

PSIHOSOCIALNA OSKRBA PO NESREČAH

Psychosocial support after disasters

Andreja Lavrič* UDK 364-78:614.8

Povzetek Abstract

Namen prispevka je predstaviti smernice za psihosocialno pomoč po večjih nesrečah, ki jih opredeljujejo mednarodni projekti na podlagi raziskovalnega dela. V Evropi se politiki in strokovnjaki vedno bolj zavedajo pomena psihosocialne oskrbe po naravnih in drugih nesrečah in temu namenjajo vedno več pozornosti in sredstev. Odraž tega se kaže v več mednarodnih projektih in mrežah, ki izdelujejo smernice za psihosocialno pomoč posamezniku, družini in skupnosti, ter smernice za formalno ukrepanje znotraj posamezne države in tudi širše v Evropski uniji ter drugod po svetu. Dinamika psihosocialne pomoči za prebivalstvo je razmejena na akutno, prehodno in dolgoročno fazo in se izvaja na štirih ravneh: osnovna oskrba in varnost, pomoč skupnosti in družine, usmerjena nespecializirana pomoč in specializirana pomoč.

The purpose of this article is to present guidelines on psychosocial support after major disasters as defined by international projects based on research work. Inside Europe politicians and experts are becoming increasingly conscious of the importance of psychosocial care after natural disasters and therefore more attention and funds are being dedicated to this issue. This can be seen with the increased number of international projects and networks developing guidelines for psychosocial support to individuals, families and the community, and guidelines for formal action within individual countries and in the broader context within the European Union and around the world. The dynamics of psychosocial help for a population is divided into acute, permanent and long-term phases and is implemented at four levels: basic care and safety; assistance to the community and families; focused – non-specialized assistance; and specialized assistance.

Uvod

V Evropski uniji v zadnjih desetih letih narašča zavedanje o pomenu psihosocialne pomoči ob naravnih in drugih nesrečah, kar se kaže v razvijanju mrež strokovnega znanja o psihosocialni oskrbi in zdravljenju potrativnega stresa za žrtve nesreč. S tem namenom so nastali trije mednarodni projekti, ki jih (so)financira Evropska unija: *Psycho-Social Support in situations of mass emergency* (Seynaeve, 2001), *European Guidelines for Targetgroup oriented psychosocial Aftercare in Case of Disaster* (EUTOPIA, 2008) in *The European Network for Traumatic Stress* (TENTS, 2009). Poleg projektov so se s smernicami za psihosocialno pomoč po naravnih in drugih nesrečah ukvarjale tudi večje organizacije, kakor je *The European Federation for Psychologists' Associations* znotraj *Standing committee on Disaster and Crisis Psychology* (EFPA, 2005), *Join Medical Committee NATO* (JMCNATO, 2008), *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Supports* projektom *European Network for Psychosocial Support* (ENPS, 2009) in *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2005). Namen omenjenih

