BY-NC-ND

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2016, 1(9) p. 0–00

SOCIALINIO ATSPARUMO PO EKSTREMALIŲJŲ ĮVYKIŲ STIPRINIMAS: PIRMOSIOS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS TEIKIMO PRINCIPAI

Vilma Miglinė

Mykolo Romerio universitetas Sveikatos tyrimų laboratorija
Ateities g. 20, LT-08303Vilnius, Lietuva
Telefonas (8 5) 271 4625
Elektroninis paštas: vilma.migline@gmail.com

Pateikta 2015 m. rugsėjo 1 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 15 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-07

Santrauka

Visame pasaulyje didėja susirūpinimas ne tik dėl klimato kaitos pasekmių, kurios pasireiškia dažnėjančiomis ir aštrėjančiomis gamtinėmis ekstremaliosiomis situacijomis. Didžiulį susirūpinimą kelia ir kintama geopolitinė situacija, todėl dažnėja kariniai konfliktai, teroristiniai išpuoliai, didėja pabėgėlių srautas į Europos šalis. Šiame kontekste per ateinančius metus ir dešimtmečius svarbiausia bus gebėti efektyviai prisitaikyti prie greitai kintančio pasaulio ir tinkamai pasirengti grėsmėms, galimai kylančioms valstybei ir žmonėms.

Tyrimai rodo, kad galimai traumuojamieji įvykiai, tokie kaip, karai, gamtinės ir technologinės katastrofos bei ekonominės krizės turi neigiamų psichologinių pasekmių. Traumuojamųjų įvykių poveikis turi savybę kauptis. Užsitęsę traumuojamieji įvykiai sukelia ypač neigiamas pasekmes tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai. Todėl siektinas tikslas – sustiprinti visuomenės socialinį atsparumą, kad tokios visuomenės gebėtų neutralizuoti bet kokio sukrėtimo poveikį ir laiku atsigauti po jo.

Šio straipsnio tikslas – atlikus mokslinės literatūros ir praktinių pavyzdžių analizę, pagrįsti pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principų svarbą ir pateikti siūlymus siekiant didinti socialinį atsparumą ekstremalių įvykių kontekste.

Atlikta analizė patvirtina, kad įvairios psichologinės intervencijos yra efektyvios siekiant išvengti psichikos sveikatos sutrikimų ir gydant ankstyvąsias trauminio streso reakcijas. Kaip priimtiniausia intervencijos forma po traumuojamųjų įvykių rekomendauojama pirmoji psichologinė pagalba. Pagrindiniai šios inter-

vencijos tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas, kurie ir atsispindi penkiuose pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principuose. Kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo organizavimas ir suteikimas laikantis šiuolaikinių, moksliškai pagrįstų principų, žymiai prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo.

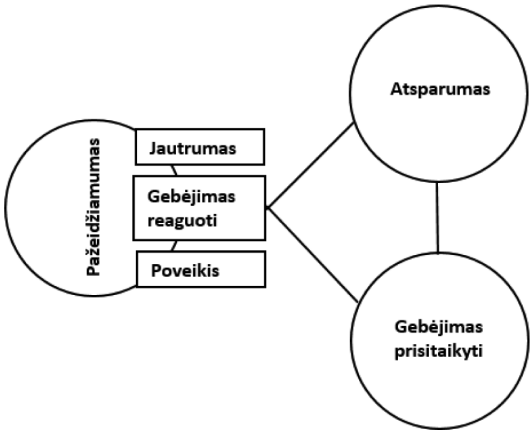
Reikšminiai žodžiai: *pirmoji psichologinė pagalba, psichinė sveikata, ekstremalieji įvykiai, katastrofos, socialinis atsparumas.*

