



**EUROPSKA MREŽA ZA TRAUMATSKI STRES**

**SMJERNICE ZA PRUŽANJE PSIHOSOCIJALNE SKRBI  
NAKON VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

**MODEL PRUŽANJA PSIHOSOCIJALNE SKRBI NAKON  
VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

**INTERVENCIJE NAKON VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

**2009.**

## **SMJERNICE ZA PRUŽANJE PSIHOSOCIJALNE SKRBI NAKON VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

Ove smjernice su razvijene na temelju sistematskog pregleda suvremenih istraživačkih dokaza vezanih uz psihosocijalnu skrb nakon katastrofa i velikih nesreća, i korištenjem Delphi procesa koji je uključivao 106 profesionalaca i stručnjaka iz 25 različitih zemalja. One uzimaju u obzir da se sadržaj i organizacija službi razlikuje između zemalja. Stoga se preporučuje da se TENTS smjernice koriste kao model za pružanje skrbi u svim europskim zemljama, ali ne čineći ih obveznima. Smjernice služe pružanju psihosocijalne skrbi za zemljopisna područja sa stanovništvom između 250,000 i 500,000 ljudi, iako se mogu prilagoditi za veća ili manja područja. Podijeljene su u šest odjeljaka koji pokrivaju: planiranje, pripremanje i rukovođenje; opće sastavnice; i specifične komponente koje treba uključiti u pojedinoj fazi djelovanja. Nekoliko smjernica odnosi se na pojedince, ali se svi aspekti psihosocijalne skrbi trebaju pružati uz puno sagledavanje šire socijalne okoline pojedinaca, osobito njihovih obitelji i zajednica.

### **1. Planiranje, pripremanje i rukovođenje**

1.1 Svako područje treba imati grupu za planiranje psihosocijalne skrbi sastavljenu od više službi, uključujući stručnjake za mentalno zdravlje sa specifičnim znanjem o traumatskom stresu koji imaju odgovornost za psihosocijalnu skrb u slučaju katastrofa i velikih nesreća. Pojedinci pogođeni katastrofama ili velikim nesrećama također trebaju biti zastupljeni u skupini.

1.2 Svako zemljopisno područje treba imati smjernice za pružanje psihosocijalne skrbi u hitnim situacijama (plan psihosocijalne skrbi) ugrađene u cjelokupni plan za djelovanje u katastrofama/velikim nesrećama, koje treba redovito ažurirati.

1.3 Zajedničko planiranje i koordinacija među službama su potrebni kako bi se osigurala učinkovitost plana psihosocijalne skrbi.

1.4 Postojeće psihosocijalne službe treba u potpunosti identificirati i ugraditi u plan psihosocijalne skrbi.

1.5 Plan psihosocijalne skrbi treba biti provjeren kroz vježbe.

1.6 Političari/predstavnici vlasti trebaju biti uključeni u obuku i vježbe za rukovodstvo.

1.7 Program obuke treba napraviti za svako zemljopisno područje kako bi se osiguralo da su osobe uključene u psihosocijalnu skrb pripremljene za svoje uloge i odgovornosti.

1.8 Svi koji pružaju skrb trebaju proći formalnu obuku i imati trajnu obuku, podršku i superviziju.

1.9 Svi sadržaji i razine obuke trebaju biti pažljivo prilagođeni kako bi odgovarali ulogama i odgovornostima onih koji pružaju psihosocijalnu skrb.

1.10 Oni koji pružaju psihosocijalnu skrb (stručnjaci i volonteri) trebaju biti regrutirani, po mogućnosti unaprijed, i probrani po prikladnosti prije nego budu primljeni u timove za pomoć.

1.11 Grupa za planiranje treba pratiti pojavljivanje moguće sekundarne traumatizacije i simptoma sagorijevanja među onima koji pružaju usluge, uključujući volontere.

1.12 Vlasti bi trebale osigurati dostatno financiranje kako bi se održavao prikladan plan psihosocijalne skrbi koji može biti učinkovito proveden ukoliko se dogodi katastrofa.

## **2. Opće komponente djelovanja**

2.1 Djelovanje bi trebalo promicati osjećaj sigurnosti, osnaženosti i samoefikasnosti pojedinca i zajednice, povezanosti, smirenosti i nade.

2.2 Treba eksplicitno voditi računa o ljudskim pravima pojedinaca.

2.3 Treba stvarati uvjete za prakticiranje odgovarajućih pomažućih duhovnih i vjerskih obreda svojstvenih pojedinoj kulturi i zajednici.

2.4 Djelovanje treba pružiti općenitu podršku, pristup socijalnoj podršci, fizičku podršku i psihološku podršku.

2.5 Djelovanje treba pružati podršku obitelji kao i pojedincu.

2.6 Djelovanje treba omogućiti učenje o reakcijama na traumu i suočavanja s njima.

2.7 Ne treba pružati specifične formalne intervencije kao što je jednokratno individualno emocionalno rasterećivanje („debriefing“) za sve pogođene događajem.

2.8 Nije potreban formalni probir („skrining“) svih pogođenih događajem, ali pomagači trebaju biti svjesni važnosti prepoznavanja pojedinaca koji imaju značajne teškoće.

2.9 Kada su lokalni resursi ograničeni, prioriteti bi trebali biti određeni na temelju potreba onih koji su pogođeni katastrofom/velikom nesrećom i drugih grupa.

2.10 Kada je to potrebno, u sklopu djelovanja treba pružiti pristup specijalističkim psihološkim i farmakološkim procjenama i radu.

2.11 Kako bi se zadovoljile potrebe velikog broja ljudi populacije pogođenih događajem, potrebne su intervencije usmjerene na samopomoć.

2.12 Lokalne osobe koje poznaju lokalnu kulturu i posebne zajednice trebaju biti uključene u grupe za planiranje psihosocijalne skrbi, ako već nisu njihovi članovi.

2.13 Liječnici primarne zdravstvene zaštite trebaju biti senzibilizirani za moguće psihopatološke posljedice.

2.14 Potrebno je uložiti trud u identificiranje ispravnih izvora podrške (npr. obitelj, zajednica, škola, prijatelji itd.).

2.15 Potrebno je omogućiti dostupnost drugih usluga, kao što je financijska pomoć i pravni savjeti.

2.16 Pogrebi i ispraćaji trebaju se planirati u suradnji s onima koji su izravno pogođeni nesrećom.

### **3. Specifične komponente početnog djelovanja (unutar prvog tjedna)**

3.1 Početno djelovanje zahtijeva pružanje praktične pomoći i pragmatične podrške na suosjećajan način.

3.2 Informacije o situaciji i o brigama pogođenih osoba treba prikupljati i pružati im na pošten i otvoren način.

3.3 Treba osigurati pisane edukativne letke o reakcijama na traumatske događaje, korisnim načinima suočavanja i mjestima gdje se može potražiti pomoć.

3.4 Pojedincima treba aktivno pružati edukaciju o reakcijama na traumu ako su za nju zainteresirani.

3.5 Psihološke reakcije treba normalizirati tijekom početnog djelovanja.

3.6 Pojedince ne treba niti poticati niti odvrćati o davanju detaljnih iskaza o događaju.

3.7 Treba pokrenuti telefonsku liniju za pomoć na kojoj radi obučeno osoblje, a koja služi za emocionalnu podršku.

3.8 Treba pokrenuti web-stranicu o psihosocijalnim temama.

3.9 Treba osnovati centar za humanitarnu pomoć ili jedno mjesto gdje se mogu dobiti različite vrste potencijalne pomoći.

3.10 Osobe koje nadziru početno djelovanje trebaju usko surađivati s medijima.

3.11 Potrebno je razmotriti stvaranje baze podataka za bilježenje osobnih podataka.

#### **4. Specifične komponente ranog djelovanja (unutar prvog mjeseca)**

4.1 Osobe sa psihosocijalnim teškoćama potrebno je formalno procijeniti radi dobivanja dodatnih informacija.

4.2 Tretman kognitivno-bihevioralnom terapijom usmjerenom na traumu treba biti dostupan osobama sa akutnim stresnim poremećajem ili teškim akutnim post-traumatskim stresnim poremećajem.

