toku rada u centrima nije pružana samo psihološka i psihijatrijska pomoć, već su oni služili i kao okosnica mreže za prikupljanje podataka o korisnicima drugih IAN-ovih programa, za distribuciju pomoći organizovane preko Jedinice za hitne humanitarne intervencije, ali i prikupljanje podataka o potrebama korisnika.

Nakon dve godine centri u Valjevu, Kragujevcu i Cacku su zatvoreni. Centri u Nišu i Novom Sadu su i dalje operativni, ali obavljaju poslove iz oblasti programa repatrijacije.

CENTAR ZA REHABILITACIJU ŽRTAVA TORTURE I TRAUME (SEPTEMBAR 2000 – DANAS): SVEOBUHVAATNA INTERDISCIPLINARNA POMOC ŽRTAVA TORTURE I RATNE TRAUME

Od septembra 2000. godine, sa osnivanjem Centra za rehabilitaciju žrtava torture, pomoc u IAN-u dobila je dodatne karakterisitke:

1. Za ciljnu grupu prioritetno su određene osobe koje su zarobljavane i mucene u toku ratova u bivšoj Jugoslaviji, ili od strane režima, kao žrtve organizovanog nasilja. Ovo je dovelo do pooštavanja kriterijuma za druge grupe i praktcnog isklucivanja sistematskog rada sa domicilnom populacijom koja nije bila izložena ratnim stresorima (žrtve "civilne traume" su svedene na ispod 5% ukupnog broja klijenata za poslednju završenu godinu – 2002.)
2. U rad su ukljuceni, po ugovoru o dopunskom radu ("part time"), psihijatri koji su vec imali iskustva u radu sa traumatizovanimima u svojim maticnim ustanovama. Ovo je dovelo do uvođenja više razlicitih psihoterapijskih metoda (EMDR, psihodrama, bihejvioralne tehnike, sistemska porodicna psihoterapija), i uvedeno je lecenje psihofarmakoterapijom.
3. Zapocet je sistematski rad mobilnih timova koji su pokrili veliko podrucje, pokrenuli grupni rad u kolektivnim centrima, ali i obezbedili pristup izbeglicama smeštenim u privatnom smeštaju, grupi koja je teško dostupna i zbog toga cesto zaobidena u humanitarnim projektima.
4. Zapoceta je sistematska medicinska pomoc kroz sistematske preglede i kontinuirano lecenje iz interne medicine, kardiologije i neurologije. Kad god je to moguće, dijagnostika i lecenje praceni su i besplatnim osnovnim lekovima.

U trenutku kada pišem ovaj clanak, IAN Centar za rehabilitaciju žrtava torture i traume pokriva nekoliko oblasti pomoci: 1) psihološka i psihijatrijska pomoc; 2) pravna pomoc; 3) medicinska pomoc (uz besplatnu dostavu lekova); 4) sudsko-medicinska (forenzicka) pomoc; 5) pomoc u procesu repatrijacije i 6) pomoc u obuci i kompjuterskom opismenjavanju. Neke od navedenih aktivnosti bice opisane u drugim delovima monografije. Ovaj clanak je imao za cilj samo da da jednu opštu sliku, odnosno pregled naših službi onako kako su se razvijale u jednom širem kontekstu.

JEDINICA ZA HITNE HUMANITARNE INTERVENCIJE (SEPTEMBAR 1999 – MAJ 2001.)