Įvadas

Šalys, bendruomenės, organizacijos ir individai – visi gyvena kintamoje aplinkoje. Kintamoje aplinkoje atsiradusios grėsmės varijuoja savo stiprumu, dažniu ir gali paveikti socialinės sistemos vidų arba išorę. Gamtinės nelaimės, pandemijos, teroristiniai išpuoliai, ekonominės krizės, technologinės ir žmogaus veiklos sukeltos katastrofos – visa tai gali sutrikdyti normalų visuomenės funkcionavimą ir kelti pavojų veiklos tęstinumui. Todėl įvairių sričių mokslininkai telkiasi spręsti plačią mokslinę problemą, kaip sumažinti potencialiai pavojingų situacijų nenuspėjamumą ir kompleksiškumą, kad būtų galima sumažinti ekstremaliųjų situacijų riziką ir padidinti gyventojų, turto ir aplinkos saugumą.

Vienas nelaimių rizikos valdymo siekinių yra objekto, reiškinio arba sistemos atsparumas. Pažeidžiamumo, atsparumo ir prisitaikymo sąvokos yra glaudžiai susijusios (1 pav.). Kalbant apie socialinį atsparumą, jis susideda iš daugybės veiksnių, turinčių jam įtakos. Labai svarbią vietą šiame kontekste užima būtent psichinė sveikata ir atsparumo didinimas. 2012 m. PSO Asamblėja priėmė rezoliuciją WHA 65.4 dėl psichikos sutrikimų globalinės reikšmės ir būtinybės kiekvienos šalies sveikatos ir socialinio sektoriaus koordinuoto veiksmų plano psichikos sveikatai užtikrinti[1]. Šiame dokumente teigiama, kad įvairūs stresoriai, tokie kaip, gamtinės katastrofos, kariniai konfliktai, civiliniai neramumai gali turėti didelį poveikį psichikos sveikatai. Kiekvienas individas ir skirtingos bendruomenės skirtingai pažeidžiami įvairių EĮ.

[1] World Health Organization. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level.* 2012.



1 pav. Ryšys tarp pažeidžiamumo, atsparumo ir gebėjimo prisitaikyti

Parengta pagal: Gallopín, G. C. 2006. Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global environmental change*. 16(3), 293–303.

Kyla nemažai diskusijų dėl atsparumo abibrėžimo, tačiau atsparumą galima apibūdinti kaip individų, bendruomenių, organizacijų arba kitų socialinių sistemų gebėjimą išlaikyti santykius ir pusiausvyra tarp įvairių elementų reikšmingų trukdžių kontekste dėl gebėjimo sutelkti savo resursus ir kompetencijas valdyti poreikius, iššūkius ir pokyčius, su kuriais susiduriama. Pastaruoju metu apibrėžiant individų arba socialinių sistemų gebėjimą atsispirti grėsmingoms situacijoms dažnai vartojama atsparumo sąvoka[2]. Išskiriami trys atsparumo lygmenys: individualus, bendruomenės ir nacionalinis. Pastarieji du lygmenys dar vadinami socialiniu atsparumu[3].

Individualaus atsparumo koncepcija vystėsi psichologijos ir elgsenos mokslų šakose, jo reikšmė – suprasti, kokie adaptaciniai gebėjimai padeda kai kuriems individams toliau efektyviai funkcionuoti ir demonstruoti teigiamus rezultatus ekstremaliųjų įvykių kontekste[4]. Individualus atsparumas vaizduojamas kaip apsauginių faktorių rinkinys, ir ypač kaip pozityvios adaptacijos procesas reaguojant į ekstremaliuosius įvykius[5]. Požiūris į atsparumą, kaip į pozityvią adap-

[2] Norris, F. H.; Stevens, S. P.; Pfefferbaum, B.; Wyche, K. F.; & Pfefferbaum, R. L. 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology.* 41(1–2), p. 127–150.

[3] Kimhi, S. 2014. Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. *Journal of Health Psychology.* 1(7).

[4] Castleden, M.; McKee, M.; Murray, V.; Leonardi, G. 2011. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health (Oxf)*. 33(3), p. 369–377.