4.3 Pojedincima s drugim poteškoćama mentalnog zdravlja trebaju biti dostupne intervencije utemeljene na dokazima.

4.4 Pojedince koji su izrazito uznemireni treba proaktivno kontaktirati kako bi se održao kontakt s njima.

4.5 Mogućnost daljnjeg proaktivnog kontakta treba ponuditi osobama pogođenima događajem i njihovim obiteljima.

#### **5. Specifične komponente djelovanja jedan do tri mjeseca nakon katastrofe**

5.1 Pojedince s psihosocijalnim poteškoćama trebaju formalno procijeniti obučeni praktičari, vodeći računa o njihovim fizičkim, psihološkim i socijalnim potrebama prije nego što oni prime bilo kakvu specifičnu intervenciju.

5.2 Tretman kognitivno-bihevioralnom terapijom fokusiranom na traumu (KBT-FT) treba biti dostupan osobama s akutnim post-traumatskim stresnim poremećajem i preporuča se kao tretman prvog izbora.

5.3 Drugi tretmani za koje se pokazalo da su učinkoviti za kronični post-traumatski stresni poremećaj trebaju biti dostupni pojedincima s akutnim post-traumatskim stresnim poremećajem kad KBT-FT nije dostupna ili se slabo podnosi.

5.4 Pojedincima s drugim poteškoćama mentalnog zdravlja trebaju biti dostupne intervencije utemeljene na dokazima.

5.5 Pojedince koji su znatno uznemireni potrebno je proaktivno kontaktirati kako bi se održao kontakt s njima.

5.6 Mogućnost daljnjeg proaktivnog kontakta treba biti ponuđena osobama pogođenima događajem i njihovim obiteljima.

#### **6. Specifične komponente nastavka djelovanja (nakon tri mjeseca)**

6.1 Pojedince s psihosocijalnim poteškoćama trebaju formalno procijeniti obučeni praktičari, vodeći računa o njihovim fizičkim, psihološkim i socijalnim potrebama prije nego što oni prime bilo kakvu specifičnu intervenciju.

6.2 Pojedincima s poteškoćama mentalnog zdravlja trebaju biti dostupne intervencije utemeljene na dokazima.

6.3 Pogođenima trebaju biti pružene mogućnosti za rad/rehabilitaciju kako bi se omogućilo njihovo ponovno prilagođavanje rutini svakodnevnog života i neovisnost.

6.4 S lokalnim vlastima i postojećim službama potrebno je detaljno planirati financiranje i donošenje dodatnih propisa u svrhu podrške lokalnim službama za skrb tijekom nekoliko godina nakon katastrofe ili velike nesreće.

## **MODEL PSIHOSOCIJALNE SKRBI NAKON VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

### **1. Uvod**

- 1.1 Ovaj dokument definira uloge, odgovornosti i zajedničke radne planove više javnih službi za pružanje psihosocijalne skrbi nakon velikih nesreća. Potrebna je suradnja i koordinacija među službama kako bi se osiguralo učinkovito djelovanje.
- 1.2 Tijekom i nakon velike nesreće, pojedincima koji su se u njima našli može biti potreban širok raspon podrške i skrbi. Pristup različitim oblicima psihosocijalne skrbi može biti posebno potreban osobama koje su bile izravno uključene u nesreću i njihovim obiteljima, svjedocima te osoblju službi hitnog djelovanja i spašavanja.
- 1.3 Osobe odgovorne za psihosocijalnu skrb imaju osobitu odgovornost za:
  - 1.3.1 Dogovaranje prikladne psihosocijalne podrške svima koji su pogođeni velikom nesrećom.
  - 1.3.2 Koordiniranje aktivnosti službi i organizacija uključenih u psihosocijalnu skrb pogođenim osobama.
  - 1.3.3 Koordiniranje prikladne obuke i supervizije službama i organizacijama uključenih u pružanje psihosocijalne skrbi.
  - 1.3.4 Održavanje veze s medijima i pružanje prikladnih informacija javnosti.
- 1.4 Psihosocijalna skrb uključuje emocionalnu i praktičnu pomoć koju bi mogli trebati pojedinci pogođeni velikom nesrećom. Ova podrška seže od osiguravanja neposredne udobnosti i praktične pomoći, do dugoročnije psihološke podrške. Osobe često primaju znatnu potporu od svojih obitelji, prijatelja i zajednice. Svrha je svakog formalnog djelovanja ovo nadopuniti. Nekoliko komponenti uključenih u model skrbi usmjerene su na pojedince, ali sve aspekte psihosocijalne skrbi treba pružati jedino uz puno sagledavanje šire socijalne okoline pojedinaca, pogotovo njihovih obitelji i zajednica.
- 1.5 Većini ljudi pogođenih katastrofama pomoć može biti potrebna samo tijekom faze spašavanja i neposredno nakon nje. Bez obzira na to, u planiranju pružanja skrbi mora se voditi računa o potrebi da usluge podrške budu dostupne srednjoročno i dugoročno. Nakon velike nesreće može postojati potreba za uspostavljanjem posebnih timova za podršku ili službi za upućivanje po daljnju pomoć. Moguće je da će ove usluge biti potrebno pružati do tri godine, ili čak dulje, i stoga je ključno od početka osigurati financiranje ovih usluga.
- 1.6 Ovaj dokument pokriva opći model skrbi, no nije propisuje prirode.

## **2. Planiranje**

- 2.1 Uspostavit će se grupa za planiranje psihosocijalne skrbi koja će uključivati različite javne službe. U nju će biti uključeni stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja koji imaju specifično stručno znanje o traumatskom stresu, kao i osobe koje su bile pogođene velikim nesrećama.
- 2.2 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi odgovorna je za razvijanje i održavanje izvedivog plana psihosocijalne skrbi ugrađenog u opći plan za velike nesreće i koji se ažurira najmanje jednom godišnje. Suradno planiranje i koordinacija među različitim službama osigurat će učinkovitost plana.
- 2.3 Postojeće službi bit će u potpunosti identificirane i uključene u plan psihosocijalne podrške. Pružatelji skrbi (stručnjaci i volonteri) bit će regrutirani i probрани po prikladnosti prije nego budu prihvaćeni.
- 2.4 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi odgovorna je za dogovaranje vježbi najmanje jednom godišnje kako bi se plan testirao. Ove vježbe trebaju uključivati dužnosnike lokalne vlasti.
- 2.5 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi odgovorna je za osiguravanje programa obuke, prilagođenih tako da odgovaraju ulogama i odgovornostima pružatelja psihosocijalne skrbi, kako bi se osiguralo da su pojedinci uključeni u pružanje psihosocijalne skrbi pripremljeni za svoje uloge i odgovornosti i da primaju trajnu obuku, podršku i superviziju.
- 2.6 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi održavat će vezu s vlastima kako bi se osiguralo dostatno financiranje za održavanje prikladnog plana psihosocijalne skrbi koji se u slučaju katastrofe može efikasno provesti.
- 2.7 Ovisno o okolnostima će djelovanje nakon specifične velike nesreće bit će definirano u pogledu veličine, rukovođenja i opsega u kojeom će ono biti proaktivno ili reaktivno,.

## **3. Uzbunjivanje**

- 3.1 U slučaju velike nesreće voditelj grupe za planiranje psihosocijalne skrbi i njegovi zamjenici bit će neposredno nakon događaja obaviješteni u sklopu uobičajenog postupka za hitno obavješćavanje u krizama.
- 3.2 Voditelj grupe za planiranje psihosocijalne skrbi hitno će obavijestiti članove vodstva te grupe i sazvati izvanredni sastanak grupe kako bi dogovorili integrirani odgovor na događaj.

## **4. Opće komponente djelovanja**

- 4.1 Opće načelo djelovanja trebaju biti poštivanje ljudskih prava pojedinaca u svakom trenutku i uključivanje obitelji i zajednice kao i pojedinca. Djelovanje će promicati osjećaj



sigurnosti, samoefikasnosti i osnaženosti pojedinca i zajednice, povezanosti, smirenosti i nade.

4.2 Poticat će se stvaranje uvjeta za prakticiranje odgovarajućih pomažućih duhovnih i vjerskih obreda svojstvenih pojedinoj kulturi i zajednici. Identificirat će se ispravni izvori podrške (npr. obitelj, zajednica, škola, prijatelji itd). Ako već unaprijed nisu dio grupe za planiranje psihosocijalne skrbi, u njen sastav će se uključiti lokalni pojedinci koji poznaju lokalnu kulturu i specifične zajednicu.

4.3 Djelovanje će pružati općenitu podršku, te pristup socijalnoj, fizičkoj i psihološkoj podršci. Određenim resursima dat će se prioritet u skladu s potrebama pojedinaca.