Pred pocetak NATO bombardovanja marta 1999. godine, mnoge medunarodne humanitarne organizacije su zatvorile svoje kancelarije u Jugoslaviji, a uslovi života su se nakon bombardovanja dodatno pogoršali. Samo bombardovanje je izazvalo situaciju u kojoj se naglo povecavao broj klijenata kojima je bila potrebna hitna pomoc. Ovo je zahtevalo

veoma brzu intervenciju za pribavljanje osnovne pomoci za najugroženije kategorije stanovništva. Iako primarno orjentisani na psihosocijalne programe, odlucili smo se da odgovorimo na urgentnu situaciju i da proširimo rad na program direktne humanitarne pomoci i organizujemo raspodelu humanitarne pomoci najugroženijima. Do maja 2001. više od 100.000 ugroženih (interno raseljenih lica sa Kosova, izbeglica iz Bosne i Hrvatske, usvojene dece, dece i odraslih u institucijama za socijalnu zbrinjavanje) je primilo pomoc. Ostvareni projekti humanitarne pomoci u ovom periodu su bili:

1. **Projekat:** *Raspodela lekova centrima za mentalno retardiranu decu i decu bez roditeljskog staranja i institutima za hronicne psihijatrijske bolesnike*; **korisnici:** mentano retardirana deca, deca bez roditeljskog staranja, i institucije za hronicne psihijatrijske bolesnike (ukupno 23 centra i institucije za socijalno zbrinjavanje); **pomoc obezbedio:** CAFOD (*Catholic Agency for Overseas Development*).

2. **Projekat:** *Raspodela osnovnih životnih sredstava deci u domovima za nezbrinutu decu*; **korisnici:** 2385 dece u hraniteljskim porodicama; **pomoc obezbedio:** CAFOD.

3. **Projekat:** *Dodela zimske odece i obuće interno raseljenim licima*; **korisnici:** 6478 interno raseljenih lica sa Kosova smeštenih u 63 kolektivna centra; **pomoc obezbedio:** DFID /CAFOD.

4. **Projekat:** *Dodela cebadi, posteljine i higijenskih sredstava mentalno retardiranima i hronicnim psihijatrijskim bolesnicima smeštenim u ustanove*; **korisnici:** 8365 Mentalno retardirani i hronicni psihijatrijski bolesnici smesteni u ustanovama; **pomoc obezbedio:** CAFOD.

5. **Projekat:** *Zimska odeca i obuća za interno raseljena lica, izbeglice i ugroženo lokalno stanovništvo*; **korisnici:** 14.000 interno raseljenih lica sa Kosova, izbeglih i ugroženog lokalnog stanovništva; **pomoc obezbedio:** DFID /CAFOD.

6. **Projekat:** *Raspodela odece ugroženim grupama u Srbiji*; **korisnici:** 41 763 izbeglica, interno raseljenih lica, socijalnih slucajeva i drugih ugroženih kategorija u Srbiji; **pomoc obezbedio:** MCI (*Mercy Corps International*).

7. **Projekat:** *Raspodela porodicnih i decijih higijenskih paketa izbeglicama, interno raseljenim licima i socijalno ugroženog stanovništva*; **korisnici:** 8 000 porodica i 2700 odojčadi (izbeglice iz Bosne i Hrvatske, interno raseljena lica sa Kosova i razlicite kategorije lokalnog stanovništva koje je ugroženo - hendikepirani, porodice sa više od dvoje dece koja imaju do 15 godina, samohrani roditelji, korisnici socijalne pomoci, osobe iznad 65 godina starosti); **pomoc obezbedio:** CRS (*Catholic Relief Services*). Detaljnije informacije o svim projektima mogu se dobiti na adresi <http://www.ian.org.yu>.

Osnovni principi IAN-ovih programa raspodele humanitarne pomoci bili su sledeci:

1. raspodela humanitarne pomoci je bila maksimalno personalizovana. Ovo znaci da je svaki paket humanitarne pomoci namenjen za određenog korisnika, na osnovu prethodno prikupljenih podataka o njemu;

2. pomoc se dodeljivala direktno korisniku, ili preko lokalnih partnerskih NVO-a, ciji rad se nadgledao;
3. IAN-ovi saradnici su direktno nadgledali sve faze izvođenja projekta;
4. podaci o našim korisnicima su smešteni u jedinstvenu elektronsku bazu podataka o korisnicima (ova baza podataka uključuje osobe svih navedenih kategorija, ukupno oko 100.000 korisnika svih programa, ili oko 30.000 porodica).
5. projekti distribucije su istovremeno procenjeni procenom potreba korisnika; nalazi ovih procena su saopštavani lokalnim i međunarodnim NVO¹.