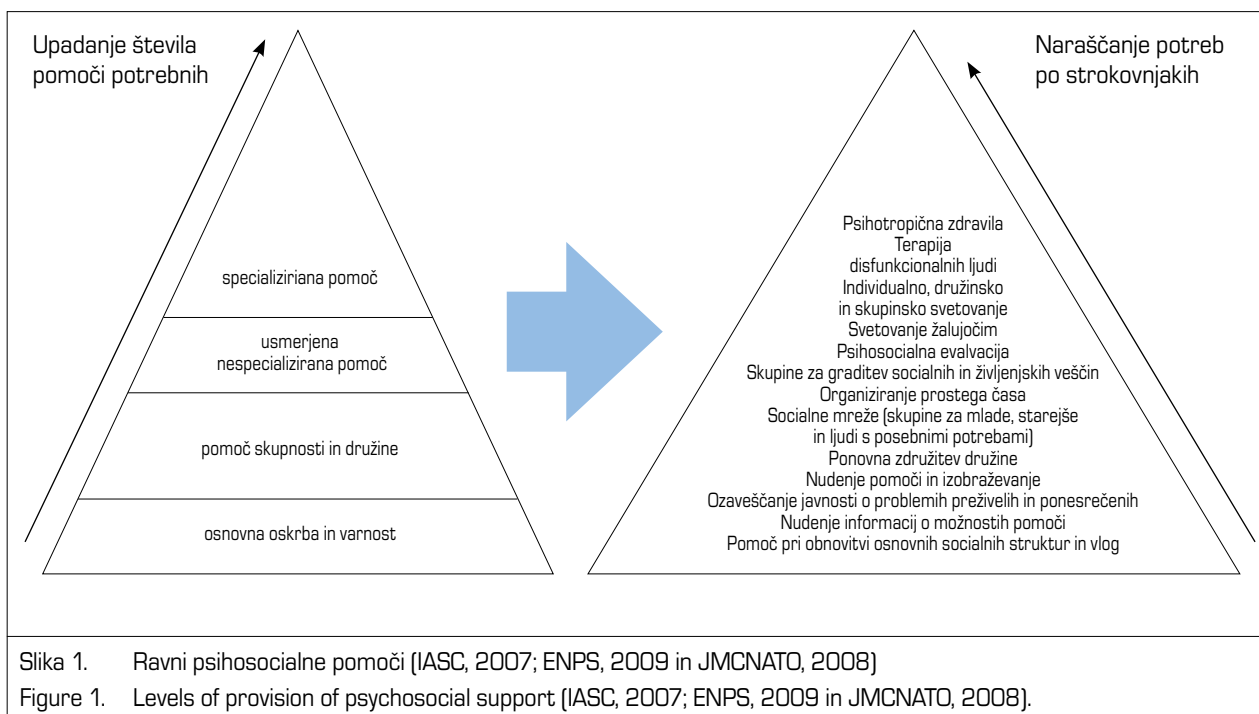
projektov in organizacij je priprava na učinkovit psihosocialni odziv ob večjih nesrečah. Izdelane smernice so namenjene nacionalnemu načrtovanju in vzpostavljanju pomoči kakor tudi povezovanju znotraj Evrope.

Namen in ravni psihosocialne pomoči

Naravne in druge nesreče vplivajo na ljudi različno, kar zahteva različne načine pomoči, pri namenu in izhodiščih za pomoč pa so preživeli in drugi udeleženci enotni: potrebna je zgodnja, dosegljiva, kakovostna in strokovna pomoč. Potrebno je tudi ustrezno dajanje informacij o dogodku in opozarjanje udeležencev na možne reakcije po nesreči, vodenje udeležencev pri pomembnih vprašanjih, ki nastanejo ob nesreči in zagotavljanje možnosti srečanj z drugimi s podobnimi izkušnjami. Pomoč mora biti časovno ustrezno dolga, prožna in prilagojena posamezniku (EFPA, 2005).

S tem namenom mora biti pomoč organizirana na več ravneh. Vse ravni psihosocialne pomoči, ki temeljijo na predstavljenih evropskih projektih, so pomembne, izvajale naj bi se hkrati in ob sodelovanju. Ravni pomoči so prikazane v obliki piramide, ki je zgrajena iz štirih delov: osnovna oskrba in varnost, pomoč skupnosti in družine, usmerjena nespecializirana pomoč in specializirana

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



pomoč (IASC, 2007) in jih lahko strnemo na naslednje štiri ravni psihološke oskrbe (TENTS 2009): praktična podpora in navzočnost, zagotavljanje informacij, svetovanje in dolgoročna specialistična psihološka oskrba in podpora.

Prva raven dajanja psihosocialne pomoči je osnovna oskrba in varnost, ki poleg ponovne vzpostavitve varnosti nudi ustrezno vodenje in oskrbo z osnovnimi sredstvi: hrano, vodo, osnovno zdravstveno oskrbo, nadzor nad širitvijo kužnih bolezni itd. Znotraj te ravni po nesreči poteka pomoč udeleženi pri obnovitvi osnovnih socialnih struktur in vlog, ozaveščanje javnosti o težavah preživelih in ponesrečenih, seznanjanje udeležencev o možnostih pomoči in ozaveščanje ter izobraževanje o možnih reakcijah na nesrečo (JMCNATO, 2008).

Z ustanovitvijo centra za pomoč se na enem kraju zagotavljajo praktične storitve. Poleg praktične pomoči je v tej prvi fazi v prvem tednu po nesreči potrebna pragmatična psihološka podpora, ki se izvaja predvsem kot sočustvovanje, prav tako pa tudi zbiranje podatkov, seznanjanje z odzivi na travmo v obliki zgibank z napotki o ukrepih ob travmatičnih dogodkih, svetovanje o obvladovanju tavnje in napotki o možni pomoči; telefonske številke za pomoč z usposobljenim osebjem za pomoč v stiski in izdelava spletne strani za psihosocialne zadeve (TENTS, 2009).

Pomembno vlogo pri psihosocialni pomoči ima podpora socialnega okolja, zlasti skupnosti in družine, ki je opredeljena v drugi ravni piramide. Socialni odnosi vplivajo na spoprijemanje posameznika s stresom, pozitivna socialna podpora prispeva k občutku uspeha in deluje preventivno (Rakovec Felser, 2002). Visoka socialna podpora ublaži posledice grozečih dogodkov. Raziskave potrjujejo pomen medosebnih stikov za posameznikovo

občutenje sprejetosti, ljubljenosti, potrjenosti in njihovo zaščitno vlogo med boleznijo in njenimi posledicami ter nesrečami (Svetina, 2007).

Če pride ob večjih nesrečah do izgube družinskih članov ali članov skupnosti, je preostalim članom v pomoč iskanje izgubljenih za ponovno združitve, žalovanje in prisostvovanje žalnim slovesnostim, prisostvovanje skupnim dogodkom soočanja z izgubo, v pomoč so tudi programi za starše, formalna in neformalna izobraževanja ter delovanje socialnih mrež, npr. skupine za mlade itd. (IASC, 2007).

Pomen socialne podpore upošteva tudi švedski model psihosocialne podpore v kriznih razmerah (Larsson, Österdahl, 1996), ki posebej poudarja pomen osnovnih dveh ravni ali korakov podpore. Na prvi ravni gre za samopomoč, osnovno znanje posameznika o mehanizmih preživetja, normalnih reakcijah na stresne dogodke, prvi pomoči na čustveni ravni in ob potrativatski stresni motnji. Druga stopnja obsega podporo socialne mreže, zlasti družine, sosedov, sorodnikov, sodelavcev, prijateljev in združenj, ki imajo največji vpliv na posameznika.

Če tovrstna podpora ne zadošča, je na tretji stopnji švedskega modela na voljo pomoč različnih organizacij zunaj zdravstvenega sistema. Na lokalni ravni so na Švedskem organizirali 288 skupin za mentalno in socialno skrb, ki jih izobražuje švedska agencija za reševanje. Tudi na ravni nacionalne obrambe obstajajo psihosocialne podporne skupine v enotah in štabih. Na tej stopnji sodelujejo tudi Rdeči križ, cerkev, Švedska liga za civilno obrambo in druge prostovoljne organizacije (prav tam).

Četrto in peto raven psihosocialne podpore v švedskem modelu predstavljajo zdravstvene službe. Psihosocialne

skupine za podporo so oblikovane na ravni bolnišnic in imajo nalogo organizirati informacijske in podporne centre ob večjih naravnih in drugih nesrečah. Pri dogodkih večjih razsežnosti je organizirana tudi skupina za psihološko in psihiatrično delovanje. Najvišja in najbolj specializirana raven psihosocialne pomoči je specializirano delovne strokovnjakov s področja psihiatrije in psihologije ob nesrečah, ki obsega raziskave, razvoj, vodenje in usposabljanje na tem področju (prav tam).

Opisani tretja in četrta raven švedskega modela sodita v tretjo raven piramide psihosocialne pomoči (IASC, 2007), ki je opredeljena kot usmerjena ali osredotočena nespecializirana pomoč. Ob nesreči znotraj te ravni delujejo usposobljeni in nadzorovani izvajalci psihosocialne pomoči, ki še nimajo veliko izkušenj, hkrati pa lahko nudijo dovolj kakovostno pomoč posameznikom, družinam in skupinam. V tretjo raven sodi tudi prva in osnovna psihološka pomoč za reševalce (IASC, 2007).

Na tej ravni pomoči se udeleženi v nesreči nudi individualno, družinsko in skupinsko svetovanje. Organizirajo se skupine žalujočih bližnjih in skupine za pridobivanje socialnih in življenjskih veščin (JMCNATO, 2008). Namen teh razbremenilnih pogovorov in svetovanj je razbremenjevanje človekove stiske na vseh ravneh (čustveni, miselni in telesni), pomoč človeku, da sam razrešuje nastalo stisko – samopomoč, razširjanje človekovega zožanega doživljanja odnosov z okoljem in lastnih zmožnosti v danem položaju ter povrnitev občutka lastne moči in vrednosti (Tekavčič Grad, 2003).

Psihosocialno pomoč tretje ravni piramide psihosocialne pomoči potrebuje manj ljudi kakor pomoč prvih dveh ravni, kar kaže že zgradba piramide. Zato pomoč četrte ravni, ki zajema dodatno specializirano pomoč, potrebuje le manjši odstotek ljudi z značilnimi težavami v dnevnem delovanju. Najvišja raven vključuje psihološko, psihoterapevtsko in psihiatrično pomoč izkušenih strokovnjakov za posameznike z duševnimi motnjami (IASC, 2007).

Z dvigovanjem po ravneh znotraj piramide psihosocialnih intervencij narašča tudi potreba po specializiranih strokovnjakih za psihološko in psihiatrično pomoč, ki poleg terapij nudijo tudi medikamentozno zdravljenje. Kakor na eni strani raste potreba po strokovnjakih, na drugi strani upada število ljudi, ki potrebujejo specializirano pomoč. (IASC, 2007 in JMCNATO, 2008)

Za opravljanje psihosocialne pomoči na štirih ravneh psihološke oskrbe so potrebni različno usposobljeni ljudje z veščinami svetovanja in drugega strokovnega znanja, ki jih lahko razvrstimo v štiri skupine glede na njihov namen in usposobljenost (TENTS, 2009). V prvo skupino sodijo delavci socialnega skrbstva in prostovoljci. Običajno nimajo formalne kvalifikacije za svetovanje, imajo pa opravljeno osnovno usposabljanje o načelih psihološke prve pomoči in o skrbi za praktične potrebe posameznikov po veliki nesreči v obliki sočustvo-

vanja in podpore. Žrtvam zagotavljajo fizično udobje, jih seznanjajo s podatki o nesreči in jim ponudijo splošno podporo. Vloga sodelujočih v tej fazi s to fazo po nesreči običajno preneha.

Po opravljenem posebnem usposabljanju na enem ali več področjih, npr. za svetovanje ob izgubi ljubljene osebe ali za svetovanje na telefonski številki za pomoč v stiski, delavci socialnega skrbstva in prostovoljci postanejo strokovni delavci, ki tvorijo drugo skupino.

V tretjo skupino izvajalcev psihosocialne pomoči se uvrščajo svetovalci za travmatična stanja, ki imajo pridobljene formalne kvalifikacije na področju svetovanja in duševnega zdravlja. Opravljeno imajo posebno usposabljanje na področju ocenjevanja in psihološkega dela z osebami v travmatičnem stresu. Prav tako naj bi imeli izkušnje pri delu s posamezniki, ki imajo znake travmatičnega stresa, pod nadzorom strokovnjakov za duševno zdravje, specializiranih za travmatični stres.

V zadnjo, četrto skupino, sodijo specialisti, ki so strokovnjaki za duševno zdravje z izkušnjami na področju travmatičnega stresa in delujejo v četrti, najvišji ravni piramide psihosocialne pomoči.

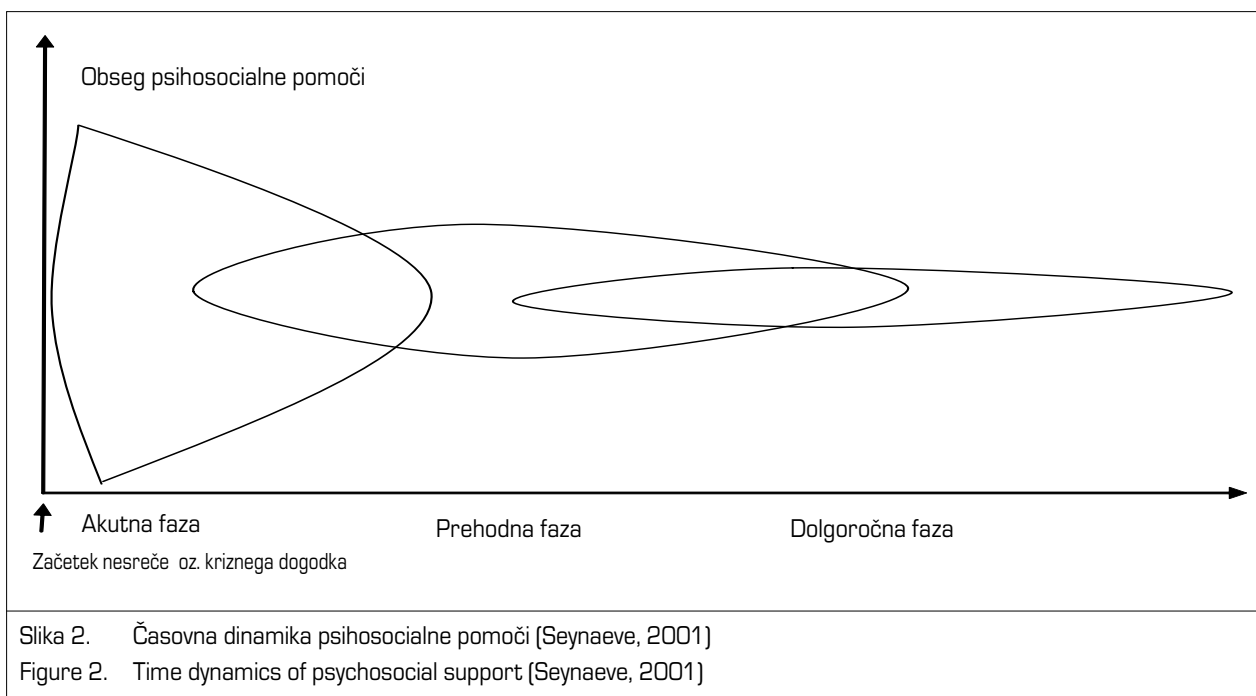
Pri usklajevanju ukrepov navedenih skupin se pri načrtovanju psihosocialne pomoči določi njihove vloge, ki se na splošno ujemajo s štirimi ravni znotraj piramide psihosocialne pomoči. Posamezni akterji so izbrani za posebne vloge in morajo opraviti ustrezno usposabljanje pred nesrečo (prav tam).

Dinamika psihosocialne pomoči

Ljudje, vključeni v krizni dogodek ali večjo nesrečo, imajo različne potrebe, ki jih glede na čas lahko razvrstimo na takojšnje, kratkoročne in dolgoročne. Dinamika psihosocialne pomoči je odvisna od vrste in okoliščin nesreče, zato je težko določiti trajanje vsake posamezne faze. *Psycho-Social Support in situations of mass emergency-European Policy Paper* (Seynaeve, 2001) opredeljuje naslednje faze: akutno, prehodno in dolgoročno fazo.

Iz slike 2 je razvidno, da je v prvi, akutni fazi, veliko povečanje potreb ljudi, ki so bili prizadeti v nesreči, medtem ko ob koncu te faze potrebe upadajo, ker so bodisi izpolnjene ali pa ne obstajajo več. Pomoč v tej fazi je medicinska, praktična in čustvena prva pomoč (Seynaeve, 2001).

V začetni fazi (TENTS 2009), ki poteka v prvem tednu po nesreči, je glavni poudarek pri ukrepih psihosocialne oskrbe zagotavljanje izrazite praktične pomoči posameznikom na kraju nesreče, sprejemnih centrih ali bolnišnicah. V tej fazi ukrepanja prevzamejo vodilno vlogo socialne službe ob podpori zdravstvene službe, lokalnih izobraževalnih ustanov in prostovoljcev.



V nujnih primerih se žrtve evakuira ali reši s prizorišča in se jih prepelje na varno (v zatočišča za preživele ali sprejemne centre). V nekaterih okoliščinah se lahko ustanovi sprejemni center za sorodnike. Socialne službe za te centre zagotovijo osebje ob podpori skupine za načrtovanje psihosocialne oskrbe. Ključno delovanje psihosocialne oskrbe v začetni fazi vključuje: tolažbo in sočustvanje, zapisovanje osebnih podatkov, ustvarjanje zbirke podatkov, pridobivanje in dajanje podatkov, specialistično oskrbo otrok, starejših in drugih ranljivih skupin, podporo sorodnikom in povratne informacije psihosocialnemu organizacijskemu odboru (TENTS 2009).

V tej zgodnji fazi se dajejo informacije o pomoči, ki je na voljo. Večina ljudi, prizadetih v nesrečah, ne išče pomoči, zato jim je treba pomoč ponuditi. O dostopnosti pomoči je treba obveščati na različne načine, in sicer z razdeljevanjem zgibanek, preko radia, časopisov, televizije in spleta. Zato je treba dobro sodelovati s sredstvi javnega obveščanja. V tej fazi se uvede tudi telefonska številka za pomoč v stiski in izdelata spletna stran za psihosocialne zadeve (prav tam).

V akutni fazi prostovoljci in socialne službe delijo izobraževalne zgibanke, v katerih so opisani posamezni občutki, ki jih navadno imajo tisti, ki so udeleženi v večjih nesrečah. Zgibanke vsebujejo ključne nasvete in uporabne številke za tiste, ki iščejo pomoč. Posameznikom se zagotavlja izobraževanje o odzivih na travmo, če jih to zanima. Med začetnim ukrepanjem se psihološki odzivi normalizirajo. Posameznikom se ne spodbuja k opisovanju podrobnosti niti se jih od tega ne odvrača (prav tam).

V naslednji, prehodni fazi, prizadeti v nesreči potrebujejo manj pomoči. Nekateri še vedno potrebujejo pomoč pri težavah, ki do tedaj znotraj akutne faze še niso bile rešene, ali pa v prvi fazi niso bile prednostne. Če je v

akutni fazi potekala medicinska, praktična in čustvena prva pomoč, je v drugi, prehodni fazi poudarek na prilagajanju na psihološke, socialne in praktične posledice nesreče (Seynaeve, 2001).

V drugi fazi ukrepanja, ki traja približno en mesec po nesreči, se izvajajo zdravstvene in socialne storitve. Ključne naloge na področju psihosocialne pomoči so: prepričevanje žrtev, da so njihovi čustveni odzivi razumljivi glede na neobičajno izkušnjo, ki so jo doživeli; poslušanje pripovedovanja o nesreči in pomoč pri povezovanju celotnega podoživljanja nesreče; podajanje napotkov, kako se spoprijemati s težavami, ki jih je povzročila nesreča, npr. izguba ljubljene osebe, družinske težave, posebni strahovi, nespečnost in težave pri delu; delo z bolečino in čustvenimi težavami, ki jih je povzročila nesreča; ozaveščanje ljudi o čustvenih odzivih in ustreznih odzivih v celotni skupnosti, zlasti med izvajalci osnovnega varstva in delavci v službah skupnosti; prepoznavanje oseb, ki imajo psihosocialne težave, in ocenjevanje njihove potrebe po še več oblikah formalne pomoči; pomoč osebam s posebnimi potrebami zagotovijo ustrezno usposobljeni in nadzorovani svetovalci ali klinični zdravniki; navezovanje stikov s posamezniki v veliki stiski, da bi z njimi ohranili stike; zagotavljanje stikov posameznikom, prizadetim v nesreči, in njihovim družinam; ustanovitev skupin za medsebojno podporo in spodbujanje samopomoči ter načrtovanje dolgoročne oskrbe in storitev (TENTS 2009).

Po akutni in prehodni fazi je dolgoročna faza (Seynaeve, 2001). Potrebe poškodovanih v nesreči so vedno manjše, tako da pomoč v tej fazi potrebuje le manjši delež ljudi. Iz slike 2 je razvidno, da je elipsa, ki prikazuje potrebo po pomoči, ožja in daljša, saj potreba po psihosocialni pomoči lahko traja tudi dva, tri ali več mesecev po nesreči. Število ljudi, ki potrebujejo dolgoročno pomoč, je

odvisno od vrste nesreče in števila udeleženih v nesreči. Raziskave kažejo, da od 10 do 30 odstotkov neposredno udeleženih v nesreči razvije potravmatski stres ali druge duševne motnje (prav tam). Posamezni udeleženci nesreče, ki imajo že pred nesrečo duševno motnjo ali slabo socialno mrežo, so tudi po nesreči bolj izpostavljeni tem motnjam in boleznim (prav tam).

Stalno zagotavljanje psihosocialne oskrbe od enega do treh mesecev in dlje po veliki nesreči spada tudi, da posameznike s psihosocialnimi težavami ob upoštevanju njihovih psihičnih in socialnih potreb formalno oceni zdravnik, preden so deležni specializirane pomoči (TENTS 2009). Pri posameznikih z akutnim potravmatskim stresom poteka v dolgoročni fazi zdravljenje s kognitivno vedenjsko terapijo (TF-CBT), usmerjeno na travmo, in drugimi vrstami obravnave, ki so se v raziskavah pokazale kot učinkovite pri motnjah kroničnega potravmatskega stresa (prav tam).

Po treh mesecih po nesreči se osebam, prizadetim v nesreči, skuša zagotoviti možnosti za delo ali rehabilitacijo, da bi se lahko ponovno prilagodili vsakdanjemu življenju in samostojnosti. S tem in drugimi nameni se z lokalnimi oblastmi in obstoječimi službami pripravijo podrobni načrti za financiranje in zagotovitev dodatnih ukrepov za podporo lokalnih služb za delovanje še več let po veliki nesreči (prav tam).

Po velikih nesrečah pogosto potekajo dolgotrajne uradne poizvedbe in preiskave, ki oživljajo spomin na tragedijo in lahko povečajo trpljenje prizadetih. Z namenom lajšanja trpljenja bi bilo treba sprejeti posebne ukrepe za podporo družinam in skupnostim, ki prestajajo težke in pogosto dolge sodne postopke po nesreči (prav tam).

Potravmatski stresni sindrom

V zadnji, dolgoročni fazi, pri neposredno udeleženih v nesrečah nastane potravmatski stresni sindrom (v nadaljnjem besedilu: PTSS). PTSS se razvije pri posameznikih, ki so preživeli dogodek izven običajne človekove izkušnje in podoživljajo ta dogodek s simptomi povečanega vzburljenja (APA, 1987 v Svetina, 2007). Za razliko od stresnih dogodkov doživljanje travmatskega dogodka ni odvisno od kognitivne ocene posameznika, temveč so travmatski dogodki takšni, da močno prizadenejo vse ljudi in jih spravijo iz ravnotežja. Takšni dogodki so nenadni, izzovejo intenziven strah, občutek groze in nemoči. Posamezniki so lahko v dogodkih neposredno udeleženi ali prizadeti, lahko so bili neposredni opazovalci tragedije ali tesno osebno povezani z osebo, ki je travmatski dogodek doživela (Arambašič, 2000).

Mikuš Kos in Slodnjak (2000) med najpogostejše travmatske dogodke uvrščata hude nesreče in grozljiva dejanja, kakor 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 in vojna dogajanja. Avtorici navajata naslednje značilnosti psihične travme: izjemno ogrožajoč dogodek, nesposobnost obvladovanja, dezorganizacija psihološko-fizioloških odgovorov, čustvena prizadetost in moteno vsakodnevno delovanje.

Določene reakcije posameznika (Arambašič, 2000) na travmatski dogodek so razumljive, pričakovane in za nenormalne okoliščine povsem normalne. Trajajo lahko nekaj tednov ali celo mesecev in se lahko razvijejo neposredno po samem dogodku, ali celo čez nekaj mesecev. Če po intenzivnosti, obsegu, trajanju in stopnji, do katere jih posameznik še lahko prenaša, presežejo določeno mero, govorimo o patološki reakciji ali PTSS. V tem primeru je potrebna tudi psihoterapevtska pomoč. PTSS je torej dolgotrajna posledica travmatskega doživetja.

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

Psihološka pomoč, usmerjena na travmo, za odrasle s PTSS poteka glede na časovno dinamiko psihosocialne pomoči v tretji, dolgoročni fazi. *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2005) v svojih smernicah priporoča za zdravljenje otrok in odraslih s potravmatsko stresno motnjo kognitivno vedenjsko terapijo (CBT) ter desenzitizacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem (EMDR). Tudi drugi omenjeni projekti, ki so izdelovali smernice za psihosocialno pomoč po nesrečah (TENTS, 2009; EFPA, 2005 in JMCNATO, 2008), navajajo na podlagi NICE (2005) omenjeni terapiji kot ustrezno psihološko zdravljenje po velikih nesrečah. EUTOPA (2008) kot ustrezno terapijo navaja CBT, za učinkovitost EMDR pa priporoča nadaljnje raziskave. TENTS (2009) poleg CBT in EMDR kot ustrezno navaja še kratko eklektično psihoterapijo (BEP). Vse navedene terapije so usmerjene na spomin, povezan s travmatskim dogodkom, in njegov pomen. Pred uvajanjem takega psihološkega zdravljenja je treba določiti njegove indikacije in kontraindikacije.

Kognitivna vedenjska terapija (ang. *Cognitive Behavioral Therapy* – CBT) za PTSS vključuje izpostavljanje travmatskemu dogodku in je usmerjena na kognitivno in vedenjsko izogibanje pri PTSS. Terapija poleg usmerjenosti na travmatski dogodek vključuje tudi obvladovanje anksioznosti, psihološko izobraževanje in metode kognitivnega preoblikovanja (TENTS, 2009). Kognitivna vedenjska terapija, usmerjena na travmo (TF-CBT), klinično pomembno vpliva na vse stopnje PTSS v primerjavi s čakanjem, nadzorovanjem stresa in podpornimi ali posrednimi načini terapije (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). Priporoča se kot primarna terapija za žrtve nesreč z akutnimi ali kroničnimi potravmatskimi stresnimi motnjami (prav tam).

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

TENTS (2009) za razliko od drugih virov in projektov kot uspešno pri zdravljenju potravmatske psihične motnje navaja še kratko eklektično psihoterapijo (ang. *Brief Eclectic Psychotherapy*—BEP). Terapija je kratka, vtežavo usmerjena metoda, ki temelji na kombinaciji teorij, izhajajočih iz psihodinamične, kognitivno-vedenjske in usmerjevalne psihoterapije. Cilj BEP je zmanjšati simptome teh motenj pri pacientih, pomagati jim vključiti travmatični dogodek v njihovo življenje in ponovno prevzeti nadzor. Protokol izvajanja terapije je razvil Gersons v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja za zdravljenje potravmatskih stresnih motenj pri policistih (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994 v TENTS, 2009).

Sklepne misli

Ob večjih nesrečah, kakor so potres, poplava, zemeljski plaz, itd., ki jih povzročijo naravne sile, in drugih nesrečah, kakor so npr. požar, nesreče v cestnem, železniškem in zračnem prometu, sistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami poskrbi za zaščito, reševanje in pomoč prebivalcem. Znotraj tega se izvaja tudi psihosocialna pomoč za prizadete v nesreči. Psihosocialna oskrba vključuje psihološko, socialno in praktično pomoč, ki jo evropske države načrtujejo, izvajajo in evalvirajo različno. Kažejo se razlike glede na organiziranost in obseg psihosocialne pomoči, pri čemer večji pomen psihosocialni pomoči dajejo države severozahodne Evrope in manjši pomen države jugovzhodne Evrope (TENTS, 2009).

Psihosocialna oskrba za prebivalce zajema v akutni fazi praktično pomoč, ki preko stalne faze seže do dolgoročne psihološke podpore. Precejšnje podporo udeleženi v nesreči pogosto dobijo pri svojih družinah, prijateljih in skupnosti, kar temelji na izgrajevanju socialne mreže že pred nesrečo. Poleg osredotočenosti na posameznika, njegovo družino in skupnost mora psihosocialna pomoč temeljiti tudi na formalnem ukrepanju, ki deluje pod okriljem državnega sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. Pri vzpostavitvi formalnega ukrepanja ima Slovenija na podlagi že izvedenih evropskih projektov in smernic mnogo možnosti, da vzpostavi kakovosten in organiziran sistem psihosocialne pomoči.

Viri in literatura

1. Arambašič, L. (urednica), 2000. Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoč nakon kriznih dogadaj, Društvo za psihološko pomoč, Zagreb.
2. Bisson, J. in Andrew, M., 2007. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art.
3. Gerry Larson and Lars Österdahl, 1996. Crisis Support, Swedish Rescue Service Agency, Karlstad, Sweden.
4. EFPA, Standing committee on disaster and crisis, 2007. Report to the general assembly 2007, European Federation of Professional Psychologists Associations, Praga.
5. European Network for Psychosocial Support - International Federation Reference Centre for Psychosocial Support, 2009. Psychosocial interventions A handbook, International Federation Reference Centre for Psychosocial Support, Copenhagen
6. European Network for Traumatic Stress (TENTS), 2009. TENTS Guidelines, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam.
7. EUTOPA, 2008. Multidisciplinary guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events, Trimbos Institute on behalf of the National Steering Committee on Multidisciplinary Guideline Development in Mental Health Care, Amsterdam.
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2007. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, IASC, Geneva.
9. Mikuš Kos, A. in Slodnjak, V., 2000. Nesreče, travmatski dogodki in šola, DZS, Ljubljana.
10. National Institute for Clinical Excellence, 2005. Post-traumatic stress disorder (PTSD) The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
11. Joint Medical Committee NATO, 2008. Psycho-social care for people affected by disaster and major incidents, NATO.
12. Rakovec Felser, Z., 2002. Zdravstvena psihologija. Visoka zdravstvena šola, Maribor.
13. Seynaeve, G. J. R., 2001. Psycho-Social Support in situations of mass emergency, European Policy Paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium.
14. 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, Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana.
15. Tekavčič Grad, O., 2003. Pogovori s ljudmi v duševnih stiskah, Psihiatrična klinika Ljubljana.