4.4 Djelovanje će omogućiti učenje o reakcijama na traumu i nošenja s njima.

4.6 Djelovanje će omogućiti pristup specijaliziranim psihološkim i farmakološkim procjenama i skrbi kad je to potrebno.

4.7 Liječnici primarne zdravstvene zaštite bit će senzibilizirani za moguće psihopatološke posljedice i za model skrbi koji se slijedi.

4.8 Bit će dostupne komplementarne usluge, kao na primjer financijska pomoć i pravno savjetovanje.

4.9 Ispraćaji i pogrebi planirat će se u suradnji s onima koji su izravno pogođeni velikom nesrećom.

4.10 Članovi grupe za planiranje psihosocijalne skrbi pratit će situaciju kako bi osigurali da se planirano djelovanje izvršava i da je prikladno.

## **5. Pružanje psihosocijalne skrbi u početnoj fazi (unutar prvog tjedna)**

5.1 Aktivnosti psihosocijalne skrbi u početnim fazama djelovanja bit će usmjerene na pružanje praktične pomoći i pragmatične podrške na suosjećajan način pojedincima na poprištu događaja, u sklonišcima za žrtve ili u bolnicama. U ovoj fazi djelovanja, vodeću ulogu preuzet će socijalna služba (moguće uz podršku zdravstvenih službi, lokalnih obrazovnih ustanova i volonterskog sektora).

5.2 U mnogim hitnim situacijama žrtve događaja bit će evakuirane ili spašene s poprišta i odvedene na sigurno mjesto (centar za prihvata/sklanjanje preživjelih). U određenim okolnostima može se uspostaviti i centar za prihvata rodbine.

5.3 Socijalne službe će opskrbiti ove centre osobljem uz podršku grupe za planiranje psihosocijalne skrbi, relevantnih resora lokalne samouprave, zdravstvenih službi, i volonterskih organizacija. Centar za humanitarnu pomoć ili mjesto za dobivanje različitih vrsta pomoći osnovat će se tamo gdje se može osigurati pružanje usluga koje mogu biti potrebne.

5.4 Ključne uloge psihosocijalne skrbi tijekom početne faze uključuju:

- 5.4.1 Pružanje udobnosti i suosjećanja.
- 5.4.2 Bilježenje osobnih podataka
- 5.4.3 Stvaranje baze podataka
- 5.4.4 Prikupljanje i pružanje informacija na pošten i otvoren način
- 5.4.5 Neposrednu praktičnu pomoć i pragmatičnu podršku
- 5.4.6 Specijalističku skrb za djecu, starije osobe i druge ranjive grupe
- 5.4.7 Podršku rodbini
- 5.4.8 Povratne informacije upravnom odboru grupe za psihosocijalnu pomoć

5.5 U ovoj ranoj fazi će najveći mogući broj ljudi biti obaviješten o dostupnoj pomoći. Većina ljudi pogođenih krizama ne traže pomoć samoinicijativno, tako da se pomoć mora nuditi, ali bez nametanja. Informacije o dostupnosti pomoći trebaj učiniti široko dostupnima kroz razne kanale komuniciranja, uključujući novine, televiziju, radio i internet. Oni koji nadgledaju početno djelovanje će usko surađivati s medijima kako bi ovo potpomogli.

5.6 Socijalne službe bit će opskrbljene edukativnim letcima koji će se široko rasprostranjivati. Ovi letci će opisivati neke od osjećaja koji se često javljaju kod ljudi pogođenih velikim nesrećama; promicat će otpornost i davati osnovne savjete i kontaktne brojeve za one koji traže pomoć. Pojedincima će se aktivno pružati edukacija o reakcijama na traumu, ako budu zainteresirani primati je.

5.7 Psihološke reakcije će se normalizirati tijekom početnog djelovanja. Pojedince se neće niti nagovarati niti odgovarati od davanja detaljnih iskaza.

5.8 Uspostavit će se telefonska linija za pružanje emocionalne podrške i web-stranica koja se odnosi na psihosocijalna pitanja.

## **6. Nastavak pružanja psihosocijalne skrbi (unutar prvog mjeseca)**

6.1 Zdravstvene i socijalne službe će preuzeti vodeću ulogu u ovoj, drugoj, fazi djelovanja. Ključne zadaće su:

- 6.1.1 Umirivanje žrtava objašnjavajući da su njihove emocionalne reakcije normalne s obzirom na nenormalno iskustvo koje su imale.
- 6.1.2 Slušanje iskaza o nesreći kao i pomoć u razumijevanju cjelokupnog iskustva.
- 6.1.3 Pružanje informacija o suočavanju s problemima koji se pojavljuju nakon nesreće, npr. tugovanje, obiteljske teškoće, specifični strahovi, nesаница i teškoće u radu.
- 6.1.4 Rad s tugom i emocionalnim problemima koje je izazvala kriza.
- 6.1.5 Podizanje svijesti diljem zajednice o emocionalnim reakcijama i prikladnim odgovorima na njih, osobito među djelatnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj službi.
- 6.1.6 Identificiranje osoba s psihosocijalnim teškoćama i procjenjivanje njihove potrebe za formalnijom intervencijom.
- 6.1.7 Pružanje intervencija utemeljenih na dokazima osobama sa specifičnim potrebama putem prikladno obučениh i superviziranih savjetovatelja/kliničara.
- 6.1.8 Proaktivno kontaktiranje pojedinaca koji su visoko uznemireni kako bi se održao kontakt s njima.
- 6.1.9 Osiguravanje daljnjeg proaktivnog kontakta s osobama pogođenima događajem i njihovim obiteljima.

- 6.1.10 Uspostavljanje i vođenje grupa za uzajamnu podršku i poticanje samopomoći.  
6.1.11 Planiranje pružanja dugoročne skrbi i usluga.

## **7. Nastavak pružanja psihosocijalne skrbi (jedan do tri mjeseca nakon krize)**

7.1 Osobe s psihosocijalnim poteškoćama će formalno procijeniti obučeni praktičari, uzimajući u obzir njihove fizičke, psihološke i socijalne potrebe prije nego im se pruži bilo kakva specifična intervencija.

7.2 Tretman kognitivno-bihevioralnom terapijom fokusiranom na traumu (KBT-FT) bit će dostupan pojedincima s akutnim post-traumatskim stresnim poremećajem; ova je terapija preporučena kao terapija izbora.

7.3 Drugi tretmani za koje se pokazalo da su učinkoviti za kronični post-traumatski stresni poremećaj bit će dostupni pojedincima s akutnim post-traumatskim stresnim poremećajem kad KBT-FT nije dostupna ili se slabo podnosi.

7.4 Pojedincima s drugim poteškoćama mentalnog zdravlja bit će dostupne intervencije utemeljene na dokazima.

7.5 Pojedinci koji su znatno uznemireni bit će proaktivno kontaktirani kako bi se održao kontakt s njima.

7.6 Mogućnost daljnjeg proaktivnog kontakta bit će ponuđena osobama pogođenima događajem i njihovim obiteljima.

## **8. Nastavak pružanja psihosocijalne skrbi (nakon tri mjeseca)**

8.1 Pojedince s psihosocijalnim poteškoćama formalno će procijeniti obučeni praktičari, vodeći računa o njihovim fizičkim, psihološkim i socijalnim potrebama prije nego što oni prime bilo kakvu specifičnu intervenciju.

8.2 Pojedincima s drugim poteškoćama mentalnog zdravlja bit će dostupne intervencije utemeljene na dokazima.

8.3 Pogođenima će biti pružene mogućnosti za rad/rehabilitaciju kako bi se omogućilo njihovo prilagođavanje rutini svakodnevnog života i neovisnost.

8.4 S lokalnim vlastima i postojećim službama će se detaljno planirati financiranje i donošenje dodatnih propisa u svrhu podrške lokalnim službama za skrb tijekom nekoliko godina nakon velike nesreće.

8.5 Velike nesreće često prate dugotrajne službene istrage i očevidi koje predstavljaju živi podsjetnik na tragediju i mogu pogoršati patnju. Donošenje posebnih propisa može biti potrebno u svrhu podrške obiteljima dok prolaze kroz teške i često duge, zakonske procese koji slijede nakon nesreće.

## **9. Razine psihosocijalne skrbi**

9.1 Identificirane su četiri specifične razine psihosocijalne skrbi.

9.1.1 Praktična podrška i prisutnost.

9.1.2 Pružanje informacija.

9.1.3 Savjetovanje.

9.1.4 Dugoročnija specijalistička psihološka skrb i podrška.

9.2 Intervencije rane socijalne i praktične podrške mogu imati preventivni učinak i spriječiti razvoj dugoročnijih psiholoških problema. Ponekad će biti potrebno pružiti stalnu potporu. Ipak, poticati će se razvoj i korištenje vanjskih sustava podrške.