Polovinom 2001. godine ova jedinica je prestala sa sistematskim radom na distribuciji humanitarne pomoci i preorijentisana je na programe repatrijacije izbeglica i raseljenih lica.

JEDINICA ZA PROGRAME REPATRIJACIJE ILI INTEGRACIJE

Program repatrijacije sprovodi se od januara 2001. On obuhvata pružanje: 1. informativne, 2. pravne i 3. psihološke pomoci izbeglim i prognanim licima u procesu odlucivanja o povratku u zemlju porekla ili ostanku i integraciji u lokalnu zajednicu. IAN-ovi centri za repatrijaciju koji se nalaze u Beogradu, Nišu i Novom Sadu pružaju izbeglima i raseljenima informacije, pravnu i psihološku pomoc, kao i mogucnost ucestvovanja u društvenim i edukativnim aktivnostima koje se organizuju u društvenim klubovima svakog od Centara.

Informativna pomoc

Osnovna pretpostavka je da repatrijacija ili integracija moraju biti zasnovane na procesu slobodnog donošenja odluke svakog pojedinca i/ili porodice, kroz bi se našla trajna rešenja za njihovo dugogodišnje progonstvo i nevolje. Jedan od najvažnijih cinilaca koji uticu na formiranje konacne odluke jeste raspolaganje tacnim i relevantnim podacima vezanim za situaciju u zemlji porekla, mogucnostima i uslovima pod kojima je moguc povratak. Stoga su programi IAN-a orijentisani na pružanje što potpunijih informacija, kako indirektno, kroz razna sredstva informisanja, javne manifestacije i tribine, tako i kroz individualno informisanje ljudi koji nam se obracaju. Tokom 2001. godine IAN je započeo sa programom podrške licima raseljenim sa Kosova i Metohije u okviru aktivnosti za pomoc pri povratku. Tu se posebno isticie informativna komponenta, preko web-portala na kojem se mogu naci sve relevantne informacije u vezi sa Kosovom i Metohijom. U vid informativne pomoci se mogu svrstati i "Idi-vidi" posete Hrvatskoj, koje su deo programa

¹ United Nations. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Istanbul Protocol. Geneva: United Nations, 2001.

UNHCR-a a koji se od 2001. godine implemenira u saradnji sa *Danskim savetom za izbeglice*. Trodnevna putovanja daju priliku izbeglim licima da posete svoje predratne domove u zemlji porekla, a IAN obezbeđuje psihološku pripremu pre posete i pravnu pomoc posebno u pribavljanju dokumenata.

Pravna pomoc

Najčešća pravna pitanja naših klijenata ticu se ostvarivanja osnovnih gradanskih i ljudskih prava u zemlji porekla. U okviru pružanja besplatne pravne pomoci izbeglicama, IAN posreduje u ishodovanju osnovnih dokumenata: domovnica (uverenje o hrvatskom državljanstvu), rodni list (izvod iz maticne knjige rodenih), vjencani list, smrti list (umrlica), kao i dokumenti neophodni za ostvarivanje osnovnih prava izbeglica, kako u Hrvatskoj, tako i u SCG). Mnoga lica nemaju mogucnosti da licno putuju niti da ostvare kontakte sa osobama koje bi mogle opunomociti i jedini nacin da dodu do dokumenata je putem punomoci koje se realizuju preko saradnickih organizacija u Hrvatskoj. Ishodovanje osnovnih dokumenata za izbeglice preko kancelarija IAN-a vrši se besplatno. Program ishodovanja dokumenata za izbeglice iz Hrvatske sprovodi se u saradnji sa *Dalmatinskim odborom solidarnosti* iz Splita.

