

Др Јасмина ГАЧИЋ

Факултет безбедности Универзитета у Београду

Др Марија МИЋОВИЋ

научни сарадник Криминалистичко-полицијског универзитета

ДОИ: 10.5937/bezbednost1903140G

УДК: 502.58:615.851::351.862.22

Прегледни научни рад

Примљен: 10. 6. 2019. године

Ревизија: 12. 6. 2019. године

Ревизија: 11. 9. 2019. године

Датум прихватања: 5. 12. 2019. године

Психосоцијална помоћ у катастрофама

Апстракт: У ситуацијама катастрофа људски животи бивају суштински измењени и погођени различитим последицама – у смислу губитака најближих, контроле над сопственим животом, осећаја сигурности и наде. Јачина стресних реакција разликује се међу појединцима и заједницама, па се тако разликују и потребе за интервенцијама. Улога организација које се баве заштитом и спасавањем јесте да пруже непосредну помоћ и заштиту, али и психосоцијалну помоћ и подршку. Психосоцијална помоћ је процес олакшавања опоравка појединаца, породице и заједница од последица опасности и има кључну улогу у интервенцијама које укључују велики број страдалог становништва. Психосоцијална помоћ значи да у приступу особи укључујемо две димензије које међусобно утичу једна на другу: психичку (унутрашњи, емоционални и мисаони процеси, осећаји и реакције појединца) и социјалну (односи с другим људима, социјалне вредности и култура заједнице). Трећа димензија подразумева прве помагаче – респондере. Стрес може иницирати развој анксиозности, професионалног сагоревања, емоционалне исцрпљености и других поремећаја здравља код припадника спасилачких екипа. Имајући у виду значај психосоцијалних програма, подржана је њихова реализација у многим пројектима и предложено је да психосоцијална брига постане интегрални део хитног одговора и система заштите јавног здравља.

Кључне речи: катастрофа, стрес, поремећај здравља, отпорност, психосоцијална помоћ.

Увод

Стања катастрофа¹ изазваних бројним природним, технолошким, ратним опасностима као и савременим безбедносним ризицима и претњама представљају сталну реалност за људска друштва широм света (Birkmann et al., 2010; Welle et al., 2012; Међународна федерација друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца, 2013, 2014). Подаци бриселског Центра за истраживање епидемиологије катастрофа (CRED) показују да је у раздобљу од само десет година (од 2003. до 2012. године) у свету било просечно 388 катастрофа годишње, с више од 100.000 погинулих и преко 210 милиона људи погођених на друге начине – здравствено, стамбено, глађу – с више од 150 милијарди америчких долара (USD) годишње штете (Guha-Sapir et al., 2014). Током задње деценије посебно се види пораст катастрофа узрокованих климатским променама: због последица олуја, екстремних температура, поплава, суша, одрона земље и пожара страдало је 10% више људи него у периоду између 1996. и 2005. (CRED, UNISDR, 2016). Посебно је забрињавајућа чињеница да у овим катастрофама највише страдају најугроженије групе људи у економски мање развијеним земљама. Иако природне катастрофе у сличној мери погађају и развијене и мање развијене земље, последице катастрофа, у контексту људских губитака и материјалне штете, директно су повезане са нивоом развијености земље. Тако, на пример, од свих жртава природних катастрофа од 1996. до 2015. године, чак 68% било је из неразвијених земаља и земаља у развоју (CRED, UNISDR, 2016). Ово је само један од показатеља да је изложеност

¹ Катастрофа представља елементарну непогоду или техничко-технолошку несрећу чије последице угрожавају безбедност, живот и здравље већег броја људи, материјална и културна добра или животну средину у већем обиму, а чији настанак или последице није могуће спречити или отклонити редовним деловањем надлежних органа и служби (*Закон о смањењу ризика од катастрофа и управљању ванредним ситуацијама*, Службени гласник РС, бр. 87/2018).

катастрофама потенцирана сиромаштвом, недостатком система раног узбуњивања, недовољном припремљеношћу за катастрофе, као и слабијим саставима цивилне заштите. С наставком тренда глобалног загревања и насељавања сиромашнијег становништва у лакше доступне, али катастрофама изложеније крајеве, овај тренд вероватно ће се наставити и у будућности.