9.3 Identificirat će se pojedinci pod najvećim rizikom za razvoj izrazitijih reakcija te će se oni pažljivije proaktivno pratiti kroz nastojanja da se s njima održi kontakt (npr. telefonskom linijom za emocionalnu podršku ili preko savjetovatelja za traumu).

9.4 Ako se čini da se reakcija osobe ne razrješava unutar nekoliko tjedana od nesreće, uzrokuje osobitu uznemirenost ili negativan učinak na njegovo funkcioniranje, njemu ili njoj bit će ponuđena procjena obučenog savjetovatelja za traumu. Rezultat toga će biti stvaranje individualnog plana rada na slučaju koji može uključivati kratku psihološku intervenciju utemeljenu na dokazima usmjerenu na simptome traumatskog stresa, upućivanje u drugu službu (npr. lokalna služba za mentalno zdravlje, savjetovanje u tugovanju) ili niti jedna intervencija osim umirivanja i dogovora za stalno praćenje.

9.5 Kad kratka intervencija nije efikasna ili je procjena savjetovatelja za traumu da se radi o specifično zabrinjavajućem slučaju, pojedinca će procijeniti stručnjak za mentalno zdravlje posebno obučen u području traumatskog stresa.

9.6 Kako bi se pružile četiri razine psihološke skrbi, potrebni su sljedeći tipovi savjetodavnih vještina i obuke:

9.6.1 Pomagači-laici – oni će redovito biti djelatnici u sustavu socijalne skrbi ili pripadnici volonterskog sektora. Oni obično neće imati formalne kvalifikacije za savjetovanje ali će dobiti temeljnu obuku o principima psihološke prve pomoći i o suosjećajnom i podržavajućem zbrinjavanju praktičnih potreba pojedinaca nakon velike nesreće. Pomagači-laici pružaju neposredno društvo, slušanje i praktičnu potporu. Oni osiguravaju fizičku udobnost žrtvama, pružaju im informacije o krizi i podršku općenito. Obično se uloga pomagača-laika ne nastavlja nakon rane faze krize.

9.6.2 Obučeni djelatnici – oni će biti djelatnici socijalnih službi i pripadnici volonterskog sektora koji su prošli specifičnu obuku u jednom ili više područja, npr. savjetovanju u tugovanju, radu na telefonskim linijama za pomoć.

9.6.3 Savjetovatelji za traumu – ovo će biti grupe osoba s formalnim kvalifikacijama iz područja savjetovanja ili mentalnog zdravlja koji su prošli specifičnu obuku za procjenu i psihološki rad s osobama sa simptomima post-traumatskog stresnog poremećaja. Oni će također imati iskustvo u pružanju tretmana osobama s post-traumatskom stresnim poremećajem pod supervizijom stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja stručnih za traumatski stres.

9.6.4 Specijalisti – ovo će biti stručnjaci u području mentalnog zdravlja ekspertni za traumatski stres.

9.7 Koordinirajući psihosocijalnu skrb, grupa za planiranje psihosocijalne skrbi će raspodijeliti uloge koje se široko poklapaju s ove četiri kategorije. Pojedinih osobama će se dodijeliti specifične uloge, a one će unaprijed biti prikladno obučene kako bi se omogućilo hitro provođenje koordiniranog, unaprijed isplaniranog djelovanja. Takvo postupanje može zahtijevati da osobe uključene u pružanje pomoći napuste svoje rutinske aktivnosti i da stoga njihove radne zadaće preuzmu drugi, eventualno i na srednji ili dugi rok.

## **10. Djeca i druge ranjive skupine**

10.1 Potrebe djece i drugih ranjivih skupina bit će uključene u planove grupe za planiranje psihosocijalne skrbi. Specifične osobe ili službe bit će odgovorne za koordiniranje pružanja psihosocijalne skrbi djeci. Pružanje skrbi njima smatra se ključnim elementom u općem modelu skrbi, a ne zasebnim pitanjem.

10.2 Model korišten za djecu i druge ranjive grupe bit će sličan modelu za odrasle. U početku će se pažnja usmjeriti na pružanje emocionalne i praktične podrške. Učitelji, školske medicinske sestre, školski psiholozi i djelatnici u području mentalnog zdravlja djece i mladih imat će ključne uloge u pružanju prikladnog odgovora na potrebe djece.

10.3 Postojeće službe koje zbrinjavaju druge ranjive grupe, npr. starije osobe i osobe s postojećim psihosocijalnim poteškoćama bit će, uz podršku grupe za planiranje psihosocijalne skrbi, odgovorne za koordiniranje poboljšane skrbi nakon veće nesreće.

## **11. Koordinacija**

11.1 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi ima odgovornost za koordinaciju aktivnosti svih službi i organizacija uključenih u pružanje psihosocijalne skrbi.

11.2 Tijekom ranih faza psihosocijalnog djelovanja u krizi, vodeću ulogu imat će socijalna služba, pružajući socijalnu skrb i praktičnu podršku. U kasnijim fazama, ova služba može pružati podršku zdravstvenim službama. Važno je da socijalne i zdravstvene službe, kao i ostale uključene službe usko surađuju kako bi isplanirale i pružile intervencije psihosocijalne skrbi nakon velikih nesreća. Dijeljenje dokumentacije, programi obuke koji uključuju više službi i upravni odbor grupe za psihosocijalnu skrb bi trebali učvrstiti ovaj odnos.

11.3 Grupa za planiranje psihosocijalne skrbi će usko surađivati i kontaktirati s drugim službama, kao što su hitne službe. Na primjer, ključan je dobar radni odnos i uzajamno razumijevanje između kvartovskih policajaca u ulozi prikupljanja dokaza i službi za skrb u njihovoj ulozi pružanja psihosocijalne podrške.

11.4 Uloga volonterskih organizacija bit će unaprijed definirana u sklopu unaprijed planiranog odgovora. Sastanak između predstavnika upravnog odbora grupe za psihosocijalnu skrb i imenovanih članova volonterskih organizacija koje imaju ulogu u psihosocijalnom djelovanju u krizi bit će sazvan čim to nakon velike nesreće bude moguće.

Svrha takvog sastanka bit će izvještavanje o detaljima nesreće i planiranje uloge volonterske organizacije.

11.5 Pojedini pojedinci iz lokalne zajednice koji do sada nisu spomenuti vjerojatno će imati ključnu ulogu u nekoj specifičnoj situaciji pružanja pomoći. To na primjer mogu biti vođe u lokalnoj zajednici, vođe vjerskih zajednica i lokalni timovi primarne zdravstvene zaštite. Predstavnici upravnog odbora grupe za psihosocijalnu skrb stupit će u vezu s ovim pojedincima te će njihova specifična znanja i vještine ugraditi u planirano djelovanje.

11.6 Upravni odbor grupe za psihosocijalnu skrb usko će surađivati i kontaktirati sa službama u drugim područjima uključenima u djelovanje u krizi. Mnoge velike nesreće uključuju pojedince iz različitih područja i važno je da su sva djelovanja koordinirana.

## **12. Utjecaj na pomagače**

12.1 Rad u kriznim područjima stavlja golem pritisak na pružatelje skrbi. Ključno je da se njihove potrebe ne previde u želji da se zadovolji potražnja za psihosocijalnom skrbi.

12.2 Tijekom faze planiranja pojedinim osobama će biti dodijeljene specifične uloge. U nekim slučajevima može se ustanoviti da bi iz različitih razloga bilo neprimjereno da pojedina osobe radi u nekoj specifičnoj situaciji.

12.3 Tijekom djelovanja nužno je uključiti dovoljan broj djelatnika kako bi se omogućilo redovito izmjenjivanje te osiguralo da osobe ne rade predugo. Oni koji vode psihosocijalnu skrb će u skladu sa svojom profesionalnom procjenom utvrditi što je razumno. Organiziranje prikladne supervizije za svo osoblje bit će ključna uloga upravnog odbora grupe.

12.4 Tijekom pružanja psihosocijalne skrbi može se pokazati da se neki kvalificirani pojedinci ne nose sa zadaćom kako treba. Tamo gdje je to moguće, bit će im pružena dodatna podrška, savjetovanje ili obuka. Ipak, ovo ne mora biti dovoljno, te će rukovoditelji skrbi na taktičan način osoblje ili pomagače-volontere odstraniti s dužnosti za koje nisu prikladni i osigurati im podršku koja bi im mogla biti potrebna.

12.5 Zamišljeno je da djelatnici u izravnom kontaktu s osobama pogođenim nesrećom rade u smjenama od otprilike četiri sata, uz tehnički *debriefing* nakon završavanja svoje smjene. Svaki tim za psihosocijalnu skrb imat će «voditelja tima» čija je ključna odgovornost osiguravanje da se pojedini članovi tima uspješno suočavaju sa stresorima uloge i da im je podrška dostupna.

**Zahvala** – Zahvalni smo upravnim odborima grupa za psihosocijalnu pomoć Kenta, Medwaya, Cardiffa i Vale of Glamorgana što su s nama podijelili svoje smjernice.

## **INTERVENCIJE NAKON VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA**

Europsku mrežu za traumatski stres (TENTS) financira EU, a njezin je cilj razvijanje europske mreže stručnjaka za psihosocijalnu pomoć i tretman posttraumatskog stresa kod žrtava nesreća. Cilj TENTS-a je i povećavanje kapaciteta službi za zaštitu mentalnog zdravlja poslije nesreća i njihov stručni rad utemeljen na dokazima. Pod tim vidom napravljene su smjernice za pružanje psihosocijalne pomoći poslije velikih nesreća u svim europskim zemljama, pri čemu one nisu obavezujući dokument.

Ova brošura je kratki prikaz različitih intervencija za pomoć žrtvama nesreća koje se preporučuju u skladu s TENTS smjernicama, a koje su obuhvaćene i drugim smjernicama i znanstvenim izvještajima (npr. NICE, 2005). Ovdje su predstavljene sljedeće intervencije: intervencije u zajednici, psihološki tretmani usmjereni na traumu te farmakološki tretmani za odrasle s posttraumatskim stresnim poremećajem, kao i intervencije s traumatiziranom djecom i mladima.

Ovu brošuru napravili su dr. A. B. Witteveen i dr. M. Olf na Odjelu za psihijatriju Akademskog Medicinskog centra (AMC) u Amsterdamu, Nizozemska, uz doprinose dr. F. Orengo-Garcie, gđe K. Bergh-Johannesson, dr. C. Freemana, dr. J. Bissona i drugih partnera Europske mreže za traumatski stres.

### **Partneri:**

Academic Medical Center, Amsterdam, Nizozemska – dr. M. Olf/Dr. A. B. Witteveen  
Cardiff University, Wales (UK) – dr. J. Bisson/Dr. B. Tavakoly  
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Njemačka – prof. dr. N. Gurriss  
Haukeland University – RVTS West, Bergen, Norveška – dr. D. Nordanger/dr. V. Johansen  
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Švedska – gđa. K. Bergh-Johannesson  
Tampereen University, Helsinki, Finska – prof. dr. R. Punamaki  
SEPET + D, Madrid, Španjolska – dr. F. Orengo Garcia  
University of Zagreb, Hrvatska – prof. dr. D. Ajduković

### **Suradnici:**

University of Warsaw, Poljska – prof. dr. M. Lis-Turlejska  
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Škotska (UK) – dr. C. Freeman  
University of Zurich, Švicarska – Prof. dr. U. Schnyder/dr. L. Wittmann  
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, Francuska – dr. L. Jehel  
University of Vienna, Austrija – dr. B. Lueger-Schuster  
University of Aarhus, Danska – prof. dr. A. Elklit  
WHO Europe, Copenhagen, Danska – dr. Matt Muijen

## PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE U ZAJEDNICI

Psihosocijalne intervencije u zajednici su sve aktivnosti koje pomažu u normalizaciji društvenog, obiteljskog i individualnog psihosocijalnog funkcioniranja u zajednici pogođenoj nesrećom. One unaprjeđuju osjećaj sigurnosti, povjerenja pojedinca u osobnu i djelotvornost zajednice, povezanosti među članovima zajednice, smirivanja onih koji su vrlo uznemireni i nadu u oporavak pojedinaca i zajednice.

### **Intervencije u zajednici poslije nesreće uključuju aktivnosti kao što su:**

- praktična pomoć pružena na suosjećajan način, emocionalna podrška i početno umirivanje vrlo uznemirenih pojedinaca;
- pružanje informacija (npr. traganje za članovima obitelji, pomoć u nalaženju privremenog smještaja i hrane, dostup do socijalne pomoći, zdravstvenih usluga, pravnih savjeta, psihosocijalne pomoći);
- materijalna pomoć (npr. osiguravanje smještaja, hrane, financijske pomoći, ponovne izgradnje infrastrukture);
- zapošljavanje (npr. radna prekvalifikacija obuka kako bi se povećala mogućnost zapošljavanja i radne samostalnosti);
- organiziranje komemorativnih događaja i podizanje spomenika u suradnji s onima koji su bili neposredno pogođeni;
- pomoć u uzajamnoj podršci i stvaranju skupina koje imaju posebne interese;
- pružanje intervencija psihosocijalne skrbi pogođenom stanovništvu.

**Ciljne grupe intervencija u zajednici** su oni koji su neposredno pogođeni i njihove obitelji, svjedoci događaja i osoblje službi za hitne intervencije. Ovim ljudima potrebno je omogućiti pristup punom opsegu intervencija psihosocijalne skrbi.

**Rana praktična i društvena podrška i psihosocijalna skrb** mogu imati preventivni učinak i spriječiti razvitak dugoročnijih psiholoških problema.

**Psihosocijalna skrb** obuhvaća emocionalnu i praktičnu pomoć. Ona seže od osiguravanja neposredne udobnosti i praktične pomoći, pa do dugoročne psihološke podrške i skrbi stručnjaka za traumu. Budući da pojedinci obično dobivaju znatnu podršku od obitelji, prijatelja i zajednice, svrha je bilo kojeg formalnog djelovanja ovo nadopuniti. Svi aspekti psihosocijalne skrbi trebaju se pružati samo uz puno sagledavanje šire društvene okoline pojedinca, a osobito njegove obitelji i zajednice.

**Potreba za trenutnom, srednjoročnom i dugoročnom psihosocijalnom pomoći** trebala bi biti prepoznata od samog početka. Većini ljudi uključenih u nesreću pomoć je najčešće potrebna tijekom faze spašavanja i neposredno poslije nje. Ipak, poslije velike nesreće ili katastrofe može postojati potreba za organiziranjem stalnog tima za podršku ili službe za upućivanje po pomoć, u trajanju do tri godine, ili čak i duže. Stoga je od ključne važnosti napraviti planove i osigurati njihovo financiranje odmah u početku.

### **Primjeri psihosocijalne skrbi u zajednici:**

- nenametljivo obavještavanje ljudi o dostupnoj psihosocijalnoj pomoći kroz komunikacijske kanale poput tiska, televizije, radija i interneta;
- otvaranje telefonske linije za pomoć koja pruža emocionalnu podršku i Internet stranice koja se bavi psihosocijalnim pitanjima;



- slušanje i prihvaćanje iskaza ljudi o događaju, kao i pomoć u uobličavanju iskustva nesreće;
- pružanje edukacije o reakcijama na traumu i suočavanju s njima, kroz letke koji opisuju osjećaje kakve često doživljavaju sudionici nesreća, promiču samopomoć i navode brojeve telefona gdje se može dobiti pomoć;
- obavještanje o suočavanju s problemima koji nastaju zbog nesreće (npr. tugovanje, snažne emocije, obiteljske teškoće, specifični strahovi, nesanica i problemi na poslu);
- senzibiliziranje osoblja lokalnih zdravstvenih službi te socijalnih i obrazovnih ustanova za moguće psihopatološke posljedice i informiranje o modelu brige o unesrećenima;
- identificiranje onih koji imaju psihosocijalne teškoće i procjena njihove potrebe za formalnijom intervencijom;
- osiguravanje pristupa psihološkoj i farmakološkoj stručnoj procjeni i djelovanje u skladu s time, ukoliko je potrebno;
- pružanje savjetovanja i tretmana utemeljenog na dokazima ljudima sa specifičnim potrebama, uz pomoć obučениh savjetovatelja/kliničara koji dobivaju superviziju;
- održavanje proaktivnog kontakta s unesrećenima i njihovim obiteljima (npr. pomoću telefonske linije za emocionalnu podršku ili savjetovatelja za traumu);
- razvijanje lokalnih kapaciteta radi pružanja kratkotrajnih i dugoročnih psihosocijalnih usluga.