Psihološka pomoc

Psihološka pomoc izbeglim i prognanim licima u procesu donošenja odluke o trajnom rešenju se obezbeđuje kroz individualni i grupni rad. Ovaj deo je zasnovan na prethodno razvijenoj metodologiji rada sa izbeglicama u kolektivnim centrima, sa svojim specificnim teoretskim kao i prakticnim implikacijama.

Rad u društvenim klubovima IAN-a obuhvata video prezentacije, video konferencije, predavanja, edukativne kurseve, grupne seanse sa psihologom grupe, javne manifestacije, itd. Organizacija društvenih aktivnosti, sastanaka, društvenih igara, TV i video predstava, distribucija novina i casopisa iz Hrvatske su "elementi za druženje" kako bi se obezbedio adekvatan pristup izbeglickim familijama. Te aktivnosti ce pružaju priliku za stvaranje grupa za podršku i moguc psihološki tretman za pojedince sa poremećajima izazvanim stresom zbog traumaticnih iskustava iz rata. Sve ove aktivnosti imaju za cilj stvaranje "bezbedne sredine" u kojoj se izbeglice ne bi osecale izolovanim, neshvacenim ili pod stresom. U takvoj sredini oni bi mogli da pricaju o svojim strahovima i problemima vezanih za repatrijaciju. Posebna pažnja usmerena je na programe za decu (radionice, kurseve racunara, itd.).

Prekogranična saradnja

IAN je član razlicitih regionalnih mreža ukljucujuci SEE-RAN (*South East European Refugee Assistance Network*) i TRIANGLE inicijativu u okviru FRESTA programa ("Secretariat for Peace and Stability the Danish Ministry of Foreign Affairs"), kao i ECRE

Grupu za Jugo-istocnu Evropu ("*ECRE Focus Group on South-East Europe*"). SEE-RAN je uspostavljen 2000. godine, sa sekretarijatom smeštenim u Sarajevu (<http://www.see-ran.org/>). Trenutno je u okviru ove mreže aktivno 24 organizacije iz Bosne, Hrvatske, Kosova, Albanije, Srbije i Crne Gore.

PROGRAMI UCENJA NOVIH VEŠTINA I EKONOMSKOG OSAMOSTALJIVANJA

Programi ekonomskog osamostaljivanja su sprovedeni u Srbiji poslednjih godina u razlicitim oblicima, od pozajmica i kredita, preko programa koji generišu dobit, razvoja veština, re-edukacije i sl. U IAN-u ovi projekti su samo delimicno oživeli u formi Centra za ucenje novih zanimanja i samo u direktnoj sprezi sa psihološkom pomoci klijentima koji ucestvuju u projektima. U ovom centru se sprovodi obuka u krojenju i šivenju, sito-štampi i radu na racunarima (osnovnu obuku i veb-dizajn), a aktivnosti su kontekstualno odredene i evaluirane kao psihosocijalni projekti, što ukljucuje i evaluaciju psihološke dobiti od ucešca u projektu). Dobit za klijente se nije ocekivala samo od ucenja novih veština i tako pretpostavljenog ekonomskog osamostaljivanja, nego i od grupnog rada, jacanju socijalne mreže i veština komunikacije u procesu ucenja ili, kasnije, upravljanja segmentima projekta, pa i dobiti od drugih segmenata pomoci unutar IAN-a.

MEDICINSKA POMOC

Program medicinske pomoci se sprovodi od janura 2001. godine. Osnovni ciljevi ovog programa su: 1. pružanje pravovremenih i savremenih dijagnostickih i terapijskih usluga u oblastima interne medicine - posebno kardiologije, i neurologije, koje im veoma cesto nisu bile dostupne u sistemu javnog zdravstva; 2. motivacija klijenata za pravovremeno lecenje telesnih tegoba povezanih sa psihosomatskim stanjima; 3. kontinuirano pracenje stanja klijenata i lecenje; 4. prikupljanje i analiza podataka vezanih za somatski status osoba koje su bile izložene nasilju i mucenju; 5. prikupljanje donacija i podela besplatnih lekova klijentima koji su socijalno ugroženi. Korisnicka grupa je identicna i obuhvatala je žrtve torture i izbeglice. Svi postupci su obavljani prema interno uspostavljenim procedurama i dokumentima koji su odreživali nacin uputa, registraciju, podelu lekova i sl. Bolesnici su ukljucivani u projekat na osnovu internog uputa iz IAN-ovog Centra za rehabilitaciju žrtava torture, kao i terenskim radom u kolektivnim izbeglickim centrima.