Поред потенцијално великих разарања и оштећења виталне критичне инфраструктуре и других кључних објеката, у катастрофама су угрожени безбедност, добробит, здравље и функционисање људи (Herbert et al. 2006; Norris, Elrod, 2006; Moline et al., 2006).² У таквим ситуацијама људски животи бивају суштински измењени и праћени различитим социјалним последицама: губитак најближих, губитак контроле над властитим животом и осећаја сигурности, наде и иницијативности, губитак друштвене инфраструктуре и приступа услугама. Реакције могу бити различите: шок, плач, бес, осећај безнадежности и

² Катастрофа је догађај великих размера који озбиљно нарушава уобичајено функционисање заједнице или друштва, с масовним људским, материјалним, економским или природним губицима и последицама које надилазе способности погођене заједнице или друштва да се с њима суочавају помоћу властитих ресурса, па зато често укључује и међународну помоћ. Осим смртности и здравствених последица, становништво је погођено евакуацијом и нужним напуштањем имовине, одвојеношћу од чланова породице и социјалне мреже, осиромашењем, онемогућеним остваривањем животних планова (нпр. прекид образовања, губитак запослења) те неизвесношћу у погледу могућности опоравка заједнице и наставка живљења у њој. Посебности катастрофа у односу на друге облике кризних догађаја великих размера јесу: (1) већина јавних објеката у заједници је тешко оштећена и нефункционална, погођени су јавна инфраструктура (снабдевање енергијом, превоз, комуникацијски састави) и оперативна седишта служби за ванредне ситуације, онемогућен је рад служби за помагање и локалних власти; (2) суседне заједнице не могу пружити помоћ јер су и саме погођене или немају довољно ресурса; (3) већина свакодневних функција заједнице нагло је и истовремено прекинута; (4) масовни медији имају пресудну улогу у томе како људи доживљавају катастрофу на основу (не)тачности информација, приписивања одговорности, давању упутстава становништву; (5) као резултат претходног, јавља се политичка димензија која је већа што је катастрофа већих размера, јер све катастрофе укључују политичке чиниоце, од локалног нивоа до владе и високих државних службеника (Quarantelli, 2006).

анксиозност само су део целог репертоара непријатних искустава. Ослањајући се на ту чињеницу, водећи представници трансакционистичког модела стреса (Lazarus, Folkman, 1984) наглашавају да психички стрес представља негативну афективну реакцију засновану на когнитивној процени ситуације као опасне или претеће. Психички стрес представља трансакцију између појединца и ситуације, односно трауматског животног догађаја. У том контексту, психосоцијална подршка након катастрофа добила је повећану пажњу са аспекта припремљености друштва, нарочито у последње две деценије (Hobfoll et al., 2007; Reifels et al., 2013). Различити аутори су продубили основне принципе (као што су потреба да се промовише осећај сигурности, наде, смиривања и повезаности са другима, важност правовремене детекције притужби на здравље, смањење стреса, као и ефикасно лечење поремећаја повезаних са траумом) и елаборирали квалитет психосоцијалне подршке као концепта (Hobfoll et al., 2007; Bisson et al., 2010).

Психосоцијална помоћ значи да у приступу особи укључујемо две димензије које међусобно утичу једна на другу: психичку (унутрашњи, емоционални и мисаони процеси, осећаји и реакције појединца) и социјалну (односи с другим људима, породичне мреже, социјалне вредности и култура заједнице). Трећа димензија подразумева прве помагаче – респондере. Стрес може иницирати развој анксиозности, професионалног изгарања, емоционалне исцрпљености као и других показатеља психичког стреса код припадника спасилачких екипа.

Имајући у виду значај психосоцијалних програма деведесетих година, подржана је њихова реализација у многим пројектима и предложено је да психосоцијална брига постане интегрални део хитног одговора и система заштите јавног здравља (Brundtland, 2000).

Изложеност стресу и реакција људи на стрес

Појмови попут стреса и трауме свакодневно се сусрећу и већина људи упозната је с њиховим општим значењем, али прилично је мали број оних који знају тачно препознати знакове таквих стања и пружити адекватну помоћ. Стрес се најчешће

схвата на један од два начина, а у оквиру сваког од њих постоје две варијанте дефинисања. Зотовић уочава да прво схватање стрес одређује као догађај у спољашњој средини, и то: (1) као догађај који за већину људи представља претњу или губитак (или, ређе, изазов); или (2) као догађај који за одређену индивидуу представља претњу или губитак (или изазов). Друго схватање је да стрес представља реакцију на догађај у спољашњој средини, и то: (1) активацију интензивних осећања (најчешће непријатних), и/или (2) скуп карактеристичних телесних реакција (Зотовић, 2002: 4). Дефиниција коју предлажу Лазарус и Фолкман (1984) представници трансакционистичког схватања стреса, обухвата оба напред наведена гледишта, при чему се из оквира првог одређења стреса (као догађаја) посебно истиче субјективна процена, захваљујући којој неки догађаји бивају окарактерисани као претња, губитак или изазов. Тако схваћен стрес је однос између особе и околине у оквиру кога особа процењује да неки аспект околине укључује претњу, губитак или изазов за њене снаге, при чему се јављају карактеристичне промене психофизиолошке равнотеже (Зотовић, 2002: 4).