### **Visoko ranjive grupe**

Ranjive grupe poslije nesreće uključuju one pojedince koji su osobito ovisni o obitelji, zajednici ili stručnoj podršci. To su:

- djeca i mladi kojima je potrebna veća podrška, ohrabivanje i pažnja tijekom nesreće i neposredno nakon nje;
- starije osobe, trudnice i jednoroditeljske obitelji, koje često u većoj mjeri ovise o uslugama drugih ljudi, a njihove potrebe mogu biti zapostavljene tijekom nesreće i neposredno nakon nje;
- kronično bolesne osobe i ljudi s posebnim režimom prehrane, kojima može biti potrebna osobita pažnja liječnika ili pomoć u korištenju usluga;
- ljudi koji ne razumiju lokalni jezik, službene postupke ili zakonske propise (imigranti, pripadnici manjinskih grupa).

### **Psihosocijalna skrb za osoblje hitnih službi**

Rad u slučajevima katastrofa stavlja ogroman pritisak na pružatelje pomoći. Stoga je ključno ne previdjeti njihove potrebe i ograničenja. Zbog velike količine posla, često teških uvjeta rada i izloženosti velikom broju uznemirenih korisnika, potrebno je isplanirati postupke koji će pomoći u sprječavanju profesionalnog sagorijevanja i posredne traumatizacije. Ovi postupci uključuju redovite smjene, kako pojedinci ne bi radili prekomjerno dugo, tehnički *debriefing* poslije završetka smjene, te sustave podrške kao što su redovita supervizija, savjetovanje s kolegama i vanjskim savjetnicima, tehnike za razvijanje podrške i zajedništva u timu.

Izvori se nalaze na posljednjim stranicama ove brošure.

# **PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE USMJERENE NA TRAUMU ZA ODRASLE S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM**

Tretmani poput kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), desenzitizacije pokretima očiju i reprocessiranja (EMDR) i kratke eklektičke psihoterapije (BEP) usredotočeni su na sjećanje na traumatski događaj i njegovo značenje. Zbog toga se o ovim intervencijama govori kao o psihološkim intervencijama usmjerenim na traumu (NICE, 2005). Prije njihovog predstavljanja navedene su indikacije i kontraindikacije ovih intervencija. Indikacije i kontraindikacije za psihološku pomoć usmjerenu na traumu kod djece i mladih, i farmakološko liječenje PTSP-a razmatraju se u posljednja dva odjeljka.

## **Indikacije za psihološke tretmane usmjerene na traumu**

- odrasli ili mladi odrasli korisnici koji pate od akutnog ili kroničnog PTSP-a kao posljedice neočekivanih traumatskih događaja
- u slučaju višestrukih traumatskih iskustava ili kad su prisutni komorbidni poremećaji ili socijalni problemi, psihološki tretmani usmjereni na traumu nisu kontraindicirani, ali je potrebno razmotriti produženje trajanja tretmana.

## **Kontraindikacije za psihološki tretman usmjeren na traumu kod odraslih**

Općenito, psihološke tretmane usmjerene na traumu za odrasle (KBT, EMDR, BEP) ne treba (još) započinjati ukoliko korisnik pati od:

- teškog depresivnog poremećaja
- teške zlouporabe tvari ili ovisnosti
- drugih vrsta teških anksioznih poremećaja uz PTSP (npr. agorafobije, paničnog poremećaja)
- teških poremećaja ličnosti
- psihotičnih poremećaja
- teških disocijativnih poremećaja
- suicidalnosti.

## **Relativne kontraindikacije za psihološki tretman usmjeren na traumu za odraslih**

- blagi poremećaji ili poremećaji sekundarni PTSP-u, poput blage depresije ili anksioznog poremećaja

## **Važni uvjeti tretmana:**

- tretmanske susrete treba održavati redovito i kontinuirano (tjedno)
- na svim susretima ista osoba treba biti terapeut
- terapije su obično, i poželjno, usmjerene na pojedinca, ali su osmišljene i primjene KBT i EMDR za grupni tretman
- potrebno je koristiti strukturirani protokol za sve psihološke tretmane usmjerene na traumu
- tretman trebaju obavljati odgovarajuće obučene stručne osobe, koje trebaju imati i odgovarajuću superviziju
- općenito, psihološke intervencije usmjerene na traumu ne treba kombinirati s lijekovima, osim ako to ne zahtijeva komorbiditet ili patologija korisnika
- prepisivanje benzodijazepina ili lijekova za spavanje treba biti što je moguće više ograničeno, jer ovi lijekovi mogu zamagliti svijest.

## KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA (KBT) ZA PTSP

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) u liječenju PTSP-a uključuje izlaganje elementima traumatskog događaja i usmjerena je na kognitivno izbjegavanje i izbjegavajuće ponašanje u PTSP-u. KBT je strukturirana intervencija koja, osim usredotočenosti na traumatski događaj, uključuje i komponente poput upravljanja anksioznošću (npr. opuštanje), psihoedukaciju i kognitivne tehnike restrukturiranja. Podtipovi KBT za korisnike s PTSP-om obuhvaćaju terapije izlaganjem, poput Produženog izlaganja (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007), koje su prvenstveno usredotočene na suočavanje sa zastrašujućim podražajima povezanim s traumom sve dok se anksioznost ne povuče, i terapije usmjerene na kogniciju, poput Terapije kognitivne obrade (Cognitive Processing Therapy, CPT - Resick & Schnicke, 1993) koje prvenstveno utvrđuju i ciljaju na problematične kognicije o traumi, dok se adaptivne kognicije ugrađuju u zamišljeno ponovno proživljavanje traume.

### Djelotvornost

KBT usmjerena na traumu dosljedno je pokazala klinički značajne učinke na svim mjerama PTSP-a u usporedbi s pacijentima koji su bili na listi čekanja za taj tretman, s onima čiji je tretman bio usmjeren na ovladavanje stresom i podržavajućim/nedirektivnim terapijama (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). KBT usmjerena na traumu preporučuje se kao tretman izbora za žrtve nesreća s kroničnim ili akutnim posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP).

### Trajanje tretmana:

- 8-12 susreta od po 45-60 minuta, kada je PTSP nastao zbog pojedinačnog događaja
- ukoliko se raspravlja o traumatskom događaju, sastanak treba biti duži (90 minuta)

### Susreti:

*Tijekom prvih susreta važne su sljedeće komponente:*

- uspostavljanje terapijskog saveza i psihoedukacija o uobičajenim reakcijama na traumu
- uvođenje i poučavanje tehnika opuštanja, poput vježbi disanja
- uvođenje u teorijsku osnovu terapije utemeljene na izlaganju

*Izlaganje se izvodi obično na dva načina:*

*Zamišljeno izlaganje ili narativno pisanje:*

- emocionalno i detaljno prisjećanje:
  - traumatskih sjećanja u vremenskom slijedu u kome su se događaji odvijali
  - misli i osjećaja, bilo u mašti, uz stalno komentiranje o tome što se vizualizira, bilo u pisanom obliku
- prepričavanje traume treba ponavljati sve dok
  - prisjećanje više ne izaziva visoke razine uznemirenosti
  - se sjećanja na traumu ne počnu doživljavati kao sjećanja, a ne nešto što se ponovno događa

*Izlaganje in vivo:*

- suočavanje korisnika sa situacijama koje izbjegava jer su povezane s traumom i izazivaju snažne osjećaje ili tjelesne reakcije (npr. ponovna vožnja automobilom poslije prometne nesreće)
- osoba će shvatiti da situacija koje se boji više nije opasna i da anksioznost s njom u vezi neće trajati zauvijek (Foa & Kozak, 1986)

*Kognitivno restrukturiranje izvodi se na sljedeći način:*

- pomaganje korisniku u prepoznavanju i mijenjanju svojih pretjerano negativnih kognicija koje vode uznemirujućim osjećajima i oštećenom funkcioniranju
- usredotočenost na prepoznavanje i mijenjanje pogrešnih tumačenja koja korisnika vode precjenjivanu prijetnje, što potječe od interpretacije traume i njezinih neposrednih posljedica
- raspravljanje o dokazima koji govore u prilog i protiv ovih tumačenja
- provjeravanje predviđanja izvedenih iz interpretacija uz terapeutovu pomoć, tako da korisnik dođe do adaptivnijih zaključaka
- ohrabrivanje korisnika u odustajanju od ponašanja i kognitivnih strategija koje sprječavaju odbacivanje negativnih tumačenja.

*Domaći zadaci uključuju:*

- vježbanje mišićne relaksacije ili tehnika disanja i izlaganje u mašti i *in vivo*

*Na posljednjim sastancima utvrđuje se napredak tretmana pomoću:*

- pregleda tehnika korištenih u terapiji
- procjene jesu li bile od pomoći
- raspravljanja o završetku terapije

## **DESENZIBILIZACIJA POKRETIMA OČIJU A I PONOVA OBRADA (REPROCESIRANJE) - EMDR**

EMDR je psihoterapijski pristup za smanjenje uznemirenosti poslije traumatskih iskustava. Temeljni cilj EMDR uključuje preoblikovanje disfunkcionalno pohranjenih iskustava u adaptivno razrješenje koje promiče psihološko zdravlje. Tijekom terapije se nastoji aktivirati sposobnost za suočavanje s uznemirenošću zbog traumatskih sjećanja i smanjivanje uznemirujućih misli i osjećaja. Ova tehnika može korisniku pomoći i da drugačije misli o sebi u vezi s traumatskim sjećanjem.

### **Djelotvornost**

EMDR je tretman za PTSP utemeljen na dokazima (NICE, 2005). To je psihološki tretman prvog izbora za kronični PTSP (Bisson et al., 2007), a jednako je djelotvoran kao KBT usmjerena na traumu (Spates et al., 2009).

### **Trajanje tretmana**

Trajanje prosječnog EMDR tretmana za PTSP izazvan jednim temeljnim traumatskim događajem može biti relativno kratko. Za probleme nastale poslije jednog traumatskog događaja u prosjeku je dovoljno šest susreta. Međutim, trajanje tretmana ovisi o složenosti simptomatologije povezane s traumom.

### **Susreti:**

EMDR je visoko strukturirani pristup. Ima faze koje su zajedničke s drugim oblicima terapije, ali i tri jedinstvena elementa: takozvane desenzibilizacije, instalacije i skeniranja tijela (Spates et al., 2009). Tipično je korištenje bilateralne stimulacije dok se uznemirujuća slika priziva u sjećanje i slijeđenje asocijacija korisnika.

*Konkretnije, od korisnika se ovim redom traži da:*

- se usredotoči na specifično traumatsko sjećanje
- prepozna uznemirujuću sliku koja predstavlja sjećanje, s njom povezane negativne kognicije, i alternativnu pozitivnu kogniciju
- prepozna osjećaje povezane sa sjećanjem na traumu
- prepozna tjelesne osjete relevantne za traumu i njihova mjesta na tijelu
- ovaj proces kvantificira se upotrebom subjektivnih pokazatelja ili mjera
- od korisnika se traži da drži u sjećanju uznemirujuću sliku zajedno s negativnim kognicijama i s njima povezanim tjelesnim osjetima, dok istovremeno prati ritmičke pokrete lijevo-desno prstiju terapeuta u svom vidnom polju tijekom 20-40 sekundi (bilateralna taktilna stimulacija ili zvukovi mogu se koristiti kao alternativa pokretima očiju)
- korisnika se zatim zatraži da napravi stanku i duboko udahne, pa da terapeutu ukratko pruži povratne informacije o tome je li bilo nekih promjena u slikama, osjetima, mislima ili osjećajima
- ovaj proces se nastavlja i ponavlja dok korisnik ne počne doživljavati više nikakvu uznemirenost zbog sjećanja na traumu.

## **KRATKA EKLEKTIČKA PSIHOTERAPIJA - BEP**

Kratka eklektička psihoterapija (Brief Eclectic Psychotherapy – BEP) je kratka, na problem usmjerena psihoterapija, utemeljena na kombinaciji teorija iz psihodinamske, kognitivno-bihevioralne i direktivne psihoterapije. Njen cilj je smanjiti simptome PTSP-a kod korisnika, pomoći im u integriranju traumatskog događaja u svoj život i vraćanju kontrole nad njim. BEP protokol razvio je Gersons u posljednja dva desetljeća 20. stoljeća, radi liječenja PTSP-a kod policijskih službenika (Gersons, 1989, 1992; Gersons & Carlier, 1994).

### **Djelotvornost**

Randomizirana kontrolirana istraživanja su pokazala da je terapija djelotvorna i kod policijskih službenika i u općoj populaciji korisnika s PTSP-om, s različitim vrstama traumatskih iskustava (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005). Utvrđeno je i značajno poboljšanje bioloških parametara (otkucaji srca, razina kortizola, moždana aktivnost) (Lindauer et al., 2003; Olf et al., 2007).

### **Trajanje tretmana:**

- 16 susreta, u trajanju od 45 do 60 minuta

### **Susreti:**

*Svaki susret predstavlja pažljivo osmišljen korak u jednom od pet stadija terapije:*

- Psihoedukacija (susreti 1-2)  
Korisnik i njegov ili njezin partner ili partnerica uče razumjeti simptome PTSP-a i njihovu povezanost s traumatskim događajem.
- Zamišljeno izlaganje i upotreba uspomena (susreti 2-6)  
Zamišljeno izlaganje usmjereno je na potisnute snažne emocije u osobitom tugovanju. Izlaganje u BEP razlikuje se od izlaganja u KBT usmjerenoj na traumu utoliko što je u BEP prvenstveni cilj ovakvog zamišljenog izlaganja oslobađanje snažnih osjećaja povezanih s traumom. Korisnici se izlažu različitim dijelovima traume u odvojenim seansama. Uspomene se koriste radi poticanja sjećanja na traumatski događaj.
- Pisanje pisma, integracija i davanje smisla (susreti 7-12)  
Korisnik piše pismo nekoj osobi ili ustanovi koju okrivljuje za traumatski događaj ili za njegove posljedice. Pismo se ciljano koristi kao pomoć u izražavanju agresivnih osjećaja. U ovoj fazi postoji mogućnost postavljanja egzistencijalnih pitanja, poput toga kako je događaj promijenio korisnikovo viđenje sebe i svijeta oko sebe.
- Ritual opraštanja (susreti 13-16)  
Tretman se završava ritualom opraštanja u kojem sudjeluje i partner/ica (npr. tako što se pismo i uspomene na događaj spale) kako bi se traumatski događaj ostavio za sobom, kao način da se čovjek okrene sadašnjem životu i budućnosti, a da istovremeno nikada ne zaboravi događaj, koji ga više ne prijeći u svakodnevnom životu.

## FARMAKOLOŠKO LIJEČENJE PTSP-A

Farmakološko liječenje PTSP-a kod odraslih ne bi trebalo biti rutinska terapija prvog izbora ispred psihološke terapije usmjerene na traumu (NICE, 2005). Ukoliko se PTSP kod odraslih liječi farmakološki, veoma je preporučljivo prepisivati SSRI, a osobito paroksetin. Liječenje antidepresivima mirtazepinom, fenelzinom (tradicionalni inhibitor MAO) ili amitriptilinom (triciklički antidepresiv) također može dovesti do klinički značajnog poboljšanja (NICE, 2005). U slučaju značajnih poremećaja spavanja, hipnotici (benzodijazepini i nebenzodijazepini) mogu biti primjerena kratkoročna terapija, ali ako je potrebno dugotrajnije korištenje lijekova, treba razmotriti upotrebu odgovarajućih antidepresiva u početnom stadiju, kako bi se smanjio kasniji rizik od ovisnosti.

### Indikacije za farmakološko liječenje PTSP

Farmakološko liječenje PTSP-a kod odraslih treba razmotriti ukoliko:

- korisnici s PTSP-om nisu skloni uključiti se u psihološki tretman usmjeren na traumu
- korisnici s PTSP-om nisu u stanju započeti s psihološkom terapijom zbog sadašnje ozbiljne prijetnje daljnje traumatizacije (npr. nasilje u obitelji koje se nastavlja)
- psihološki tretman usmjeren na traumu imao je male ili nikakve učinke
- korisnik ima smanjenu mogućnost poboljšanja od psihološkog tretmana zbog značajne komorbidne depresije ili izrazite pretjerane pobuđenosti (tj. farmakoterapija je pridružena psihološkom tretmanu)

Tretman trebaju provoditi kompetentne osobe s odgovarajućim medicinskim obrazovanjem (tj. SSRI i mirtazepin u općoj upotrebi; amitriptilin ili fenelzin samo od strane stručnjaka za mentalno zdravlje).

### Djelotvornost

Među farmakološkim tretmanima kod PTSP-a su osobito djelotvorni SSRI (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), (Stein et al., 2006). Među SSRI lijekovima osobito se dobro podnosi paroksetin, koji je u usporedbi s placebom djelotvoran u smanjivanju simptoma na sva tri klastera simptoma PTSP-a (Marshall et al., 2007; Stein et al., 2003). Manja istraživanja nagovještaju da klinički važno djelovanje mogu da imaju i mirtazepin, amitriptilin i fenelzin (NICE, 2005).