Svi bolesnici ukljuceni u program su bili podvrgnuti osnovnom internistickom i/ili neurološkom pregledu. Ukoliko je na prvom pregledu bilo zakljuceno da je potrebno uciniti dodatne dijagnosticke pretrage (ultrazvuk, test fizickim opterecenjem, Holter elektrokardiografski monitoring, elektroencefalogram), bolesnici su na dopunske preglede bili naknadno upucivani. Detaljniji pregled medicinskih aktivnosti opisan je na drugom mestu u monografiji.

FORENZICKA (SUDSKO-MEDICINSKA) EKSPERTIZA

Forenzickom, odnosno sudskomedicinskom ekspertizom moguće je utvrditi i dokumentovani telesne posledice preživljene torture. Žrtve torture se po pravilu obracaju razlicitim organizacijama za zaštitu ljudskih prava, borbu protiv torture, pružanje psihološke pomoci žrtvama i sl. ili se pak kao imigranti, napuštajući zemlju u kojoj su preživeli torturu, upućuju u neku drugu državu, najčešće u zemlje zapadne Evrope i SAD. Podatak o preživljenom mučenju, potkrepljen određenom validnom dokumentacijom, ponekada olakšava dobijanje imigracionih dozvola, ili određenih beneficija u zemlji, iako se često i precenjuje kod naših klijenata. Ponekada se osobe upuštaju u prikupljanje medicinske dokumentacije sumnive validnosti, i ponekada su u toku tog procesa podvrgnuti raznim manipulacijama. Stav koji smo zauzeli od početka rada u CRŽT je da se klijentima, kada je to moguće i opravdano, obezbedi forenzicka (sudsko-medicinska) ekspertiza po određenim međunarodnim standardima i protokolima, kako bi se izbegle zloupotreba a istovremeno klijentima obezbedila adekvatna podrška uostvarivanju njihovih prava.

Iako žrtve torture javljajući se ovim organizacijama ili vlastima države u koju žele da imigriraju detaljno objašnjavaju okolnosti pod kojima su preživele torturu, kao i primenjivane nacine mučenja, neophodno je da se ovi navodi objektiviziraju određenim medicinskim pregledima i da se izvrši odgovarajuća forenzicka ekspertiza. Telesni pregledi žrtava se obavljaju posle protoka izvesnog vremena od preživljene torture, najčešće više meseci, ali i nekoliko godina, pa čak i decenija. Razumljivo je da bi se telesnim pregledom obavljenim neposredno nakon preživljenog mučenja, na nekoliko dana ili sedmica, mogle dokumentovati gotovo sve telesne povrede i objasniti mehanizam njihovog nanošenja. Međutim, ni znatan protok vremena nakon preživljene torture ne treba da obeshrabri i dovede u pitanje izvođenje telesnog pregleda žrtava torture. Multidisciplinarnim pristupom, nakon sagledavanja prikupljenih anamnestičkih podataka o preživljenoj torturi, moguće je osmisлити odgovarajući plan ekspertize koja pored neposrednog telesnog pregleda može uključivati i različite dopunske preglede: rendgensko snimanje, ultrazvučni pregled, biopsiju kože, različita funkcionalna ispitivanja npr. sluha i sl. U praksi je razraden veći broj protokola za rad sa žrtvama torture i dokumentovanje posledica preživljenog mučenja. Među dostupnim protokolima poznat je tzv. Istanbulski protokol¹ koji ima detaljno razradenu shemu za rad sa žrtvama torture od uzimanja anamnestičkih podataka, telesnog pregleda, psihijatrijske i psihološke eksploracije, primene potrebnih dopunskih dijagnostičkih procedura, do zaključivanja o slučaju. Na posletku, recimo i to da sam negativni nalaz telesnog pregleda, u izvesnim slučajevima torture ne mora da isključuje mogućnost da je žrtva preživela upravo ono o čemu saopštava dajući anamnestičke podatke. Međutim, pozitivni nalazi telesnog pregleda i forenzicke ekspertize žrtava torture, dakle nalazi koji su konzistentni sa prikupljenim anamnestičkim podacima (npr. pronalaženje odgovarajućih oblika ožiljaka nakon zadobijenih opekotina žarom upaljene cigarete) snažno podupiru navode o preživljenoj torturi.

