

Psihološka prva pomoć

Psihološka prva pomoć (PPP) znači pružanje psihološke pomoći osobi u nevolji, osobi pred nerješivim problemom ili bolnim gubitkom. U normalnim životnim prilikama većina ljudi se u stanju nositi sa životnim nedaćama i problemima bez pomoći profesionalnih osoba, najčešće uz pomoć bližnjih. Masovne krizne situacije (potres, pandemija, ratna zbivanja) predstavljaju kompleksne događaje koji nadjačavaju kapacitete pojedinca i zajednice te dovode u pitanje učinkovitost uobičajenih metoda suočavanja sa stresom. Nadalje, masovnim kriznim situacijama izložen je velik broj ljudi, a one mogu imati za posljedicu značajne promjene u društvu i gospodarstvu. U tom kontekstu, važne su intervencije na području mentalnog zdravlja, kako bi se minimalizirale posljedice narušenog funkcioniranja velikog broja ljudi.

U posljednje dvije godine svakodnevno smo izloženi neočekivanim događajima koji na neki način narušavaju našu unutrašnju ravnotežu. Poseban problem predstavljaju ranije nerazriješene traume i konflikti, koji se u novoj stresnoj situaciji aktiviraju. Stres izazvan novonastalom situacijom djeluje na

naše osjećaje, mišljenje, ponašanje i tjelesne procese. Osobe s određenim predtraumatskim rizičnim čimbenicima vulnerabilne su u tim situacijama (anamneza seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, prethodni neriješeni gubici i traume, zlorporaba psihoaktivnih tvari, prethodna psihijatrijska anamneza, istodobni životni drugi stresori, žene, mala djeca i osobe straije životne dobi).

Prva psihološka pomoć može se definirati kao podrška, utjeha i razumijevanje koje nam pruža druga osoba ili kao niz akcija koje sami poduzimamo (vid samopomoći), kako bismo se suočili s nevoljom u kojoj smo se zatekli. Umjesto aktivnosti to mogu biti misli i upute koje sami sebi ponavljamo kako bismo se smirili ili prikladnije suočili sa situacijom u kojoj se nalazimo.

Cilj kriznih intervencija je pomoći ljudima da se lakše nose s traumatskim događajem te da taj isti događaj integriraju u svoje životno iskustvo, kako bi mogli nastaviti sa životom. PPP je oblik prevencije kojim se sprječavaju teže posljedice kriznih događaja.

Osobama se pomaže da povrate osjećaj kontrole nad vlastitim životom te se na taj način reducira osjećaj bespomoćnosti.

Još u prvim dokumentiranim pokušajima pružanja prve psihološke pomoći važnima su se pokazale sljedeće tri varijable:

1. **BLIZINA** – pružanje psihološke pomoći osobama s prve linije;
2. **NEPOSREDNOST** – pristupiti pojedincu neposredno nakon događaja;
3. **OČEKIVANJA** – da će osoba moći nastaviti dalje funkcionirati.

Glavne komponente psihološke prve pomoći

- utjeha, utjeha i utjeha,
- zaštita od daljnje prijetnje i nevolje
- neposredna fizička zaštita i sigurnost
- ciljno orijentirano i svrhovito ponašanje
- pomaganje oko ponovnog susreta s bliskim osobama
- dijeljenje iskustva (ali ne prisilno)
- povezivanje preživjelih s izvorima podrške
- olakšavanje u procesu stjecanja osjećaja kontrole
- identificiranje onih kojima je potrebna dodatna pomoć (trijaža).

Prvu psihološku pomoć pruža čovjek čovjeku, osoba prvog kontakta. Osobe koje se nalaze u ulozi pomagača uputno je educirati o načinima pružanja psihološke pomoći.

Korisno je razmišljati o reakcijama na traumu kroz više faza, a jedan od najčešće citiranih opisa

je model Tyhursta (1951.), koji predlaže faze udara, užasavanja i oporavka.

Tijekom prve faze pojedinci su obično šokirani, užasnuti ili „smrznuti“. U ovoj fazi osobe mogu biti izložene daljnjem riziku zbog smanjenih kapaciteta da se zaštite. Neki poduzimaju altruističke radnje, a mali, ali značajan broj zadržava sposobnost racionalnog razmišljanja i djelovanja s namjerom. U ovoj fazi prioriteti su spašavanje i osiguravanje hrane, topline i sigurnosti. PPP pružaju pomagači na prvoj liniji, ali i čovjek čovjeku koji se zatekao u toj situaciji. Stručnjaci za mentalno zdravlje u ovoj fazi trebaju biti dostupni u smislu otvaranja telefonskih linija za pomoć te programa za kontakt.