### Trajanje tretmana:

Pozitivno djelovanje SSRI na simptome PTSP-a obično je prisutno između 8 i 12 tjedana tretmana. Općenito, daljnje smanjivanje simptoma može se očekivati još do šest mjeseci tretmana sa SSRI (Marshall et al., 2007) a održava se do 52 tjedna (Kim et al., 2008). Preporučljivo je da farmakološki tretman traje najmanje 6 mjeseci, ali smjernice i klinička iskustva preporučuju nastavak tretmana antidepresivima tijekom 12 mjeseci. Upotreba hipnotika (benzodijazepini i nebenzodijazepini) preporučuje se samo kratkoročno.

### Kontrolni susreti:

*Tijekom početnih stadija tretmana antidepresivima:*

- korisnici s PTSP-om koji imaju povećan rizik od samoubojstva, i svi korisnici u dobi između 18 i 29 godina, trebaju biti liječnički kontrolirani nakon prvog tjedna tretmana, a nakon toga često, sve dok se rizik ne prestane smatrati značajnim

- korisnici s PTSP-om koji nemaju povećani rizik trebaju biti liječnički kontrolirani dva tjedna nakon početka tretmana, a zatim u intervalima od 2 do 4 tjedna tijekom prva tri mjeseca, a kasnije u dužim razmacima, ako dobro reagiraju na lijek
- korisnike s PTSP-om treba obavijestiti o mogućim sporednim učincima i o riziku prekida liječenja i simptomima apstinencije

*Prekid tretmana antidepresivima:*

- uobičajeno se obavlja postupnim smanjivanjem doze u razdoblju od četiri tjedna
- ako su simptomi prilikom prekida terapije ozbiljni, treba razmotriti ponovno uvođenje prvobitno korištenog antidepresiva i njegovo postupno smanjivanje, uz praćenje simptoma

*Tolerancija na antidepresive:*

- potrebno je aktivno tražiti znakove akatizije, misli o samoubojstvu i povećane anksioznosti i agitiranosti
- korisnike s PTSP-om potrebno je obavijestiti o riziku od ovih simptoma u ranim stadijima liječenja, i savjetovati im da odmah potraže pomoć ukoliko su oni imalo uznemirujući.



## INTERVENCIJE S TRAUMATIZIRANOM DJECOM I MLADIMA

Na djecu i mlade izložene traumatskim događajima i nesrećama potrebno je usmjeriti posebnu pažnju i pružiti podršku. Podrška, probir i dijagnoza u akutnoj fazi trebaju se odvijati u prisutnosti članova obitelji. Informacije, pomoć i tretman moraju se temeljiti na znanju o razvojno važnim ranjivostima i izvorima podrške.

### Preporučeni tretman za kronične simptome PTSP-a kod djece

- KBT usmjerena na traumu za djecu s teškim PTSP-om, prilagođena okolnostima i daljnjem razvoju događaja
- EMDR za stariju djecu (sedmogodišnjake)

### Djelotvornost

Strukturirana terapija je djelotvornija u smanjivanju PTSP-a kod djece nego općenita podrška. Postoje dokazi o djelotvornosti KBT usmjerene na traumu i EMDR (EMDR protokol za djecu stavlja veći naglasak na uspostavljanje sigurnog mjesta koje izaziva pozitivne osjećaje prije nego što počne terapija).

### Trajanje tretmana:

- 8-12 sastanaka u trajanju od 90 minuta redovnog tretmana s istim terapeutom
- informacije o tijeku tretmana treba pružiti i roditeljima i djeci

### Sadržaj psiholoških tretmana (usmjerenih na traumu) za djecu

- psihoedukacija djece i roditelja
- praćenje simptoma (npr., dnevnic *flashbackova*, noćnih mora, uznemirenosti)
- ponovno uspostavljanje rutinskih aktivnosti
- obuka u savladavanju vještina suočavanja
- postupno izlaganje – do privikavanja
- stvaranje sigurnosti i obuka o samoregulaciji

### Tipičan tijek, oporavak i priroda simptoma povezanih s traumom kod djece

- skoro sva djeca pokazuju veliki strah, držanje uz roditelje i intruzivne simptome neposredno nakon izloženosti traumi
- većina (oko 75%) pokazuje postupno povlačenje simptoma tijekom prvih mjeseci
- oko 13-25% razvija PTSP poslije katastrofe u roku od tri do šest mjeseci ukoliko im se ne pruži pomoć
- simptomi depresije često se mogu javiti kasnije, npr. poslije 6-9 mjeseci
- trauma utječe na ukupni psihosocijalni razvoj i pojavu:
  - patološke tuge
  - pretjerane strahove
  - s traumom povezano maštanje, igre i snove

### Činitelji rizika za nastanak PTSP ili druge psihopatologije

- pred-traumatski činitelji: problemi s mentalnim zdravljem u obitelji i problemi u međuljudskim odnosima
- ranija izloženost teškoj traumi
- tijekom traume: izrazito snažne reakcije, bespomoćnost, pretjeran strah za sigurnost obitelji

- post-traumatski činitelji: poremećeni odnosi među roditeljima, preseljenje, poricanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja

### **Razvojni aspekti**

- djeca svih dobi mogu biti ranjiva na PTSP i psihosocijalne smetnje
- značenje traume, načini njezine obrade i izražavanje simptoma razlikuje se ovisno o uzrastu djeteta
  - dojenčad: visoka pobuđenost i teškoća da se smiri
  - mala djeca: teškoće u regulaciji emocija i prekomjerni strahovi, poremećeno spavanje
  - predškolska djeca: repetitivna igra, teško obuzdavanje agresije, noćni strahovi
  - srednje djetinjstvo: problemi s koncentracijom, tjelesni simptomi, različiti strahovi
  - adolescencija: osjećaj skraćene budućnosti, izlaganje opasnostima, simptomi depresije
- u svim uzrastima aktiviraju se ponašanja traženja veće privrženosti i sigurnosti
- teško traumatizirana djeca mogu se vratiti na raniju razvojnu fazu, npr. zamuckivanje u predškolskoj dobi i neovisnost u adolescenciji

## Izvori:

1. Ajduković D, Ajduković M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.
2. Ajduković D, Ajduković M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Orner and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
3. Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.
4. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
5. Blanchard EB, & Hickling EJ. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2<sup>nd</sup> ed.) Washington DC: American Psychological Association.
6. Foa EB & Rothbaum BO (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.
7. Gersons BPR (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.
8. Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD & Van der Kolk BA (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
9. [Kim Y](#), [Asukai N](#), [Konishi T](#), et al. (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52
10. Lindauer RJL, Gersons BPR, van Meijel EPM, Blom K, Carlier IVE, Vrijlandt I & Olf M (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
11. Lindauer RJL, Vlieger EJ, Jalink M, Olf M, Carlier IVE, Majoie CBLM, Heeten den GJ & Gersons BPR (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
12. [Marshall RD](#), [Beebe KL](#), [Oldham M](#), [Zaninelli R](#). (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.
13. [Marshall RD](#), [Lewis-Fernandez R](#), [Blanco C](#), et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.
15. Norris HH, Stevens SP (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
16. [Olf M](#), [de Vries GJ](#), [Güzelcan Y](#), [Assies J](#), [Gersons BP](#) (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
17. Resick PA & Schnicke MK (1993). Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual. Newbury Park CA: Sage Publications.
18. Rooze M, De Ruyter A, Ajdukovic D, Fundter N, Hövels J (2006). The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.
19. Shapiro F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.

20. Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.
21. Solomon RM & Shapiro F (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.
22. Somasundaram D, Norris FH, Asukai N, Murthy RS (2003). Natural and technological disasters. In: BL Green, MJ Friedman, JVMT de Jong, SD Solomon, TM Keane, JA Fairbank, B Donelan and E Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.
23. Spates CR, Koch E, Cusack K, Pagoto S & Waller S (2009). In Foa EB, Keane TM & Friedman MJ (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.
24. Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K, (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 4(10), 1829-38.
25. Stein DJ, Ipser J, Seedat S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.
26. Williams R, Mikus Kos A, Ajdukovic D, van der Veer G, Feldman M (2008). Recommendations on evaluating community based psychosocial programmes. *Intervention*, 6 (1), 12-21.

© Copyright Academic Medical Center University of Amsterdam February 2009.