ZAKLJUCAK

Pisanje članka za ovu monografiju, u trenutku kada treba da se navrši tri godine specijalizovanog rada sa žrtvama torture i šest godina rada IAN-a, je dobar povod da se napravi rezime onoga što je urađeno, možda još više onoga što nije. U okolnostima u kojima se razvijao sistem službi za pomoć u okviru IAN centra, sigurno nije bilo moguće praviti strateške planove koji bi imali duži život; naša potreba za redefinisanjem vlastite uloge u različitim kontekstima imala je za cilj preživljavanje organizacije, ali nas istovremeno nije toliko omela da napustimo principe definisane na samom početku, iskazane u statutu naše organizacije.

IAN-ove službe sada imaju preko hiljadu novih klijenata godišnje i više hiljada različitih intervencija, koje mogu da se podvedu pod psihosocijalne intervencije u okviru humanitarnih programa. U IAN-u su, u toku prikazanog perioda, kao savetnici direktno sa klijentima radili 25 psihologa i 15 psihijatara (broj profesionalaca koji je u nekom trenutku učestvovao u nekim od psihosocijalnih programa je daleko veći; ovdje su pobrojani samo oni koji su imali ugovor od najmanje dve godine u kontinuitetu), a u ovom trenutku je za rad sa klijentima zaposleno 12 psihologa i 8 psihijatara (ukupan broj je veći kada se uračunaju psiholozi i psihijatri koji učestvuju u menadžmentu). IAN ostaje izvan sistema zdravstvene i socijalne zaštite koja je finansirana od strane države, ali saradnja sa vladinim institucijama postoji i unapređuje se sa vre menom. Komunikacija sa sličnim centrima van zemlje i profesionalna i stručna razmena uveravaju nas da nivo znanja i organizacije koje smo postigli mogu da budu reprezentativni i da predstavljaju izazov i za druge.

Da li možemo iz ovoga da zaključimo da smo uspešni, ili da možemo raditi još bolje? Naše usluge su visoko profesionalne i dostupne velikom broju korisnika kojima su namenjene, servisi su fleksibilni i sposobni za prilagodavanje, ali se zasnivaju na modelima pomoći koji su determinisani unapred i razvijeni su prema unapred određenim potrebama. Ipak, veliko pitanje kontinuirane evaluacije svih službi ostaje da se rešava unapređivanjem adekvatne metodologije i još detaljnijom razradom svih postojećih procedura. Razvoj terapijskih veština, bez obzira na vrstu tehnike koja se primenjuje, mora da ide ka boljem razumevanju specifičnosti traumatskog iskustva, a individualni pristup klijentu mora da se poboljšava kroz adekvantiji rukovođenje slučajem ("case management"). Učešće korisnika, i do sada veoma značajno, mora biti institucionalizovano, kako bi podrška udruženjima korisnika bila IAN-ova obaveza nadalje, a odluke koje donesu korisnici i formalno obavezujuće i uvrštene u strateško planiranje u budućnosti.