У оквиру ICD 10 класификације менталних поремећаја и поремећаја понашања (WHO, 1992) постоје две категорије које се односе на последице стреса. Прву категорију чине реакције на тежак стрес и поремећаји прилагођавања, док се у другој налазе психотични поремећаји и трајне промене личности. У категорију реакција на тежак стрес и поремећаја прилагођавања спадају, дакле, поремећаји који се могу схватити као одговори на тежак стрес. То су: акутна реакција на стрес, посттрауматски стресни поремећај (ПТСП) и поремећаји прилагођавања у свим старосним групама, укључујући децу и адолесценте (Зотовић, 2002: 15). *Акутна реакција на стрес* представља пролазни поремећај који се развија као реакција организма на изузетан физички и ментални стрес. Појављивање и тежина акутних стресних ситуација изразито су индивидуални. Они зависе искључиво од рањивости и капацитета самоодбране сваког појединца. Симптоми овог поремећаја најчешће укључују почетно стање згранутости, одређени степен сужења свести, неспособност схватања и дезоријентацију, преко агитације и претеране активности, до анксиозности, депресије и повлачења (Зотовић, 2002: 15).

Козарић-Ковачић и сарадници наводе да акутни стресни поремећај описује акутне посттрауматске стресне симптоме: поновно проживљавање трауматског искуства, избегавање и појачану активност аутономног нервног система с израженим дисоцијативним искуствима која се јављају непосредно након трауматског доживљаја. Између посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП) и акутног стресног поремећаја (АСП) разлика је у времену након трауме у којем се јављају симптоми. У АСП симптоми морају трајати од два дана до четири недеље, а у ПТСП симптоми могу бити акутни (трају мање од три месеца) или хронични (трају три месеца или више) (Козарић-Ковачић et al., 2007: 102). Код неких особа је понекад присутна парцијална или комплетна амнезија у односу на стресну епизоду. Поремећај прилагођавања укључује депресивно расположење, анксиозност, забринутост, обесхрабреност, беспомоћност и пад ефикасности у свакодневним активностима. Код адолесцената се могу јавити и поремећаји понашања, као што су агресивно и антисоцијално понашање (Зотовић, 2002: 15). У ову групу су сврстане и реакције жалости, без обзира на трајање, које су процењене као абнормалне због своје форме или садржаја. Поремећај прилагођавања почиње најчешће у периоду од месец дана након доживљеног стреса и ретко траје дуже од шест месеци, осим када је у питању продужена депресивна реакција, која такође спада у ову категорију. Посттрауматски стресни поремећај (ПТСП)³ психијатријски је поремећај који може настати након изложености или сведочења животно угрожавајућим искуствима. Врсте стресора или трауматских догађаја који могу изазвати настанак ПТСП су различите. Обухватају тешке незгоде, природне катастрофе, криминалне нападе, ратне трауме и насиље над цивилима, психичко насиље, сексуалне нападе, насиље у кући и породици, физичко злостављање или озбиљно занемаривање у

³ Реакције на трауматске догађаје познате су вековима иако су се њихови описи и слике мењали. Појам ПТСП први се пут појављује 1980. године у трећем издању Дијагностичког и статистичког приручника за менталне поремећаје (DSM-III), као и у Међународној класификацији болести МКБ-10,2 иако су слични симптоми описани и раније код учесника ратова као „срчана неуроза“, „шок од гранате“ или „синдром концентрационог логора (American Psychiatric Association (APA), Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1980).

детињству, трауму повезану с обављањем посла или сведочење трауматском догађају. ПТСП се сврстава у групу анксиозних поремећаја, али се од осталих анксиозних поремећаја разликује по томе што његов настанак зависи од изложености трауматском догађају и проживљавању трауматског искуства. Може се дефинисати и као одложен или продужен одговор на стресогени догађај или ситуацију изузетно јаке угрожености или катастрофалне природе која може изазвати свеопшту узнемиреност код готово сваке особе (Ковачић-Козарић et al., 2007: 102). Посттрауматски стресни поремећај обухвата три категорије симптома: (а) симптоме нежељеног поновног проживљавања трауматског догађаја; (б) симптоме избегавања свега што подсећа на трауму, праћене смањивањем интересовања за уобичајене животне активности и околину; и (ц) симптоме пренадражености или повишене будности (Зотовић, 2002: 16).

Многи људи показују отпорност (резилијенцију), способност да се релативно добро суоче са непредвидивим ситуацијама. Постоје бројни интерактивни социјални, психички и биолошки фактори који утичу на то да се код људи развију психички проблеми или да они покажу резилијенцију у време непредвидивог догађаја (IASC Guidelines, 2007). Социјални, психички и биолошки фактори који држе људе резилијентним називају се протективним факторима. Они смањују вероватноћу настајања тешких психичких ефеката у време суочавања са тешком ситуацијом или патњом. Припадност брижној породици или заједници, одржавање традиције и културе, поседовање снажних религијских убеђења или политичке идеологије примери су протективних фактора.

Развој програма и референтних центара за психосоцијалну подршку

Катастрофе не само да доводе до материјалне штете и мањка основних ресурса за достојанствен живот, већ код погођеног становништва узрокују и снажне осећаје патње, губитка, туге и беспомоћности. У бројним настрадалим заједницама потврдиле су потребу да се подигне свест о психосоцијалним потребама угрожених и развију ресурси

психосоцијалне помоћи. Поред традиционалних програма којим се испуњавају физичке и најосновније потребе угрожене популације у храни, води и склоништу, Међународна федерација друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца и друге хуманитарне организације развиле су програме како би одговориле на психичке и социјалне патње угрожене популације. Стално и све веће интересовање међународне заједнице за психички и социјални утицај који катастрофе остављају на људе открива се у све обимнијој литератури о психосоцијалном здрављу, као и у све бројнијим пројектима и програмима који се баве психосоцијалном помоћи. Међународна федерација је 1991. године покренула Програм психосоцијалне подршке (енг. PSP) као свеобухватни програм Одељења за здравствену бригу. Одељење за ментално здравље Светске здравствене организације (ВНО) донело је 1992. године у Женеви документ под називом „Психосоцијалне последице катастрофе (превенција и вођење)“ који разматра њену дефиницију и класификацију, епидемиологију и могуће психосоцијалне последице. Зарад помоћи Федерацији у спровођењу њених програма, дански Црвени крст и Међународна федерација су 1993. године основали Међународни референтни центар за психосоцијалну подршку као центар изврности. Он је 2004. године променио име у Међународни референтни центар за психосоцијалну подршку (ПС центар). Као центар изврности, ПС центар помаже националним друштвима Црвеног крста и Црвеног полумесеца у развоју психосоцијалних услуга на нивоу локалне заједнице у катастрофом захваћеним подручјима. ПС центар има за циљ да: (1) подигне свест о психичким реакцијама током катастрофа и/или социјалних нереда; (2) помогне психосоцијалну подршку; (3) промовише обнову мреже локалних заједница и одбрамбених механизма; (4) омогући националним друштвима да разумеју и спремније одговоре на психосоцијалне потребе угрожених група; (5) унапреди бригу и обезбеди емоционалну помоћ за запослене и волонтере. ПС центар не интервенише директно у случајевима када су људи угрожени, већ помаже националним друштвима Црвеног крста и Црвеног полумесеца да делују кроз своје локално запослено особље и волонтере и помаже им у изградњи регионалних и локалних мрежа за психосоцијалну подршку. Приручник „Сфера“, који је 1997. године објавила група

хуманитарних невладиних организација са Покретом Црвеног крста и Црвеног полумесеца, имао је за циљ да побољша квалитет пружања помоћи популацији која је погођена катастрофом. Део о психолошким и психосоцијалним питањима појавио се први пут 2004. године – као индикација повећане свести о овим питањима у то време. Радна група IASC (*Inter-Agency Standing Committee*) формирана је 2005. године, од 27 агенција укључујући Међународну федерацију друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца. Свеобухватни приступ психосоцијалном здрављу имао је за циљ да покаже практичне кораке за подршку менталном здрављу и психосоцијалној подршци. Резултат ове сарадње су „IASC Упутства о подршци менталном здрављу и психосоцијалној подршци у хитним ситуацијама“, која су објављена 2007. године.

У циљу што ефикаснијег збрињавања људи током свих фаза помоћи, 2009. године направљене су ТЕНТС – ТП смернице⁴ које обухватају сет интервенција од првог помагања (пружање прве психолошке помоћи) до дугорочног збрињавања (санирања последица катастрофа). Психолошка прва помоћ се заснива на познавању реакција људи на тешке несреће. Основу чине беспомоћност и анксиозност (Кордић, Бабић, 2018) коју прати низ реакција налик стресу које се испољавају на свим нивоима људског функционисања (телесном, психичком, духовном, те у понашању)⁵. Дробац и сарадници у истраживачком пројекту

⁴ TENTS, *The European Network for Traumatic Stress* – Европска мрежа за трауматски стрес, Модел пружања психосоцијалне помоћи после великих несрећа и катастрофа, 2009.

⁵ Психолошка прва помоћ (ППП) облик је психосоцијалне подршке намењен људима који су доживели штетне и изразито стресне догађаје великих размера попут ратова или терористичких напада и катастрофа. Појам ППП често се користи као надређени појам за низ различитих приступа, што је довело до тога да се тај приступ различито дефинише. НАТО смернице за психосоцијалну помоћ људима погођеним катастрофама и кризним ситуацијама описују ППП као: „не појединачну интервенцију или третман, него приступ који је осмишљен да одговори на психосоцијалне потребе људи након кризних догађаја или катастрофа који се састоји од низа елемената“ (НАТО, 2008). Према Међуагенцијском сталном одбору УН (IASC), психолошка прва помоћ „често се погрешно сматра клиничком или хитном психијатријском интервенцијом. Заправо, ради се о хуманом приступу другом људском бићу које пати и треба подршку“ (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

наводе да је „модел пет корака“ Хобфола и сарадника (Hobfoll et al., 2007) интегрисан у ТЕНТС смернице, захваљујући којима је операционализован модел збрињавања. Модел пет корака описује пет елемената добре психосоцијалне подршке након масовне трауматизације и природних катастрофа и несрећа. Тих пет елемената или корака јесу: 1) осећај сигурности, 2) смиривање, 3) осећај сопствене и друштвене ефикасности, 4) припадање (повезаност) и 5) нада (Дробац, 2015: 12).

Модел пружања психосоцијалне помоћи после великих несрећа и катастрофа – Европска мрежа за трауматски стрес

Документ Европске мреже за трауматски стрес садржи шест делова, у којима су јасно дефинисане активности и интервенције које се примењују након настале катастрофе, као и период у којем се то чини. У пројекту „Психосоцијална подршка дјечи и породици након природних катастрофа“ Дробац описује шест наведених димензија. (1) Планирање, припрема и управљање односе се на израду планова и инфраструктуре које треба утемељити и припремити за случај масовне трауматизације. Формира се планска група – међуагенцијска психосоцијална група за планирање збрињавања. Свако географско подручје требало би да има такву групу састављену од стручњака из подручја здравствене заштите који имају искуство у раду с трауматским стресом и који су одговорни за психосоцијално збрињавање становништва након катастрофа. Они који су погођени катастрофама и великим несрећама такође би требало да буду заступљени у тој групи. Затим се користе смернице за пружање психосоцијалног збрињавања. Свако географско подручје требало би да има смернице за пружање психосоцијалне подршке у хитним случајевима (психосоцијални план збрињавања) које су уклопљене у општи план за случај катастрофа и тешких несрећа и редовно се обнављају. Даље активности се одвијају у смеру међуагенцијског сарадничког планирања и координације – формира се мрежа агенција у циљу осигурања ефикасног психосоцијалног плана збрињавања. Након успостављене међуагенцијске сарадње, потребно је идентификовати постојеће

службе. Психосоцијалне службе и ресурси требало би да буду у потпуности идентификовани („мапирани“) и укључени у психосоцијални план збрињавања. Политичари и припадници власти такође би требало да се укључе у тренинге и вежбе управљања. (2) Опште компоненте реаговања односе се на промоцију „модела пет корака“, поштовање људских права, подстицање социјално и културно уобичајених начина опоравка, социјалну, физичку и психолошку подршку, подршку појединцима и породицама, подучавање о реакцијама и суочавању с траумом. Значајно је нагласити да се не спроводе једнократне формалне интервенције или скрининг свих погођених. Примењене интервенције би требало да допринесу осећају сигурности, личне и друштвене ефикасности као и оснажења, припадања, смиревања. Људска права појединаца треба поштовати. Услове за одговарајуће комуналне, културне, духовне и религијске начине опоравка треба подстицати. Пружање подршке и примена интервенција једнако су важни за породице као и за појединце. Важно је укључити едукацију о реакцијама на трауму и начинима суочавања с њима. Формални скрининг свих укључених не треба радити, али помагачи треба да буду свесни важности идентификовања свих појединаца са значајним потешкоћама. (3) Специфичне компоненте првог реаговања у првој недељи јесу практична и прагматична помоћ – дају се информације о ситуацији, едукује се о трауматским реакцијама и нормализују психичке реакције. Детаљне информације о догађају могу се добити од особе само уз њен лични пристанак. Потребно је успоставити инфраструктуру која обухвата центар за помоћ, телефонску линију за помоћ, веб-страницу и базу података. Веома је важно блиско сарађивати са медијима. Све наведено је потребно урадити како би се прикупиле тачне информације о ситуацији и бригама појединаца погођених природном катастрофом. Ако је потребно, требало би понудити писане материјале који подучавају о реакцијама на трауматски догађај, начинима суочавања који помажу и местима на којима се може потражити помоћ. Појединцима треба активно пружати информације о реакцијама на трауматизацију, ако су мотивисани да сазнају више о томе. Како би се наставило збрињавање становништва након катастрофа, треба покренути телефонску

линију за помоћ и пружање емоционалне подршке, на којој су запослени обучени радници, и креирати веб-страницу која се бави психосоцијалним темама. Треба формирати центар за помоћ или једно место на којем се могу добити све потенцијално потребне услуге. Стварање базе података у коју би се убележили подаци о особама које су потражиле помоћ могло би бити корисно. Када је реч о приступу у помагању, треба водити рачуна да он буде искрен, топао, ненаметљив и саосећајан. Важно је јасно одредити улоге, односно описати своју улогу и објаснити да ли се и како некоме може помоћи. Треба водити рачуна о поверљивости, односно задржати највећи могући ниво поверљивости. Потребно је имати тачне информације о окружењу. У раду на терену треба бити доступан и видљив, али не и наметљив. Неопходно је успоставити људски контакт на ненаметљив, саосећајан начин. Посебно би требало водити рачуна о културним и другим различитостима. (4) Специфичне компоненте раног реаговања у првом месецу односе се на базичне елементе психосоцијалне интервенције од друге до четврте седмице након катастрофалног догађаја. Спроводи се формална процена за даље поступање како би се утврдило у коликој мери је угрожено ментално здравље особа које су погођене природном катастрофом и да ли их треба усмерити на даљи психотерапијски третман. Не значи да ће све особе имати последице по ментално здравље уколико су биле изложене природној катастрофи јер свако од нас има различит ниво резилијентности. За високоризичне појединце, код којих је задржана манифестација симптома који указују на психичке тешкоће, препоручује се на трауму фокусирана когнитивно-бихевиорална терапија (ТФ-КБТ). Третман који укључује на трауму усмерену когнитивно-бихевиоралну терапију требало би да буде доступан особама које имају акутни стресни поремећај или тешки посттрауматски стресни поремећај. (5) Специфичне компоненте реаговања у периоду од једног до три месеца након катастрофе односе се на процену обученог стручњака. Третмани утемељени на доказима требало би да буду доступни за људе који имају потешкоће са менталним здрављем. У складу с наведеним, потребно је омогућити рад или рехабилитацију. Да би се то могло остварити, потребно је планирање и финансирање дугорочног наставка третмана. (6) Специфичне компоненте трајног реаговања

(дуже од три месеца) покривају средишње елементе дугорочног наставка третмана. Могућности рада и рехабилитације требало би осигурати како би се они погођени догађајем могли поновно прилагодити свакодневним животним задацима и бити самостални. Детаљно планирање се изводи заједно са домаћим властима и владама, као и постојећим службама како би се осигурала адекватна додатна средства за подржавање домаћих услуга неколико година након катастрофе (Дробац, 2015: 13).

Стрес код спасилаца и волонтера

Спасиоци, волонтери и хуманитарни радници уопште често су изложени трауматским догађајима. Међутим, узроци стреса код запослених и волонтера често нису насилна или екстремна искуства. Људи који раде као помагачи често налазе смисао у својим задацима и у стању су да се суоче са ситуацијама којима су изложени. Уместо тога, стресне реакције код запослених и волонтера често су узроковане радним условима и организационим припремама (Психосоцијална подршка на нивоу локалних заједница – Приручник за учеснике, 2009). Уобичајени стресни фактори, односно емоционални „окидачи“ који могу довести до изазивања стреса у критичној ситуацији, укључују неуспех у извршавању задатака, кривицу због недовољног учинка, животе који нису спасени, кварове опреме, фрустрацију и беспомоћност, превелике конфликтне захтеве, кашњења, дезорганизацију и/или конфузију (Живковић, Млађан, Антонијевић, 2017: 9). Код тих људи присутни су телесни симптоми страха: убрзан пулс и дисање, поремећај когнитивних функција који се огледа у проблемима у памћењу, сниженој концентрацији, смањеној способности решавања проблема и тешкоћама у комуникацији. Присутан је и феномен идентификације са жртвама, неспособни су да се одморе и доживљавају „конфликт улога“ – имају неконтролисану потребу за спасавањем других људи, често не успевајући да помогну сопственој породици.

Психосоцијалне интервенције, укључујући психолошку прву помоћ, нису намењене само онима који су преживели катастрофе, већ и спасиоцима и помагачима, како би се заштитило

њихово ментално здравље и унапредила њихова психичка добробит да би могли успешно да раде свој тежак посао (Ајдуковић, 2000). Неколико је околности које утичу на понашање и спасилаца и помагача у условима катастрофа. Њихово познавање омогућује самим помагачима, али и организацијама које их ангажују, да предузимају мере за заштиту менталног здравља помагача и осигуравање високог нивоа њиховог учинка. То су: (1) озбиљност и врста догађаја – што су веће размере страдања и последице катастрофе теже, угроженије је ментално здравље помагача; што се помагачи лакше идентификују с погођенима (јер припадају истој заједници, међу погођенима има особа с којима су блиски), то су негативне последице по помагаче веће; (2) претходно искуство с професионалним кризама: начин на који су се оне разрешиле утицаће на реакције у конкретnoj ситуацији – ако су их успешно разрешили, то ће помагаче оснажити и омогућити им да у актуелној ситуацији користе то позитивно искуство. С друге стране, ако с неком ранијом професионално критичном ситуацијом имају лоше лично искуство, то ће вероватно повећати њихове бриге о томе колико ће успешни бити у актуелној ситуацији; (3) помагачева приватна животна ситуација може смањити капацитет успешног суочавања с актуелном професионалном ситуацијом (нпр. развод брака, смрт блиске особе, притисци на послу), због тога што стресори делују кумулативно на повећање нивоа стреса, без обзира да ли делују у приватном или радном окружењу; (4) понашање других током кризног догађаја: то да ли се други спасиоци и помагачи, а нарочито они у руководећим улогама, понашају смирено, рационално и одлучно, или имају слабу контролу над својим понашањем и доносе лоше одлуке, олакшаће или отежати ношење са захтевима помагачке улоге; (5) доступност одговарајуће професионалне подршке (растерећење, сажета интеграција догађаја, саветовање) допринеће томе да одложене реакције буду мање изражене, а помагачи ће се осећати подржано; (6) ставови надређених о томе шта је примерено за помагаче – (не)прихватање чињенице да су изложени високостресним задацима и да сведоче патњи особа погођених катастрофом, што води до стресних реакција, може олакшати или отежати

интеграцију догађаја у постојеће искуство и тако деловати на осећај добробити помагача (Lueger- Schuster, 2011).

Запосленима и волонтерима се може помоћи у неколико кључних тачака да би се смањила могућност развоја проблема изазваних стресом. Примарна интервенција се састоји од правилног, солидног информисања о задацима, као и о стресу и суочавању са емоционалним реакцијама на тешке ситуације. Такве информације припремају помагаче да открију сопствене реакције и пружају им опције за бригу о себи самима и за подршку колегама. Помагачима су потребне речи хвале и сигнали од других да су они и њихов рад цењени. То се назива „брига о помагачима“ (Психосоцијална подршка на нивоу локалних заједница – Приручник за учеснике, 2009). Потребне волонтера и запослених често су сличне потребама људи којима они помажу. Подршка окружења један је од кључних фактора за смањење стреса. То се може постићи на следеће начине: (1) пружањем расположивих савета и подршке од стране менаџера и колега; (2) стварањем организационе културе у којој људи могу отворено да причају и размене проблеме без страха од последица; (3) заказивањем редовних заједничких састанака запослених и волонтера и подстицање осећаја припадности тиму; (4) поштовањем принципа тајности како би људи осећали да је сигурно да причају о стресу и потраже помоћ; (5) креирањем радне културе у којој би окупљање након критичног догађаја било норма, нпр. систем подршке колега; (6) обезбеђивањем да се посао обавља у паровима.

Закључак

Упркос великим разликама у врстама катастрофа, оне су увек нежељени и високо узнемирујући догађаји који погађају велики број људи и доводе до великих промена у функционисању не само појединаца већ и заједнице у целини, па зато захтевају мобилизацију ресурса и координацију различитих служби за суочавање с њиховим последицама. Међутим, јачина стресних реакција разликује се међу појединцима и заједницама, па се тако разликују и потребе за интервенцијама. Улога организација које се баве заштитом и спасавањем јесте да пруже непосредну помоћ

и заштиту, али и психосоцијалну помоћ и подршку. Психосоцијална помоћ је процес олакшавања опоравка појединаца, породице и заједница од последица опасности и има кључну улогу у интервенцијама код катастрофа које укључују велики број страдалог становништва. Синтагма „психосоцијална помоћ“ описује, у суштини, две врсте помоћи, психолошку и социјалну помоћ. Психолошка помоћ је посебна врста контакта која укључује вештину слушања, разумевања, саосећања, емоционалне топлине и безусловног прихватања. Социјална помоћ и подршка односе се на структуру, квалитет и функцију социјалне мреже којој особа припада. Психолошка подршка у оквиру психолошке помоћи реализује се кроз вербални и невербални контакт са унесрећенима. Већина настрадалих има потребу да говори о ономе што се догодило, јер се тек кроз разговор даје смисао несрећи, проверава тачност свог виђења несреће и полако успоставља контрола над емоцијама. Користећи вештину слушања и вештину емпатијског разумевања, обучени помагач помаже унесрећенима да поново успоставе контролу над својим животима, обесхрабрује пасивност и зависност и подржава и најмање кораке у правцу самосталног решавања проблема. Социјална подршка односи се на коришћење ресурса који потичу из социјалне мреже којој унесрећени припадају. Поред помоћи да се брзо успостави ранија социјална мрежа (спајање породица, комшија, пријатеља), стварање нове социјалне мреже у условима катастрофе постаје приоритетни задатак како непрофесионалаца тако и професионалаца.

Током пружања неге и помоћи другим људима, спасиоци и волонтери често нису добро припремљени за сопствене емотивне реакције на ефекте изазване њиховим искуствима. Већина је способна да буде отпорна и у стању је да превлада стресне догађаје и настави са својим животом. Неки спасиоци се, међутим, сламају под стресом и брзо исцрпе своје ресурсе. То може да се деси услед прекомерних захтева или акумулације захтева, како унутар њиховог радног окружења тако и ван њега. Њихова ситуација и проблеми су често у позадини, али се на њихове потребе и реакције мора одговорити. Ако се не реше, ови стресни фактори могу да утичу на здравље и квалитет рада запослених и волонтера.

У овако сложеним условима, у оквиру психосоцијалне помоћи настрадалима најделотворније је решење да се емоционалне тешкоће унесрећених и спасилаца схватају као тешкоће у адаптацији која повремено има регресивни ток али и снажан прогресивни капацитет. Смањивање регресивних токова адаптације и оснаживање прогресивног капацитета јавља се, тако, као приоритетни задатак сваког облика психосоцијалне помоћи у катастрофама.