U ovoj drugoj fazi preživjeli počinju graditi sliku o tome što se dogodilo i nastoje se ponovno povezati/spojiti s obitelji i prijateljima. Princip evakuacije „prvo žene i djeca“ možda je nužan, ali nije potpuno adekvatan u psihološkom smislu. Prekid obiteljskih veza, osobito za malu djecu, može biti štetan u ovom trenutku. Ad hoc grupe koje nastaju tijekom ove faze predstavljaju važne elemente u okupljanju zajednice nakon katastrofe. Način na koji će pomagači i vlasti odnositi prema osobama u masovnoj kriznoj situaciji može utjecati na njihovu dugoročnu prilagodbu na stresnu kriznu situaciju.

Za mnoge, treća faza je razdoblje obilježeno izmjeničnim fazama prilagodbe i recidiva. Raphael (1986.) je korisno identificirao razdoblje „medenog mjeseca“ koje slijedi nakon katastrofe, tijekom kojeg preživjeli imaju koristi od vala suosjećanja, dobre volje i brige. Međutim, ova razina obećanja i odgovora ne može se održati, a često slijedi emocionalni pad tijekom kojeg dolazi do razočaranja dok se preživjeli bore s onim što smatraju birokratskim i pravnim preprekama. Te poteškoće mogu biti dovoljno ozbiljne da predstavljaju „drugu katastrofu“.

Potrebno je naglasiti kako preživjele osobe i terapeuti često nisu svjesni da terapija traume ne bi trebala biti prvi odgovor nakon kritičnih incidenata. Terapija traume zahtijeva da klijent ima stabilno okruženje. Preživjeli često žive u situacijama u kojima stabilnost još nije postignuta. Određene okolnosti, kao što su raseljavanje i useljavanje, te stalna izloženost agresiji (npr. ratnim zbivanjima) troše većinu resursa preživjelih kako bi se mogli nositi sa strahom, promjenama i nestabilnošću.

U kriznim okolnostima oslanjamo se na psihološke krizne intervencije PPP-a, odnosno metode koje se koriste da bi se pružila trenutna i kratkotrajna pomoć pojedincima koji su proživjeli događaj koji je prouzročio emocionalne, kognitivne, tjelesne i ponašajne probleme. Intervenciju je potrebno provesti u što kraćem roku od kriznog događaja, a namijenjena je izravnim žrtvama traumatskog događaja, najbližoj rodbini i očevicima, spasiocima i profesionalnim pomagačima te svima koji osjećaju učinke događaja na svoje psihičko stanje. Nastoje se što prije ukloniti posljedice kriznog događaja te uspostaviti normalna razina funkcioniranja.

Pretpostavlja se da će se osobe nakon 4 do 6 tjedana (ili do 8 tjedana) vratiti na nekadašnju razinu funkcioniranja ili će uspostaviti novu ravnotežu koja će biti bolja ili lošija od one koja je postojala prije kriznog događaja. Ključno je kod psiholoških intervencija PPP-a spriječiti uspostavljanje lošijeg načina funkcioniranja. Psihološka pomoć koja je pružena u razdoblju od nekoliko tjedana nakon krize učinkovitija je, nego intenzivnija intervencija u razdoblju kada osoba nije više toliko otvorena za primanje psihološke pomoći. Psihološkom intervencijom ubrzava se proces stabilizacije zajednice te su posljedice po psihičko zdravlje pojedinca manje.



Tko su žrtve?

- primarne žrtve: one u epicentru katastrofe;
- sekundarne žrtve: npr. obitelji i prijatelji primarnih žrtava;
- žrtve trećeg stupnja: npr. osoblje za hitne slučajeve i spašavanje;
- žrtve četvrte razine: npr. članovi zajednice koji nude pomoć;
- žrtve pete razine: npr. oni koji su ugroženi neizravnim uključivanjem;
- žrtve šeste razine: npr. oni koji su mogli biti izravno uključeni, ali su izbjegli katastrofu.

Psihološke posljedice masovnih kriznih situacija osjetit će:

- preživjeli, ozlijeđeni i neozlijeđeni;
- promatrači;
- obitelji i prijatelji žrtava;
- oni koji se identificiraju s primarnim žrtvama, uključujući one koji su mogli biti tamo i stradati;
- oni koji se osjećaju odgovorno za katastrofu (najčešće neopravdano).