I na kraju još nešto: stalno proveravanje koliko smo dobri ne služi samo unapređenju rada. U ovom poslu treba biti svestan krivice zbog preživljavanja koja se uvek javlja u radu sa ljudima koji su prepatili toliko koliko naši klijenti. I ne treba zaboraviti da ovo ipak nije samo uobicajeni posao, kao bilo koji drugi, ili bilo koji drugi u okviru zaštite mentalnog zdravlja, i da bez autentične želje da se pomogne onima koji su nastradali, bilo kakva druga nadoknada osim povremene zahvalnosti ili opažene dobrobiti za klijente, nije dovoljna, i svaki napor postaje vremenom iscrpljujući i uzaludan.

LITERATURA

- Abraham, K. (1955) Psychoanalysis and the War Neuroses. In: Abraham, H., (Ed.) *Clinical Papers and Essays on Psycho-analysis by Karl Abraham*, pp. 59-67. New York: Basic Books.
- Achenbach, T.M. (2001) Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **35** 263-271.
- Agger, I., Buus Jensen, S. and Jacobs, M. (1995) Under war conditions: what defines a psychosocial project? In: Agger, I., (Ed.) *Psychosocial projects under war conditions*, Zagreb: European Community Humanitarian Office/Task Force.
- Agger, I. and Jensen, S. (1996) *Trauma and Recovery Under State Terrorism*. London: Zed Books .
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Baranger, M., Baranger, W. and Mom, J.M. (1988) The infantile psychic trauma from us to Freud: pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis* **69**, 113-128.
- Black, M.E. (1993) Collapsing health care in Serbia and Montenegro. *British Medical Journal* **307**, 1135-1137.
- Bohleber, W. (2002) The Development of Trauma Theory in Psychoanalysis. In: Varvin, S. and Štajner-Popovic, T., (Eds.) *Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma*, pp. 207-234. Belgrade: International Aid Network.
- Brundtland, G.H. (2000) Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **102**, 159-161.
- Brjholm, S. and Vesti, P. (1992) Multidisciplinary approach in the treatment of torture survivors. In: Baso glu, M., (Ed.) *Torture and its Consequences*, pp. 277-298. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cienfuegos, A. and Monelli C. (1983) The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* **53**, 43-51.
- Davidson, J.R. (2001) Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA* **286** (5):584-588.
- de Jong, J.P., Scholte, W.F., Koeter, M.W.J. and Hart, A.A.M. (2000) The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **102**, 171-177.
- de Jong, J.T., Komproe, I.H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van De Put, W. and Somasundaram, D. (2001) Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* **286** (5):555-562.
- de Jong, K., Ford, N. and Kleber, R. (1999) Mental health care for refugees from Kosovo: the experience of Médecins Sans Frontières. *Lancet* **353**, 1616-1617.
- Deahl, M. (2000) Psychological debriefing: controversy and challenge. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **34** (6):929-939.
- Fontana, A. and Rosenheck, R. (1997) Effectiveness and Cost of the Inpatient Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Comparison of Three Models of Treatment. *American Journal of Psychiatry* **154** (6):758-765.
- Fox, F. (2001) New Humanitarianism: Does it Provide a Moral Banner for the 21st Century? *Disasters* **25**, 275-289.
- Foy, D.W., Eriksson, C.B. and Trice, G.A. (2001) Introduction to Group Interventions for Trauma Survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* **5**, 246-251.