Литература

1. Ajduković, M. (2000). Krizni događaji i kriza kao psihičko stanje. U: L. Arambašić (ur.), *Psihološke krizne intervencije*. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 33–54.
2. Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., et al., (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 196: 69–74.
3. Birkmann, J., Buckle, P., Jaeger, J., Pelling, M., Setiadi, N., Garschagen, M. et al., (2010). Extreme events and disasters: A window of opportunity for change? Analysis of changes, formal and informal responses after mega disasters. *Natural Hazards*, Vol. 55: 637–669.
4. Brundtland, G. H. (2000). Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 102: 159–161.
5. CRED (Centre for research on the epidemiology of disasters), UNISDR (United nations office for disaster risk reduction). (2016). *Poverty & death: Disaster mortality*, http://cred.be/sites/default/files/CRED_Disaster_Mortality.pdf.
6. Дробац, М. (2015). Европске смјернице за психосоцијално збрињавање након великих несрећа и катастрофа. У: *Психосоцијална подршка дјечи и породици након природних катастрофа*, Друштво психолога Републике Српске, 1–124.
7. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

8. Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Below, R. (2014). *Annual Disaster Statistical Review 2013: The Numbers and Trends*. CRED, Brussels.
9. Herbert, R., Moline, J., Skloot, G., Metzger, K., Baron, S., Luft, B., et al., (2006). The World TradeCenter disaster and the health of workers: Five-year assessment of a unique medical screening program. *Environmental Health Perspectives*, 114: 1853–1858.
10. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70 (4): 283–315.
11. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). *World Disasters Report 2013: Focus on Technology and the Future of Humanitarian Action*, IFRC, Geneva.
12. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2014). *World Disasters Report 2014: Focus on Culture and Risk*, IFRC, Geneva.
13. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (Uputstva IASC o mentalnom zdravlju i psiho-socijalnoj pomoći) (2007). Geneva.
14. Kordić, B., Babić, L. (2018). Psychoanalytic theory of trauma and application in the military environment, In: A. Pešić (Ed.), *Stressin military profession Belgrade: Strategic Research Institute, University of defence & Faculty of Military Science, Stellenbosch University*, 195–207.
15. Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z., Rukavina, L., (2007). *Medix*, XIII(71): 102–106.
16. Lazarus R. S. Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.
17. Lueger-Schuster, B. (2011). Psihološka prva pomoć nakon traumatizacije. *Radni materijali projekta TENTS-TP*. Filozofski fakultet, Zagreb.
18. Moline, J., Herbert, R., Nguyen, N. (2006). Health consequences of the September 11 World Trade Center attacks: A review. *Cancer Investigation*, Vol. 24: 294–301.
19. Noij, E. K. (2000). The public health consequences of disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol. 15: 147–157.

20. Norris, F. H., Elrod, C. L. (2006). *Psychosocial consequences of disaster: A review of past research*. In: F. H. Norris, S. Galea, M. J. Friedman, P. J. Watson (Eds.). *Methods for disastermental health research*, Guilford, New York.
21. Quarantelli, L. (2006). *Catastrophes are different from disasters: Some implications for crisis planning and managing drawn from Katrina*, <http://understandingkatrina.ssrc.org/Quarantelli/>.
22. Reifels, L., Pietrantonio, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb, G., et al., (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: An international perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4: 22897.
23. Welle, T., Birkmann, J., Rhyner, J., Witting, M., Wolfertz, J. (2012). World Risk Index 2012: Concept, updating and results, *In Alliance Development Works (Ed.), World Risk Report 2012 Berlin: Alliance Development Works: 11–26*.
24. Зотовић, М. (2002). Стрес и последице стреса: приказ трансакционистичког теоријског модела. *Психологија*, 35(1–2): 3–23.
25. Живковић, С., Млађан, Д., Антонијевић, С. (2017). Специфичности хитне психолошке помоћи у кризним, ванредним и екстремним ситуацијама. *Безбедност*, 3: 5–27.

Psychosocial Assistance in Disasters

Abstract: *In disaster situations, human lives are essentially altered and followed by different consequences – loss of loved ones, control over own life, feelings of safety and hope. The severity of stress reactions differs among individuals and communities, and hence the need for interventions. The role of the organizations dealing with protection and rescue is to provide first aid and protection, as well as specific psychosocial support. Psychosocial assistance is a process of relieving the recovery of individuals, families and communities from the effects of dangers and plays a key role in interventions that involve vast numbers of affected population. When approaching a person, psychosocial assistance implies including two interacting dimensions: psychological (inner, emotional and thought processes, individual's*

feelings) and social (relationships with other people, social values and community culture). Furthermore, the third dimension implies the first rescuers. Stress can initiate the development of anxiety, occupational burnout, emotional exhaustion and other stress indicators in members of rescue teams.

Bearing in mind the importance of psychosocial programs, their implementation in many projects is supported and it is suggested that psychosocial assistance become an integral part of the emergency response and public healthcare system.

Key words: *disaster, stress, health disorder, resistance, psychosocial assistance.*