Skala razmjera katastrofe po broju žrtava:

Katastrofa malih razmjera – broj žrtava manji od 10

Srednjih razmjera – broj žrtava je između 10 i 100

Velikih razmjera – broj žrtava je između 100 i 1.000

Masovnih razmjera – broj žrtava je veći od 1.000

Mentalni poremećaji (psihološke reakcije) uzrokovane katastrofama:

- Akutna stresna reakcija
- Anksioznost i fobija
- Depresija
- PTSP (posttraumatski stresni poremećaj)
- Promjena u strukturi ličnosti zbog traumatskog događaja

Dodatni čimbenici rizika i ranjivosti dijele se u dvije skupine:

1. peritraumatski čimbenici – iznenadnost i neočekivanost; uočena ili stvarna prijetnja životu (osobna ili od strane drugih), izloženost teškim prizorima i osjetilnim iskustvima, blizina prijetnje, značajan osobni gubitak, nesreća koju je stvorio čovjek (za razliku od prirodne katastrofe), produljena izloženost (npr. zarobljeničtvo),
2. posttraumatski čimbenici – teške akutne psihičke reakcije, nedostatak socijalne/obiteljske podrške, neželjene reakcije drugih (npr. okrivljavanje ili odbacivanje patnje), krivnja preživjeloga.

Što je s osobama koje zbog sigurnosti napuštaju svoje domove?

Milijuni ljudi diljem svijeta protjerani su iz svojih domova zbog građanskih sukoba, progona, političkog nasilja i kršenja ljudskih prava. Izbjeglice i tražitelji azila ranjivi su na učinke traumatskih događaja koji proizlaze iz progona, sukoba i raseljavanja. Općenito, prisilno raseljene populacije izvještavaju o izloženosti velikom broju potencijalno traumatskih, ponovljenih i dugotrajnih štetnih događaja.

Po definiciji, izbjeglice su podvrgnute progonu, što znači da su ti događaji često međuljudske prirode. Potencijalno traumatični događaji koje obično doživljavaju izbjeglice i tražitelji azila u svojim matičnim zemljama uključuju međuljudsko nasilje, seksualno nasilje, ozljede opasne po život, svjedočenje ubojstvima voljenih osoba i mučenje.

Izbjeglica je definirana kao osoba koja:

- je izvan svoje zemlje državljanstva ili uobičajenog boravišta;
- ima utemeljen strah od progona zbog svoje rase, vjere, nacionalnosti, pripadnosti određenoj društvenoj skupini ili političkog mišljenja;
- ne može ili ne želi iskoristiti zaštitu te zemlje ili se u nju vratiti zbog straha od progona.

S obzirom na značajnu izloženost stresorima prije i nakon migracije, nije iznenađujuće da su visoke razine stresa često dokumentirane kod izbjeglica. U skladu s tim, također su zabilježene visoke stope psihijatrijskih poremećaja povezanih s traumom, uključujući PTSP, depresiju i anksioznost.

Utjecaj traumatskih događaja

Psihološki utjecaj traumatskih događaja proizlazi iz interakcije između:

(1) prirode događaja – mnogi aspekti traumatskog događaja ostavit će dugoročne posljedice, posebno ako osoba svjedoči patnji ili smrti, a posebno smrti bliskih osoba. Utjecaj traumatskog događaja više je povezan s percipiranom prijetnjom (gubitkom), nego sa objektivnom opasnošću. Terr i sur. razlikuje dvije kategorije traume. Trauma tipa I je posljedica jednog, intenzivnog, neočekivanog događaja, kao što je napad ili sudar. Karakteristična psihološka reakcija uključuje ponavljanje, nametljiva sjećanja na događaj koja se često izmjenjuju s izbjegavajućim ponašanjem (tj. obrazac PTSP-a). Trauma tipa II proizlazi iz dugotrajnih zastrašujućih iskustava, možda ponavljanih. Stoga ih žrtva još uvijek očekuje sa strahom (zlostavljanje u djetinjstvu). Reakciju na traumu karakterizira otupljivanje, disocijacija, izmjena bijesa i pasivnosti, a može napredovati do trajnih promjena u osobnosti i ponašanju.

(2) stanja unutarnjeg svijeta pojedinca – razvoj resursa za suočavanje i otpornost osobe na stresne događaje ovisi o ranijem rješavanju životnih kriza. Dok uspješno suočavanje s ranijim nedaćama stvara samopouzdanje i repertoar vještina suočavanja, neprilagodljiva rješenja ostavit će pojedinca ranjivim na kasnije izazove, uključujući traumatske događaje. Ljudi s poviješću psihijatrijskih bolesti imaju veću vjerojatnost da će razviti posttraumatsku psihopatologiju.

(3) kvalitete društvenog konteksta ili „okoliša za oporavak“ – na kapacitete za suočavanje može djelovati i društveni kontekst u kojem se pojedinac nalazi. Podržavajući socijalni odnosi ključni su za progradu traumatskog sadržaja te za potencijalni oporavak. Oni koji nemaju bliske emocionalne odnose pod većim su rizikom za razvoj simptoma PTSP-a. Također, može se dogoditi da se osobe koje su žrtve traumatskog događaja izoliraju od svojih bližnjih.

Razmatranja za pomagače

Klinički dokazi upućuju na to da se preživjelim i drugim žrtvama katastrofe može pomoći da se suoče sa svojim traumatskim iskustvom ako im se pruži rana psihološka prva pomoć kojoj je namjena promicati adaptivno suočavanje. Važno je razumijeti da prvu psihološku pomoć pruža čovjeku čovjeku u prvom neposrednom kontaktu. Nije nužno, pa čak bi bilo i kontraproduktivno i stigmatizirajuće da to budu stručnjaci s područja mentalnog zdravlja. Naime, najveći broj ljudi će uspjeti proći kroz kriznu situaciju samostalno, oslanjajući se na vlastite mehanizme suočavanja sa stresom, uz prvu psihološku pomoć, a tek manji broj će trebati pomoć od strane profesionalaca s područja mentalnog zdravlja. Te osobe važno je rano prepoznati i uputiti u tretman.

Većini onih koji su pokazali smetnje na planu mentalnog zdravlja nakon katastrofe pomoći će se ranim pružanjem:

- (a) ljubaznosti, podrške;
- (b) informacija o tome što se dogodilo njima i drugima koji su uključeni u događaj, te što će se dogoditi u svakoj sljedećoj fazi;
- (c) prilike da razgovaraju i izraze svoje osjećaje o iskustvu.

Ovu bitnu potporu tijekom spašavanja i pružanja neposredne pomoći može pružiti osoblje hitnih službi te obučeni članovi ključnih dobrovoljnih organizacija. Socijalni radnici i drugo stručno ili volontersko osoblje (npr. primarno zdravstveno i zdravstveno osoblje u zajednici, crkve i savjetodavne agencije) igraju značajnu ulogu u zadovoljavanju psihosocijalnih potreba preživjelih, kao i njihove bliske osobe. No, većina pogođenih snaći će se sama uz pomoć obitelji i prijatelja. Specifične psihološke potrebe žrtava katastrofe najbolje se zadovoljavaju intervencijom stručnog osoblja za mentalno zdravlje s utvrđenom kompetentnošću u radu s traumama koji trebaju prvoj liniji pomagača bit dostupni i na raspolaganju. Rani specijalizirani zadaci uključuju i psihološku trijažu na prijemnim stanicama i odjelima za nesreće u bolnici za neozlijeđene i ozlijeđene preživjele, procjenu mentalnog stanja i mogućnost neposrednog psihijatrijskog tretmana ukoliko je on potreban, npr. za osobe s akutnim reakcijama na stres. Također je potrebno identificiranje i stalna podrška pojedincima koji su zbog specifičnih čimbenika ranjivosti ili teških ranih reakcija izloženi posebnom riziku od kasnijeg psihijatrijskog morbiditeta. Osobama koje razviju posttraumatske psihijatrijske poremećaje bit će potrebna stručna dijagnostika i liječenje, psihološko, a ponekad i psihofarmakološko liječenje.

Pomagači da bi mogli pružiti prvu psihološku pomoć moraju duboko u sebi osjećati istinsku emocionalnu predanost, a odgovarajuća razina znanja, vještina i iskustva pružit će im sigurnost u ono što rade. Potrebno je da budu „emocionalno“ kompetentni: ako se suočavaju s previše istodobnih stresora u osobnim životima, njihova emocionalna otpornost može biti ozbiljno ugrožena.

Ciljevi savjetodavnog rada – Mora postojati dogovor o tome što pomagač može učiniti. Ciljevi moraju biti realistični, a nerealni ciljevi dovest će do razočaranja. Pomagač je tu da savjetuje, a ne da preuzme odgovor na prijetnju mentalnom zdravlju.

Mreža podrške – Zbog odgovornosti posla, pomagač bi trebao imati na raspolaganju mrežu kolega s kojima se može kontaktirati za savjet i podršku, te isto tako podršku stručnjaka s područja mentalnog zdravlja kojima se može obratiti.

Vjerodostojnost – Dolazak pomagača, često nepoznatog većini uključenih oko krizne situacije, neće svi vidjeti kao dobrodošao. Može postojati ogorčenost i sumnje u njegovu ili njezinu sposobnost da doprinese. Znanja, vještine i kompetencije očito su neophodne, ali je nužno da pomagač razumije kulturnu pozadinu katastrofe. Chemtob (2000) zagovara uparivanje pomagača sa „stručnjakom za kulturu“, kako bi se smanjio rizik od političkih, rasnih ili vjerskih indiskrecija. Važna pitanja vezana uz kulturu pogođene zajednice mogu se odnositi na praksu žalovanja.

Materijali – Bilježnice ili druge metode vođenja evidencije su bitne, jer će pomagač biti bombardiran pitanjima na koje treba odgovoriti, imenima koja treba zapamtiti i zadacima koje treba obaviti. Postoji i niz materijala za samopomoć (dostupnih putem Interneta) koji mogu biti od koristi. Npr. Zaštita mentalnog zdravlja u krizi: stres, tjeskoba, strah postupci osnaživanja i samopomoći, postupak umirenja uznemirenih osoba dostupno na https://www.medix.hr/aploads/files/PDFs/suplement1_141%20cjeloviti/Preporuke_za_zastitu_mentalnog_zdravlja_v7i_web.pdf

Materijali za osobe izbjegle od rata u Ukrajini dostupni su: <https://www.coe.int/en/web/pompidou/-/psychological-first-aid-for-ukrainian-people>

Posjet mjestu katastrofe (npr. kod potresa) – Postoji potreba da pomagač posjeti mjesto nesreće ako je to moguće jer moraju biti zadovoljeni uvjeti za sigurnost i pomagača i osoba u kriznoj situaciji. To je znak poštovanja, osobito ako su ljudi umrli, a također pomaže pomagaču shvatiti što se dogodilo i što su pojedinci morali pretrpjeti, što samo po sebi povećava vjerodostojnost.

Uključenost medija – Iako su mediji upleteni mogu izazvati nepotrebne nevolje (posebice djeci). Međutim, oni imaju legitimnu i potencijalno korisnu ulogu. Mogu pružiti točne informacije o katastrofi i o reakcijama nakon takvog događaja i kako se protiv njih boriti. Izvori stručne i dobrovoljne pomoći mogu se identificirati putem medija i društvenih mreža.

Osobna dobrobit – pomagači moraju zadržati realističnu perspektivu i oduprijeti se razvoju uvjerenja da su neophodni, nezamijenjivi i/ili neuništivi. Korisno je ostati u kontaktu s obitelji i prijateljima, kako biste zadržali širu perspektivu i dobili emocionalnu podršku. Pomagači bi trebali pokušati osigurati adekvatan san, uravnoteženu prehranu i fizičku aktivnost. Također bi trebali osigurati neko svoje privatno vrijeme jer će biti „bombardirani“ zahtjevima za posjete, sastanke, razgovore.

I NA KRAJU, MORAMO IMATI NA UMU KAKO JE NAKON TEŠKIH MASOVNIH KRIZNIH SITUACIJA MOGUĆ POSTTRAUMATSKI RAST I ZA POJEDINCE I ZA ZAJEDNICE, A MOŽE SE VIDJETI U SMISLU POBOLJŠANJA ODNOSA, IDENTIFIKACIJE NOVIH METODA SUOČAVANJA SA STRESOM, REVIDIRANIH ŽIVOTNIH VRIJEDNOSTI I VEĆEG UVAŽAVANJA ONOGA ŠTO ŽIVOT VEĆ NUDI.

Tekst priredile:

Prim. dr. sc. Marija Kušan Jukić, dr. med., spec. psihijatar, sub. socijalne psihijatrije, Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Katarina Šutalo, mag. psych., Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Mirjana Orban, dr. med., spec. psihijatrije, sub. alk. i ovisnosti, Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Literatura:

- Alexander, D. A. (2005). Early mental health intervention after disasters. Advances in Psychiatric Treatment, 11(1), 12-18.*
- Chemtob, C.M. (2000). Delayed debriefing: After a disaster. In B. Raphael & J.P. Wilson (Eds.), Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (pp. 227-240). Cambridge: Cambridge University Press.*
- Hobbs, M. (1995). A district framework for managing psychosocial aspects of disaster. Advances in Psychiatric Treatment, 1(6), 176-183.*
- Lies, J., Jones, L., & Ho, R. (2019). The management of post-traumatic stress disorder and associated pain and sleep disturbance in refugees. BJPsych advances, 25(3), 196-206.*
- Raphael, B. (1986). When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. New York: Basic Books.*
- Raphael B. & Newman L. Disaster Mental Health Response Handbook. Parramatta; NSW Institute Psychiatry. Portal za očuvanje mentalnog zdravlja Grada Zagreba*