- Freud, S. (1919) Introduction to 'psycho-analysis and the war neuroses'. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 17. 204-215. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, 1966.
- Garfield, R. (2001) Economic sanctions on Yugoslavia. *Lancet* **358**, 580.
- Hohmann, A.A. and Shear, M.K. (2002) Community-Based Intervention Research: Coping With the "Noise" of Real Life in Study Design. *American Journal of Psychiatry* **159** (2):201-207.
- Ilic, Z., Jovic, V. and Lecic-Tosevski, D. (1998) Posttraumatic stress in war prisoners. *Psihijatrija Danas* **30** (1):73-97.
- Johnson, D., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin, H., Charney, D. and Southwick, S. (1996) Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* **153** (6):771-777.
- Keane, T.M., Albano, A.M. and Blake, D.D. (1992) Current trends in the treatment of post-traumatic stress symptoms. In: Basoglu, M., (Ed.) *Torture and its Consequences*, pp. 363-401. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kinzie, J.D. (2001) Psychotherapy for Massively Traumatized Refugees: The Therapist Variable. *American Journal of Psychotherapy* **55** (4):475-490.
- Kinzie, J., Boehnlein, J., Leung, P., Moore, J., Riley, C. and Smith, D. (1990) The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian Refugees. *American Journal of Psychiatry* **147**, 913-917.
- Kondic, K. and Popovic, T. (1988) Klijentom usmerena terapija [Client oriented therapy]. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Larson, M.A., Eng, E. and Stein, J. (1998) US and Canadian torture treatment programmes and their approaches to care with adult and child survivors. *Torture* **8**, 7-19.
- Lucca, A.M. and Allen, G.J. (2001) A Statewide Assessment of Psychosocial Programs: General Characteristics and Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **24**, 205-213.
- McFarlane, A.C. and Yehuda, R. (2000) Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **34** (6):940-953.
- McGuire, R., McCabe, R. and Priebe, S. (2001) Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **36**, 557-564.
- Mollica, R.F., Cui, X., McInnes, K. and Massagli, M.P. (2002) Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. *Journal of Nervous and Mental Disease* **190** (3):158-166.
- Muris, P. and Merckelbach, H. (1999) Traumatic Memories, Eye Movements, Phobia, and Panic: A Critical Note on the Proliferation of EMDR. *Journal of Anxiety Disorders* **13**, 209-223.
- Patton, M.J., Meara, N.M. and Robbins, S.B. (1992) *Psychoanalytic Counseling*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Priebe, S., Gavrilovic, J., Schützwohl, M., Lecic-Tosevski, D., Ljubotina, D., Bravo Mehmedbasic, A. and Franciskovic, T. (2002) Rationale and method of the STOP study - Study on treatment behaviour and outcomes of treatment in people with posttraumatic stress following conflicts in ex-Yugoslavia. *Psihijatrija Danas* **34**, 145-159.
- Raphael, B., Meldrum, L. and McFarlane A (1995) Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal* **310**, 1479-1480.
- Shephard, B. (2001) *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.

- Silove, D., Ekblad, S. and Mollica, R. (2000) The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet* **355**, 1548-1549.
- Stockton, N. (1998) In Defence of Humanitarianism. *Disasters* **22**, 352-360.
- Summerfield, D. (2000) War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal* **321**, 232-235.
- Summerfield, D. (2001) The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* **322**, 95-98.
- Tenjovic, L., Kneževic, G., Opacic, G., Živanovic, B., Vidakovic, I., Vujadinovic, B. and Maksimovic, A. (2001) Internally displaced persons from the Prizren area of Kosovo: Living conditions, mental health and repatriation issues. Belgrade: International Aid Network.
- United Nations (2001) Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Istanbul Protocol**. Geneva: United Nations.
- Varvin, S. and Štajner-Popovic, T. (2002) Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma. Belgrade: International Aid Network.
- Varvin, S. (1998) Psychoanalytic Psychotherapy with Traumatized Refugees. *American Journal of Psychotherapy* **52**, 64-71.
- Vesti, P. and Kastrup, M. (1992) Psychotherapy for torture survivors. In: Basoglu, M., (Ed.) *Torture and its Consequences*, pp. 348-362. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weine, S.M., Becker, D.F., McGlashan, T.H., Laub, D., Lazrove, S., Vojvoda, D. and Hyman, L. (1995) Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *American Journal of Psychiatry* **152** (4):536-542.
- Weine, S.M., Kulenovic, A.D., Pavkovic, I. and Gibbons, R. (1998) Testimony Psychotherapy in Bosnian Refugees: A Pilot Study. *American Journal of Psychiatry* **155** 1720-1726.
- Weiss, M., Gaston, L., Propst, A., Wisebord, S. and Zicherman, V. (1997) The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry* **58**, 196-204.
- World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization.