

Pszichológiai elsősegély

Urbán Nóra pszichológus-őrnagy

Kulcsszavak: distressz, pszichológiai elsősegély, debriefing reziliencia

Az elmúlt néhány évben a traumatikus eseményeket követő preventív jellegű beavatkozásokat kutatva a korai intervenciók kerültek a figyelem középpontjába. A traumát követő leghatékonyabb azonnali beavatkozások meghatározásához számos tényezőt kell figyelembe venni, így az esemény jellegzetességeit, az intervenciók stratégiák célját, és az időzítést az elérhető források, eszközök nyújtotta lehetőségeket. A túlélőknek, áldozatoknak nyújtott intervenciók két nagy kategóriájáról számol be a szakirodalom: a *pszichológiai debriefingről*, amely elsősorban az érzések és érzelmek katartikus ventillációját helyezi középpontba; a *pszichológiai elsősegélyről*, amely az egyén viselkedésére fókuszál és a reziliencia, azaz a rugalmas ellenállóképesség fejlesztésének segítségével, a stresszel való megküzdést támogatja. Az elmúlt években a randomizált, kontrollált tanulmányok során a debriefing modellről kiderült, hogy több esetben inkább ártalmas lehet és akár az áldozatok, akár a mentőalakulatok személyzeténél újra-traumatizálódást is okozhat. Az újabb tanulmányok ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy az egyéni és a közösségi rezilienciát előmozdító koncepcióra épülő beavatkozás eredményekképpen kevésbé valószínű a poszttraumás stresszbetegség és más traumával összefüggő zavarok kialakulása.

Számos tanulmány foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy vajon mennyire hatékonyak a traumát követő azonnali pszichológiai intervenciók a patológiás állapotok kialakulásának megelőzésében [4]. A korai intervenciók egyik kritikus pontja, hogy a szűrések, felmérések során megfelelően sikerüljön azonosítani azokat az áldozatokat, akiknek valóban szükségük van úgynevezett specifikus beavatkozásokra. A traumát követően kialakuló distressz és az akut stresszreakció tünetei (pl. érzéketlenség, dermedtség állapota, külvilágtól való elfordulás, emlékezeti problémák,

alvászavar, koncentrációs nehézségek, fokozott készenlét, ingerlékenység, stb.) még teljesen normális és nem patológiás reakcióknak számítanak. A pszichológiai adaptáció természetes folyamatával kapcsolatosan egyes szerzők bizonyítékokat is felmutatnak, miszerint traumát követően a kezdeti magas százalékban jelentkező distressz, akut stresszreakció, sőt akut stresszbetegség és poszttraumás stresszbetegség tünetei, kezelés és beavatkozások nélkül 3-4 hónap után minimálisra csökkentek [4, 8]. Mindez két fontos kérdést vet fel: kell-e azonnal beavatkozni traumát követően, il-

letve nagyobb hangsúlyt érdemes-e fektetni a felmérés és szűrés folyamatára, így a rizikópopuláció azonosítására [21].

A traumát követő akut beavatkozások két csoportját különböztethetjük meg:

1. akut specifikus pszichológiai intervenciókat (pszichoedukáció, debriefing, kognitív-viselkedésterápiás technikák),
2. közvetlenül az eseményt követően, még a helyszínen nyújtott pszichológiai elsősegélyt.

Az akut intervenciók közös célja a traumát elszenvedők esetében a distressz csökkentése, a patológiás állapotok, így az akut stresszbetegség és a poszttraumás stresszbetegség kialakulásának a kivédése, valamint a trauma feldolgozásának a segítése. Elsősorban rövid pszichológiai technikák alkalmazását jelenti. A rizikópopuláció (pl. traumatikus események civil áldozatai azok, akik hivatásuk, szakmájuk révén traumatizálódnak), azaz a patológiás állapotok kialakulása szempontjából veszélyeztetettek ellátása, már a specifikusabb pszichológiai és pszichoterápiás intervenciók alkalmazását jelenti. Ezek kifejezett célja csökkenteni és kivédeni a további maladaptív emocionális, kognitív és viselkedéses mintázatok kialakulását, segíteni a trauma feldolgozását [18].

A pszichológiai elsősegély (Psychological First Aid, továbbiakban PFA) egy bizonyítékok által támogatott modell, amelynek segítségével katasztrófákat, terroreseményeket követő néhány órán, napon belül a beavatkozó alakulatok pszichológiai segítséget nyújtanak a túlélőknek, áldozatoknak a trauma közvetlen negatív hatásainak csökkentésében [5]. PFA célja csökkenteni a trauma által okozott kezdeti distressz tüneteit, erősíteni a rövid és a hosszútávú adaptív mű-

ködést és megküzdést. A PFA technikája a következő négy alapelvre épül:

1. a traumát követő rugalmas ellenállóképesség (resiliency) és rizikófaktorok kutatási eredményeivel összhangban legyen,
2. gyakorlatban széles körben alkalmazható legyen,
3. az alkalmazása a különböző életkori fejlődési szinteknek megfelelő legyen,
4. a kulturális különbségeknek megfelelően rugalmasan alkalmazható legyen.

A PFA feltételezi, hogy traumát követően nem minden túlélő esetében alakul ki súlyos mentális probléma, ugyanakkor a korai reakciók (fizikai, pszichológiai, viselkedési, spirituális szinten) széles skálája jelentkezhethet az áldozatoknál. E reakciók okozhatnak olyan mértékű distresszt, amely megakadályozza az adaptív megküzdési folyamatokat, így a gyógyuláshoz szükség lehet a támogató és gondoskodó segítségre. A PFA nem jelent specifikus intervenciót, nemcsak pszichológus, pszichiáter, illetve pszichoterápiás végzettségű szakember nyújthatja. Többnyire a katasztrófa elhárításban résztvevő elsőként reagáló, sürgősségi, illetve mentőalakulatok, teamek erre kiképzett szakemberei által végzett segítő beavatkozásról van szó.

Történeti háttér

Az 1970-es évek végétől, a 80-as években a katasztrófavédelem, katasztrófa elhárítás gyakorlatában az eredetileg katonai alkalmazásra kifejlesztett úgynevezett Kritikus Események Stresszkezelő (Critical Incident Stress Management, továbbiakban CISM) modellje terjedt el [17]. A modell kialakítása *Everly és Mitchell* [6] nevéhez kötődik (*Mitchell* modellnek is nevezik), akik

felhívják a figyelmet arra, hogy gyakran helytelenül, nem megfelelő módon használják az általuk kifejlesztett technikát. Hangsúlyozzák, hogy nem pszichoterápiás eljárásról van szó, hanem sokkal inkább a pszichológiai elsősegély egyik formájáról, amely több lépcsőfokból, komponensből áll és ezeket külön-külön helytelen használni. A CISM hét komponense a következő:

1. a kritikus esemény előtti, előkészületi fázis, ahol a helyzettel kapcsolatos elvárásokat, feltételezéseket összegzik,
2. csoportos beszámoló, a helyzetből fakadó distressz kezelése, ventiláció,
3. ha jelen vannak a dekompenzáció tünetei, azok direkt beavatkozásokkal történő kezelése,
4. kritikus eseményt követő stressz debriefing (Critical Incident Stress Debriefing),
5. a tünetek kezelése folyamatos a krízist követő néhány napos periódus alatt,
6. amennyiben szükséges – egyéni intervenciók,
7. családi illetve csoportos intervenciók.

Ezt a modellt később széles körben adaptálta a rendőrség és tűzoltóság a sürgősségi ellátásban. A modell legellentmondásosabb pontja a debriefing fázisa, amelyre az eseményt követő 24 órán belül kerül sor [10]. A debriefing alapvető aspektusai a következők: csoportos környezetben történő ventiláció lehetősége a traumával kapcsolatban, a reakciók normalizálására történő törekvés és az edukáció a traumát követő későbbi pszichológiai reakciókról. Az 1990-es évek közepétől a kutatások vizsgálni kezdték a debriefing hatékonyságát. A legtöbb vizsgálat és áttekintő tanulmány szerint a debriefing nem segít sem a PTSD megelő-

zésében [13, 1], sem a traumával kapcsolatos más tünetek enyhítésében [19], sőt bizonyos esetekben ártalmas is lehet [11] [9]. Vajon mi lehet az oka, hogy a pszichológiai debriefing nem eredményes az alkalmazkodás segítésében? Feltehető, hogy a debriefing egyes faktorai lehetnek felelősek a negatív eredményekért. Így a trauma eseményeinek és az ezekkel kapcsolatos érzelmeknek a részletes feltárása, átélése közvetlenül az expozíció után, magas aktivációs szintet eredményezhet, amelynek csökkentésére a debriefing során nincs lehetőség [3, 16]. Sokszor inkább „medikalizálja” a normál distressz folyamatát, azzal, hogy generálja a patológiás válaszokkal, állapotokkal kapcsolatos elvárásokat. A debriefing korai intervencióként történő alkalmazásával kapcsolatos viták mind a mai napig tartanak.

A 2001. szeptember 11-i terrortámadást követően az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) által közölt tények, adatok, publikációk egyre inkább a rugalmas ellenállóképesség (reziliencia) szerepére helyezték a hangsúlyt a traumatikus eseményekkel kapcsolatban [10]. Hangsúlyozzák, hogy a legtöbb egyén rendelkezik olyan képességekkel, amelyek segítségével képes megküzdeni a stressz igen magas szintjével is. Az APA definíciója alapján a rugalmas ellenállóképesség egy olyan adaptációs folyamat, amelynek segítségével kezelhetővé válik egy nehéz élethelyzet, szerencsétlenség, tragédia, trauma. A rugalmas ellenállóképesség, segítségével az egyének hatékonyan képesek megküzdeni a trauma okozta distressz tüneteivel.

A reziliencia fogalma elsőként a fejlődépszichológia területén tűnt fel, amikor szélsőséges életeseményeknek kitett gyermekek viselkedését tanulmányozták. Később a „resiliency” kutatások egyre inkább kiterjedtek olyan populációkra,

amelyek hivatásukból eredően extrém, különleges helyzetek résztvevői, traumatikus események elszenvedői, illetve szemtanúi voltak (pl. erőszak, halál), így a katonák és más fegyveres testületek, vagy civil mentőalakulatok és segélyszervezetek munkásai. E különösen veszélyeztetett populációk esetében kiemelkedő jelentőségűvé vált a rugalmas ellenállóképesség protektív szerepe a stressz-reakciók és pszichopatológia szempontjából. Számos elmélet foglalja a reziliencia koncepciójával, azonban mindmáig nem született egységes definíció. Jelenleg két megközelítés jellemző [20]: az egyik *Bonanno*-é, amely egy szűkebb definíció, a másik pedig egy szélesebb, tágabb értelmezésű. *Bonanno* egyszeri, rövid ideig tartó trauma hatását veszi figyelembe. A rugalmas egyén ennek során átélhet rövid idejű érzelmi, fizikai diszregulációt, változásokat, de ezt követően képes folytatni és teljesíteni a személyes és szociális feladatait, és akár pozitív érzelmeket megélni. A definíció hátránya azonban az, hogy elmosódik a különbség a gyógyulás és a reziliencia fogalma között, másrészt nem veszi figyelembe a krónikus stressz, trauma hatását. *Bonanno* definíciójával ellenkezően sok kutató önálló, egymástól jól elhatárolt konstrukcióként kezeli a gyógyulás és a reziliencia fogalmát. E megfogalmazások közül egyesek a rugalmas ellenállóképességet egy dinamikus és kontextusfüggő konstrukcióként írják le, amely jellemezhető akár a stressz indukálta tünetek hiányával, de akár e tünetek oldódásának (gyógyulás) természetes folyamatával is. További különbségek abból is adódnak, hogy ki miből, milyen „forrásokból” származtatja a pszichológiai ellenállóképességet. Néhány kutató egyéni belüli forrásokat fogalmaz meg, mások viszont úgy vélik, hogy inkább többféle és nemcsak egyéni belüli forrásokból alakulhat ki a reziliencia, így figyelembe kell venni

akár pszichológiai és diszpozicionális tulajdonságokat, valamint a szociális kontextust is (pl. családi és egyéb külső támogató hálózat). Általában mindegyik megközelítés összefüggésbe hozza a reziliencia fogalmát más hasonló és átfedő konstrukciókkal így a „szívósság” (hardiness), „erősödés” (thriving) és a „poszttraumatikus fejlődés” (posttraumatic growth) fogalmaival.

A katasztrófák és terrorcselekedeteket követő azonnali pszichológiai beavatkozások területén a legújabb tanulmányok az egyéni és a közösségi reziliencia koncepciójára fókuszálnak, azaz a természetes normalizációs folyamatok megsegítését tűzik ki célul. Számos modellt dolgoztak ki a kutatók, amelyek a rezilienciára épülnek. Így: *Blythe és Slawinski* „reziliencia-kezelő” (resiliency management model) [2], *Lahad* a BASIC Ph [15], *Mansdorf* és munkatársainak modellje [10], amely az előzőek kombinációját alkalmazza háborús körülmények között, valamint a pszichológiai elsősegély (PFA) [5].

A pszichológiai elsősegély (Psychological First Aid, PFA) alkalmazása a gyakorlatban

A PFA egy olyan strukturált beavatkozás, amelyet az elmúlt néhány évben fejlesztettek ki a pszichológiai debriefing alkalmazása helyett, súlyos traumákat követő distressz kezelésére. Alapelveit és technikáját a National Center for Child Traumatic Stress Network és a National Center for PTSD (továbbiakban NCTSN) munkatársai dolgozták ki és fektették le a Field Operation Guide for Psychological First Aid című kiadványban [5].

A PFA lehetővé teszi a segítőknek, hogy a traumatizáltak, a túlélők számára minél hamarabb biztosítsák a szükségleteket, és

képesek legyenek rugalmas módon támogatást nyújtani számukra. A gyakorlatban is bevált, úgynevezett tájékoztató jellegű bizonyítékokkal alátámasztott stratégiákat tartalmaz, amelyek a katasztrófák esetén széles körben alkalmazhatóak. Hangsúlyozza, hogy az intervencióknak mind fejlődési szempontból, mind kulturálisan is alkalmazkodni kell a különböző életkorú és háttérű áldozatok igényeihez. Útmutatók segítségével további információt szolgáltat a fiataloknak, felnőtteknek, családoknak, stb. a később igénybe vehető gyógyítási lehetőségekről.

A pszichológiai elsősegély alapvető céljait nyolc pontban fogalmazzák meg:

1. Kontaktus és elköteleződés,
2. Biztonság és komfort,
3. Stabilizáció,
4. Információszerzés: aktuális szükségletek és aggodalmak,
5. Gyakorlati (praktikus) segítségnyújtás,
6. A szociális támogató hálózattal történő kapcsolatfelvétel (családtagok, barátok, stb.),
7. Információ a stresszre adott reakciókról, a megküzdés lehetőségeiről,
8. Kapcsolatfelvétel az együttműködő szervezetekkel.

Ezek gyakorlati megvalósításai a következő módon történhetnek:

- Emberi kapcsolatok létesítése finom, nem erőszakos módon.
- Azonnali biztonságérzet fokozása, fizikai és emocionális komfort lehetővé tétele.
- Az érzelmileg túlterhelt és összezavarod-

dott túlélők megnyugtatása és tájékoztatásuk segítése.

- Segíteni a túlélőknek, hogy részletesen mondják el, mi az, amire azonnal szükségük van, mi az, amiért leginkább aggódnak, és amennyiben szükséges ehhez a megfelelő információkkal ellátni őket.
- Segíteni a túlélőknek, hogy minél hamarabb kapcsolatot tudjanak teremteni a számukra fontos szociális támogató közösséggel, így a családtagokkal, barátokkal, szomszédokkal, stb.
- Az adaptív megküzdés, erőforrások támogatása, mind a felnőttek, mind a gyermekek bátorítása abban, hogy aktívan vegyenek részt a gyógyulási folyamatban.
- Információnyújtás és edukáció arról, hogyan lehet a trauma, katasztrófa hatásaival hatékony módon megküzdenni.
- Fontos tisztában lenni a saját kompetenciáinkkal és felhasználhatóságunkkal és amennyiben szükséges a túlélőt egy másik segítőhöz, esetlegesen a helyi gyógyító rendszerhez, mentálhigiénés szolgálathoz, stb. kell irányítani.

Az NCTSN irányelvei meghatározzák a segítők viselkedését is, és külön felhívják a figyelmet a gyerekekkel, idősekkel, a rokkantakkal való bánásmódra. A következőkre kell odafigyelni a pszichológiai elsősegély nyújtása során:

- Először udvariasan figyeljünk, ne legyünk tolakodóak, majd egyszerűen és tiszteletudóan kérdezzük meg, miben tudunk segíteni.
- A kontaktusteremtés gyakori eszköze és módja, ha gyakorlati segítséget nyújtunk, biztonságba helyezük az áldozatokat (pl. víz, élelem, takaró adása).

- Legyünk felkészülve arra, hogy a túlélők kezdetben visszautasíthatják a segítséget és a kapcsolatfelvételt.
- Beszéljünk nyugodtan, legyünk türelmesek, készségesek és érzékenyek.
- Beszéljünk lassan, egyszerű és konkrét fogalmakat használva.
- Ha az áldozatok szeretnének beszélni, hallgassuk meg őket. Figyeljünk arra, hogy mit akarnak nekünk mondani, és hogyan tudunk nekik segíteni.
- Pontos, direkt és konkrét információnyújtás arról, amire szüksége van az áldozatoknak, figyelembe véve az életkorukat.
- Ne felejtjük el, hogy a PFA célja a distressz csökkentése, az azonnali szükségletek kielégítésében való segítség, az adaptív működés elősegítése és nem a trauma és veszteségek részletes beszámoltatása.

Az irányelveknek megfelelően elkerülendők:

- Ne alkossunk feltételezéseket arról, hogy a túlélők milyen élményeken mehettek keresztül, mit tapasztalhattak.
- Ne feltételezzük azt, hogy mindenki, aki túlélte a katasztrófát, egyben traumatizálódott is.
- Ne patológizáljunk. A legtöbb akut reakció érthető és a helyzetnek megfelelően elvárható. Ne címkézzük a reakciókat betegség tüneteiként, ne adjunk diagnózist.
- Ne beszéljünk sajnálattal és leereszkedően az áldozatokkal, ne fókuszáljunk a tehetlenségükre, gyengeségükre, hibáikra.
- Ne feltételezzük azt, hogy minden túlélő beszélni akar velünk. Gyakran a fizikai jelenlét is megnyugtató lehet és segíthet ab-

ban, hogy az egyén biztonságban érezhesse magát, és képes legyen küzdeni.

- Ne végezzünk debriefinget azzal, hogy részletesen beszámoltatjuk az áldozatokat a történekről.
- Ne adjunk pontatlan információt. Amennyiben nem tudunk válaszolni a túlélők kérdéseire, inkább ismerjük meg a tényeket.

Néhány speciális eset

Terrorizmus

Annak ellenére, hogy számos definíciója és megközelítése létezik a terrorizmus jelenségének, a terrorakciók által kiváltott pszichológiai állapot gyakran nem különbözik más traumatikus eseményeket követő mentális jelenségektől. Éppen ezért a beavatkozások esetében is többnyire a hagyományos kezelésre, azaz az akut és poszttraumás stresszbetegség tüneteinek csökkentésére helyeződik a hangsúly. A terrorcselekedetek áldozatait, így ellátásukat is, azonban el kell különítenünk a trauma egyéb típusainak áldozataitól [10].

Elsőként, a terrorakció nemcsak megjósolhatatlan (mint egyes katasztrófák), de ember által okozott, szándékosan előidézett, többnyire politikai, szociális, radikális ideológiai célokkal magyarázott brutális, romboló esemény. Az erre adott reakciók intenzívebbek, fokozottabbak, időben is tartósabbak, mint a katasztrófák esetében.

Másodszor, míg a „hagyományos” katasztrófák elsősorban az áldozatokra és a mentőalakulatok személyzetére hatással vannak, addig egy terror esemény akár az egész világra, mint „közönségre” hatással lehet. A szeptember 11. után egy tanulmány során [14] kimutatták, hogy az ország fel-

nőtt lakosságának 44 %-ánál, gyermekek 35 %-ánál jelentkeztek a stresszreakciók tünetei.

Harmadszor és talán a legfontosabb, hogy a terror egy folyamatosan jelenlévő, anticipált személyes fenyegetettséget jelent később az áldozatoknak, de az érintett társadalomnak, közösségnek is egyaránt az egész életük során. A terrorfenyegetettség folyamatos, permanens és állandó éberséget igényel, amely nem jellemző a trauma más típusaira és a katasztrófákra sem.

A terrorcselekmények áldozatainál szinte minden esetben kialakul valamilyen viselkedéses reakció az eseményre, de nem minden esetben van szükség professzionális klinikai intervencióra. A viselkedéses szinten megjelenő tünetek és a distressz miatt azonban a terroreseményeket követően a pszichológiai elsősegély szükséges. A terrortámadásokat követő intervencióknak a következőket kell szem előtt tartani [10]:

1. A terror akut hatása idővel mérséklődik és nem minden reakció eredményez hosszabb távon klinikai szintű károsodást. Tehát formális pszichológiai kezelésre sincs minden áldozatnak szüksége.

2. Amennyiben a distressz egyértelmű tünetei jelentkeznek és a beavatkozás szükségesnek ítéhető, akkor elsősorban „multimodális” szempontból érdemes az intervenciót alkalmazni, amely mind a szociális támogatást, mind az egyéni megküzdő készséget igyekszik erősíteni. Így a korai beavatkozások közül ezt a pszichológiai elsősegély teremt meg az azonnali fázisban, amely nem hangsúlyozza az esemény traumatikus aspektusát még azoknál az áldozatoknál sem, akiknél a tünetek jelen vannak.

3. A súlyos és később is tartósan jelenlévő

tünetek esetében azonban nélkülözhetetlenek a formális pszichológiai és farmakológiai kezelések.

Katonai alkalmazás [7]

Katonai műveletek, harcok során kiemelkedően fontos a katonák fizikai és lelki erőnlétének a biztosítása, illetve megtartása. A fizikai sérülések, a betegségek akár az ezektől és a haláltól való félelem, a műveletekkel járó szélsőséges stressz fokozott érzelmi megterhelést jelenthet még a jól kiképzett, felkészített katonák számára is. A pszichológiai elsősegély nyújtása, akár a bajtársak, akár a parancsnokok részéről, segíthet a katonák mentális és fizikai erőnlétét megtartani akár normál körülmények, de főleg az extrém, szélsőséges, ellenséges körülmények között zajló műveletek során. Katonai műveletek során gyakori, hogy az érzelmi sérüléseket inkább hajlamosak negligálni, bagatellizálni. Ha egy katonának, például, súlyosan megsérül a bokája, senki sem várja el tőle (kivéve a sérült ember saját magától), hogy tovább gyalogoljon a saját lábán. Annak a katonának, akinek az érzelmi stabilitása sérül meg, ez a sérülés ugyanolyan valódi, mint akinek a lába sérül. Sajnálatos tendencia, hogy csak annak tulajdonítunk nagyobb figyelmet, amit látunk, így a fizikai sebesüléseknek, vérzéseknek, és azt feltételezzük, hogy a lelki és érzelmi sérülések csak fantáziálások, egy kis akarat erővel át lehet őket vészeln.

Pszichológiai elsősegélyre leginkább akkor van szükség, amikor egy katona a fokozott érzelmi feszültség (distressz) következtében képtelen végrehajtani a feladatát, küldetését. A stressz természetesen elkerülhetetlen a harcok, az ellenséges körülmények során. A legtöbb érzelmi reakció, normál esetben átmeneti, és támogatás, bátorítás segítségével az illető folytatni tudja a feladatát.

Amennyiben a stresszreakciók súlyos bémultságot, zaklatottságot okoznak, és tartósabban fennállnak, nemcsak az egyénre nézve lehetnek veszélyesek, hanem az egész katonai egységre, alakulatra átterjedhetnek. Bizonyos esetben az egyének képesek jól funkcionálni a szélsőséges körülmények között, megfelelően ellátni a feladatukat, náluk az érzelmi „sérülések” később jelentkezhetnek, befolyásolva az életminőséget, a munkahelyi teljesítményt. A rendőrök, a tűzoltók és más sürgősségi ellátásban résztvevő személyek tapasztalatai alapján, katasztrófák során a rutinszerűen nyújtott pszichológiai elsősegély csökkentheti a későbbi poszttraumás stresszbetegség és más patológiás állapotok kialakulásának esélyét.

A katonai feladatok végrehajtása közben gyakoriak lehetnek a fizikai sérülések, sebesülések. Minden sérült személy érzelmiileg is reagál arra a tényre, hogy megsérült. Ilyenkor nem érzik magukat biztonságban, szoronganak és megijednek, nemcsak attól, ami éppen velük történt, hanem attól is, hogy mi lesz a sérülésük következménye. Gyakran érzelmiileg irritáltak lesznek, kiszámíthatatlanok és nem tudnak megfelelően együttműködni. Ebben az esetben türelemre, biztonságba helyezésre, bátorításra, támogatásra mindenképpen szükség van a sérültnek.

A „harctéri kifáradás” (Battle Fatigue) egy átmeneti érzelmi zavar, illetve működési képtelenség, amelyet a korábban teljesen egészséges katonák is megtapasztalhatnak a harcokkal, ütközetekkel, katonai műveletekkel járó nyomasztó és kumulatív stressz során. Fizikai fáradtság, alvási nehézségek általában jelen vannak, de nem szükségszerűek. A katonák ilyenkor, néhány órától, néhány napig terjedő időszakban, képtelenek megfelelően teljesíteni a feladataikat. A legtöbb esetben megnyugtatóssal, pihenéssel,

fizikai feltöltődéssel át lehet segíteni őket ezen az állapoton, és ezt követően visszailleszthetőek a feladatkörükbe.

A harci stresszreakció (Combat Stress Reaction) egyes negatív viselkedésbeli megnyilvánulásai azonban más jellegű kezelést igényelnek. Ilyenek, mint a drog- és alkoholabúzus, a foglyokkal és az ellenséges, de nem katonai személyekkel szembeni atrocitások elkövetése, fosztogatások, szökések, önsértő sebesülések, stb. Ezeket az ártalmas viselkedésbeli tüneteket – amelyek hátterében személyiségtényezők is állhatnak – gyakran megelőzhetjük egy megfelelően időzített és jó pszichológiai elsősegéllyel. Amennyiben ezek a viselkedések megjelennek, mindenképpen fegyelmi eljárást is igényelnek. Természetesen a harci stresszreakció alapvető tünetei lehetnek: kifejezett érzelmi reakciók, az alkalmazkodóképesség elvesztése, alvási, koncentrációs problémák, bizonyos helyzetek újraátélése, ismétlése, stb. Ennek kezeléséhez a pszichológiai elsősegély már nem elegendő, szükség van a harctérről történő kiemelésre, esetleg specifikus pszichológiai intervenciókra. Rövid gyógyulás után azonban visszahelyezhetőek a katonák a feladatkörükbe.

A pszichológiai elsősegély célja a katonai alkalmazás során

1. Támogatás nyújtása, hogy a katona megfelelően tudja kezelni, oldani a distressz tüneteit.
2. A megelőzés, vagyis a katona viselkedése ne legyen ártalmas sem saját magára, sem másokra.
3. A katonai szolgálatba, feladatkörbe történő minél gyorsabb visszahelyezés segítése.

A katonai helyzetekben történő alkalma-

zása során mindazon tényezők lényegesek lehetnek, amelyek általánosságban is jellemzőek a PFA-ra. Jelen esetben nemcsak speciális, erre kiképzett személy nyújthatja, hanem akár a másik katonatárs, de a parancsnok is. Éppen ezért érdemes lehet a felkészítések során erre is figyelmet szentelni.

Alapvető eszközök:

1. biztonságba helyezés (minden téren) és adekvát pihenés, ellátás biztosítása;
2. megnyugtató és türelem;
3. esetlegesen ventilációs lehetőség a megnyugvás után;
4. a félelem, szorongás kontrollálása aktivitásba történő bevonáson keresztül;
5. az aktivitáson keresztül eltereli a figyelmet a félelemről, érzelmi feszültségről, levezetheti a feszültséget, és hasznosnak élheti meg magát (önbizalom!);
6. a csoportos tevékenységek során a tagok, társak egymásnak nyújthatnak támogatást.

Összegzés

A pszichológiai elsősegély nagyszerűsége abban rejlik, hogy bármilyen körülmények között, különböző traumatikus helyzetekben alkalmazható, megfeleltethető az azonnali, sürgősségi ellátás egyik eszközének, de akár gyakorlati eligazításként, információnyújtásként is szolgálhat az adott körülmények között [17]. A PFA elsősorban a rugalmas ellenállóképesség, azaz a reziliencia koncepcióját tette magáévá, mind individuális, mind közösségi szinten, amely révén növelhető az énhatékonyság és csökkenthető az áldozattá válás és a függőség állapota. Mialatt folyamatosan fennáll az igény a PFA

alapelveinek és alkalmazhatóságának értékelésével, kutatásával kapcsolatban, addig egy randomizált, kontrollált vizsgálat kivitelezése spontán kialakuló katasztrófa helyzetben számos etikai és kutatási nehézséget jelentene. A kutatások mégis igyekeznek a PFA hatékonyságával kapcsolatban további bizonyítékokat szolgáltatni.

A legfontosabb ígérete tehát a pszichológiai elsősegélynek, hogy támogatja az egyéni és közösségi rezilienciát, csökkenti az akut distressz tüneteit a katasztrófákat követően, segíti a rövid és hosszú távú adaptív működést. *Napoli* [12] a következő tulajdonságokat tartja alapvetőnek a reziliencia meglétéhez: megfelelő optimizmus, aktív megküzdés és problémamegoldás, hatékonyság érzése szemben a félelem érzésével, érzelmi önszabályozás, elköteleződés közösségi feladatokban, pozitív önértékelés, belső kontroll, fejlődési motiváció, képesség arra, hogy a traumatikus helyzetek tehetetlenségéből a tanult leleményesség megélése alakuljon ki, a humor és a jelentés keresés/adás. A PFA leglényegesebb tétele, amely minden esetben az első, kezdeti irányelv a gyakorlati alkalmazás során: „Primum non nocere!” azaz „Elsősorban ne tégy kárt!”.

IRODALOM

- [1] *Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S.*: Psychological debriefing. In: *Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (Eds.): Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, New York, Guilford Press, 2000.
- [2] *Blythe, B., Slawinski, T.*: When doing the right thing might be wrong. Research questions the value of a widely used crisis response. *Behav. Healthcare Tom.*, 2004, 13: 38-40
- [3] *Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., et al.*: A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 2000,

- 109(2): 341-344.
- [4] Bryant, R. A.: Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 2003, 53: 789-795.
- [5] Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., et al.: *Psychological First Aid: Field operations Guide*, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network. National Center for PTSD, 2006.
- [6] Everly, G., Mitchell, J. T.: *Critical Incident Stress Management(CISM). A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing, 1997.
- [7] First aid for psychological reactions. In.: *First Aid Field Manual No. 4-25.11. Navy Tactical Reference Publications No. 4-02.1. Air Force manual No. 44-163(I). Chapter 8*. 2002, Washington, DC, Headquarters Department of the Army, the Navy, and the Air Force.
- [8] Friedman, M.: Every crisis is an opportunity. *CNS Spectrums*, 2005, 10(2): 96-98.
- [9] Kenardy, J.: The current status of psychological debriefing. *British Medical Journal*, 2002, 321(7268): 1032
- [10] Mansdorf, I. J.: Psychological interventions following terrorist attacks. *British Medical Bulletin*, 2008, 88:7-22.
- [11] Mayou, R. A., Ehlers, A., Hobbs, M.: Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176: 589-593.
- [12] Napoli, J. C.: Resiliency, resilience, resilient: A paradigm shift? <http://www.resiliency.us>
- [13] Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., Kirk, M.: A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 1999, 29: 793-799.
- [14] Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. et al.: A national survey of stress reactions after the September 11, 2001. terrorist attacks. *National English Journal of Medicine*, 2001, 345: 1507-1512.
- [15] Shacham, M., Lahad, M.: Stress reactions and coping resources mobilized by children under shelling and evacuation. *Australian Journal of Disasters Trauma Studies*. 2004, 2.
- [16] Shalev, A. Y.: What is posttraumatic stress disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62, Suppl. 17: 4-10.
- [17] Uhernik, J. A., Husson, M. A.: *Psychological First Aid: An evidence informed approach for acute disaster behavioral health response*. In. Walz, G. R., Bleuer, J. C., Yep, R. K. (Eds.): *Compelling counseling interventions: VISTAS 2009*. pp. 271-280. Alexandria, VA, American Counseling Association, 2009.
- [18] Urbán N.: Fokozott pszichés veszéllyel járó missziós szolgálatok. Az elsődleges prevenció szerepe a traumatizálódás kivédésében. *Honvédségi Szemle*, 2009, 63(5): 25-27.
- [19] Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., Emmelkamp, P. M. G.: Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 2002, 360: 766-771.
- [20] Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., et al.: *Literature Review of Concepts Psychological Resiliency*, Toronto, Defence R&D Canada, 2006.
- [21] Watson, P. J., Shalev, A. Y.: Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrum*, 2005, 10(2): 123-131.

Maj. Nóra Urbán clin. psych.

Psychological first aid

Finding preventive interventions following traumatic events, the field of posttraumatic early intervention has received much attention in the last few years. Determining the most effective early interventions following traumatic events depends on lot of factors, including available resources, the nature of event, the goals of intervention strategies and the timing of the intervention. Two broad categories of intervention for victims have commonly been reported in the literature: psychological debriefing, that includes a cathartic ventilation of feelings and emotions; and the psychological first aid model, that focuses on personal behaviour

and the fostering of coping by promoting the resilience of affected individuals. Debriefing models have been shown to potentially cause harm and re-traumatization of survivors and first responders. The new studies on the concept of individual and community resiliency have proved that the majority of people after disaster do not develop

Posttraumatic Stress Disorder or other trauma-related disorders.

Key-words: distress, psychological first aid, debriefing, resiliency

Urbán Nóra p.őrgy.

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.