[5] Dutton, M. A.; Greene, R. 2011. Resilience and crime victimization. *Journal of Trauma Stress.* 2010. 23(2), p. 215–222.

taciją, skatino tirti, kokie veiksniai gali turėti įtakos atsparumui ekstremaliųjų situacijų kontekste.

Bendruomenės atsparumas apibrėžiamas kaip išlikęs bendruomenės gebėjimas ištverti ir atsigauti po ekstremaliųjų įvykių (ekonominė krizė, pandemijos, gamtinės kilmės ar žmogaus veiklos sukeltos katastrofos)[6]. A. Chandra su bendraautoriais literatūros apžvalgoje išskyrė penkis kertinius bendruomenės atsparumo elementus: fizinė ir psichologinė sveikata, socialinis, ekonominis teisingumas ir gerovė, efektyvi rizikos komunikacija, vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų integracija bei socialinis bendrumas[7]. Autoriai susiejo minėtus penkis atsparumo elementus ir aštuonis veiksmų svertus: sveikatingumas, prieinamumas, išsilavinimas, įsitraukimas, savarankiškumas, partnerystė, kokybė ir efektyvumas. Šie svertai – ypač geras pagrindas rengiant programas ir praktikuojantis stiprinti socialinį atsparumą[8].

Nacionalinio arba socialinio atsparumo koncepcija yra plati, apimanti visuomenės stiprybę ir jos gebėjimą išlikti. Nacionalinį atsparumą lemia keturi pagrindiniai socialiniai komponentai: patriotizmas, optimizmas, socialinė integracija ir pasitikėjimas politinėmis bei visuomeninėmis institucijomis[9].

Sąvoka „pažeidžiamumas“ dažnai siejama su sistemos jautrumu patirtai žalai[10]. Pažeidžiamumas – tai sistemos jautrumo ekstremalių įvykių poveikiui laipsnis. Platesniame kontekste sąvoka pažeidžiamumas dažniausiai apibrėžiamas kaip atsparumas daugeliui neigiamų poveikių – tai apima poveikį sukrėtimams, išorinį stresą, jautrumas sukrėtimams (laipsnis, kai sistema yra paveikiama arba pakeičiama dėl sukrėtimų) ir sistemos gebėjimas reaguoti[11]. Taigi, pažeidžiamumo koncepcija yra labai kompleksiška, turinti įtakos daugeliui veiksnių ir dėl to dinamiškai kintanti.

Prisitaikymas yra labai svarbi socialinio atsparumo stiprinimo dalis. Prisitaikymas – tai veiksmai, kurių imamasi siekiant sumažinti neigiamą EĮ poveikį arba netgi pasinaudoti privalumais, kurie gali susidaryti tokių situacijų metu. Tokie veiksmai labai skiriasi savo poveikio laipsniu (ir veikiamos sistemos siekiamais ar pasiektais pokyčiais), laiku, kai šių veiksmų imamasi, ir tuo, kas

---

6 Nuwayhid, I.; Zurayk, H.; Yamout, R.; Cortas, C. S. Summer 2006 war on Lebanon: A lesson in community resilience. *Global public health.* 6(5), p. 505–519.

7 Chandra, A.; Acosta, J.; Meredith, L. S. et al. 2010. *Understanding Community Resilience in the Context of National Health Security: A Literature Review. Santa Monica, CA: RAND Corporation.*

8 Chandra, A.; Williams, M.; Plough, A. *et al. 2013. Getting actionable about community resilience: the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. American Journal of Public Health. 103(7), p. 1181–1189.*

9 Kimhi, S.; Eshel, Y. 2015. The Missing Link in Resilience Research. *Psychological Inquiry. 26(2), p. 181–186.*

10 Adger, W. N. 2006. Vulnerability. *Global environmental change.* 16(3), p. 268–281.

11 Gallopı'n, G. C. 2006. Linkages between vulnerability, resilience and adaptive capacity. *Global Environmental Change. 16(3), p. 293–303.*

imasi šių veiksmų. Psichinės sveikatos pagalbos teikimas po EĮ didina paveiktos socialinės sistemos prisitaikymą prie naujos realybės[12].

Šio straipsnio **tikslas** – pagrįsti pirmosios psichologinės pagalbos teikimo principų svarbą ir pateikti siūlymus, siekiant padidinti socialinį atsparumą ekstremaliųjų įvykių kontekste. Tikslui pasiekti nustatyti šie **uždaviniai**:

- Apžvelgti ankstyvos psichinės sveikatos intervencijos būtinybę, istorinius aspektus.
- Išskirti rizikos ir pažeidžiamumo veiksnius psichinės sveikatos sutrikimams pasireikšti.
- Išanalizuoti penkis pirmosios psichologinės pagalbos principus.
- Apibendrinus analizės rezultatus, pateikti siūlymus psichosocialiniam atsparumui stiprinti.

Uždaviniams įgyvendinti taikytas mokslinės literatūros, tarptautinių organizacijų strateginių ir rekomendacinio pobūdžio dokumentų, praktinių pavyzdžių analizės **metodas**.

1. Psichinės sveikatos ankstyvoji intervencija po ekstremaliųjų įvykių

Pateikiama vis daugiau įrodymų, kad, siekiant išvengti PTSS ir gydant ankstyvąsias trauminio streso reakcijas, įvairios psichologinės intervencijos yra efektyvios. Ankstyvomis laikomos tokios intervencijos, kurios taikomos per pirmuosius 3 mėn. nuo patirto EĮ.

Dauguma ekspertų sutaria dėl bendrųjų ankstyvosios psichologinės intervencijos principų. Propaguojamas poreikių hierarchijos modelis. Pirmiausia rekomenduojama pasirūpinti nukentėjusiųjų išgyvenimu, sveikatos būkle ir saugumu ir tik vėliau nagrinėti psichologinius simptomus (1 lentelė)[13].

1 lentelė. Poreikių modelio hierarchija

Poreikių modelio hierarchija	• Išgyvenimo poreikiai, pvz., pabėgimas/išsigelbėjimas • Pirminė medicinos pagalba, pvz., pirmoji pagalba – gaivinimas, kraujavimo sustabdymas • Fiziniai poreikiai, pvz., vanduo, maistas, pastogė, drabužiai • Saugumo/apsaugos poreikiai, pvz., baimės sumažinimas • Antrinė medicinos pagalba, pvz., lūžusių galūnių imobilizacija • Psichosocialiniai poreikiai, pvz., reakcija į įvykį • Pripažinti poreikiai, pvz., bandymas įvykiui suteikti prasmę

Šaltinis: Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry.* 8(8): 297–300.

[12] Moser, S. C. 2010. Now more than ever: the need for more societally relevant research on vulnerability and adaptation to climate change. *Applied Geography.* 30(4), p. 464–474.

[13] Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry*. 8(8), p. 297–300.

Vis daugiau dėmesio sulaukia laipsniški ankstyvosios intervencijos modeliai[14]. Pagrindiniai elementai yra neatidėliotina socialinė ir praktinė parama, švietimas, didelės rizikos asmenų identifikavimas, vertinimas, simptomų stebėsena, ankstyvoje intervencija, pakartotinis įvertinimas ir psichinės sveikatos sutrikimų gydymas[15]. Ekstremalieji įvykiai paveikia labai didelio skaičiaus žmonių veiklą ir gyvenimą. Įvykus didelės apimties EĮ, stiprus išbandymas tenka panaudojant turimus išteklius. Būtent todėl turėtų būti parengti atsako į šiuos įvykius modeliai. Tubūt vienas didžiausių iššūkių – padaryti pagalbą prieinamą tiems, kam jos išties reikia[16].

Esama įvairių gairių ir protokolų, kaip suteikti psichosocialinę paramą, skleisti informaciją per žiniasklaidą po EĮ. Deja, dažnai stebima natūrali tendencija bendruomenėje neigti kančios ir žalos realybę[17]. Idėja teikti psichologinę pagalbą po EĮ nėra nauja. Mėginimai teikti psichologinę pagalbą jau aprašomi nukentėjusiesiems Pirmojo pasaulinio karo metu[18]. Krizių intervencijos pradininku laikomas A. Kaplan[19]. Jo sukurti principai panaudoti streso valdymo po EĮ modeliuose[20].

Daugelį metų ankstyvuoju laikotarpiu po EĮ buvo labai populiarios psichologinės apklausos. Terminas „psichologinės apklausos" apima keletą pusiau struktūrizuotų intervencijų, kai grupė ar asmuo apklausiami netrukus po EĮ[21]. Psichologinės apklausos metodu buvo siekiama suvaldyti ūminę reakciją į stresą. Vėlesni tyrimai ir metaanalizės neparodė teigiamo tokios taktikos poveikio, o kai kuriuose net nustatyta pablogėjusių simptomų[22]. Dėl to Gairėse perspėjama šio intervencijos metodo nebenaudoti[23].

---

14 Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*.19, p. 583–95.

15 Brewin, C. R.; Scragg, P.; Robertson, M. *et al*. 2008. Promoting Mental Health following the Bombings: A Screen and Treat Approach. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 3–8.

16 Litz, B. T. 2008. Early Intervention for Trauma: Where are We and Where do We Need to Go? A Commentary. *Journal of Traumatic Stress. 21, p. 503–6.*

17 Alexander, D. A. 1996. Trauma Research: a New Era. *Journal of Psychosomatic Research*. 41, p. 1–5.

18 Raphael, B. 1986. *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe.* New York: Basic Books.

19 Kaplan, A. 1964. *Chapter VII: Models. In The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. San Francisco, CA: Chandler, p. 258–291.

20 Everly, G. S.; Mitchell, J. T. 1997. Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, M. D.: Chevron. *Family Therapy*. 30, p. 45–59.

21 Rose, S.; Bisson, J.; Churchill, R. *et al*. 2002. Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews. 2(2).*

22 Sijbrandij, M.; Olff, M.; Reitsma, J. B. *et al*. 2006. Emotional or Educational Debriefing after Psychological Trauma. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry. 189, p. 150–5.*

23 Foa, E. B.; Keane, T. M.; Friedman, M. J. *et al. (Eds.). 2008. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

2. Pirmoji psichologinė pagalba

Taigi, priimtiniausia intervencijos forma tuoj po traumos laikoma „pirmoji psichologinė pagalba“ (PPP) (angl. *Psychological first aid*). Tai lanksti, empatiška ir informatyvi parama, taikoma per pirmąsias valandas arba dienas po įvykio. Pagrindiniai PPP tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas. PPP sulaukė plataus traumos ekspertų pripažinimo[24]. Pastaruoju metu susidomėjimas PPP ypač padidėjo. Pirmasis PPP 1986 m. aprašė B. Rafaelis ir L. Newman[25]. Pagrindinis jo dėmesys skiriamas funkciniam psichikos atsigavimui, o ne psichopatologijai. PPP padeda prisitaikymui ir gebėjimui spręsti problemas lavinti tiems asmenims, kuriems nustatyta rizika[26]. Teikiant psichologinę pagalbą po EĮ, reikia atsižvelgti į tai, kaip asmenys ir bendruomenės reaguoja į tuos įvykius, kas gali būti aukos ir kam yra didžiausia neigiamo poveikio rizika (2 lentelė)[27]. Pažymėtina, kad pažeidžiamumą didinantys veiksniai vienose geografinėse vietovėse gali veikti kaip atsparumą didinantys kitose[28].

2 lentelė. PTSS rizikos ir pažeidžiamumo veiksniai

Prieš traumą buvę veiksniai	• Seksualinis išnaudojimas vaikystėje • Įvykusios netektys ir traumos praeityje • Piktnaudžiavimas kenksmingomis medžiagomis • Socialiniai arba ekonominiai trūkumai, išsilavinimo stygius • Greta vykstantys gyvenimo stresoriai • Moteriškoji lytis • Amžius (maži vaikai ir vyresni žmonės)
EĮ metu veikiantys veiksniai	• Įvykio staigumas ir netikėtumas • Realios grėsmės gyvybei suvokimas (savo arba kitų) • Baisių įvykių regėjimas arba kiti neigiami jutiminiai potyriai • Buvimas arti įvykio vietos (bendras dozės-atsako ryšys) • Didelės asmeninės netektys • Žmogaus sukelta katastrofa • Ištęsta poveikio trukmė (pvz., įstrigimas spąstuose)

[24] Van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. 2005. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization.* 83(1), p. 71–75.

[25] Raphael, B.; Newman, L. 2000. *Disaster Mental Health Response Handbook.* Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.

[26] Young, B. 2006. The Immediate Response to Disaster: Guidelines for Adult Psychological First Aid. In *Ritchie, E. C.; Watson, P. J.; Friedman, M. J. (Eds.), Interventions following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practices.* New York: Guilford Press, p. 134–154.

[27] Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment.* 11(1), p. 12–18.

[28] Gruebner, O.; Lowe, S. R.; Sampson, L. et al. 2015. The geography of post-disaster mental health: spatial patterning of psychological vulnerability and resilience factors in New York City after Hurricane Sandy. *International Journal of Health Geographics.* 14(1), p. 16.

Po traumos veikiantys veiksniai	• Sunkios ūminės psichologinės reakcijos • Paramos stygius: socialinės ir šeimos narių • Priešiškos aplinkinių reakcijos (pvz., kaltinimas arba kančios nepripažinimas) • Išgyvenusiojo kaltės jausmas

Šaltinis: Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11(1): 12–18.

E. Sales ir bendraautorių[29] atliktame tyrime aprašomos trys reakcijos į traumą fazės. Pirmoji fazė; *poveikio*, kurios metu auka jaučiasi pažeidžiama, bejėgė ir priklausoma nuo kitų. Antroji fazė; *atšokimo/atatrankos* (angl. *recoil*), kurios metu auka patiria nuotaikų svyravimus, baimę ir pyktį EĮ. Trečioji; *reorganizacijos* fazė, kai EĮ patirtis yra asimiliuojama, žmogus susitaiko su nauja patirtimi ir gyvena toliau.

Pirmojoje poveikio fazėje susidaro unikali galimybė tinkamai paveikti nukentėjusį asmenį. Ištyrusi naujausius mokslo duomenis, S. E. Hobfoll su bendraautoriais 2007 m. pasiūlė penkis principus, kuriais remiantis turi būti teikiama psichologinė pagalba ūminiu laikotarpiu po EĮ[30].

2.1. Pirmosios psichologinės pagalbos pagrindiniai elementai

Panašią kaip S. E. Hobfoll koncepciją išvystė ir J. Zohar su bendraautoriais 2009 m. Laikotarpis, kuriuo ankstyvoji intervencija yra efektyvi, vadinamas „galimybių langu“[31]. Remiantis minėtais principais, buvo sukurta pirmoji psichologinė pagalba. Šiai intervencijai dabar teikiama pirmenybė ūminiu laikotarpiu po EĮ. PPP – tai įrodymais pagrįstas modelis, naudojamas pirmomis valandomis arba dienomis po EĮ[32]. PPP principai atitinka visus pagrindinius standartus, keliamus tokio tipo intervencijoms: moksliškai pagrįsta, pritaikoma praktikoje ir gali būti adaptuojama įvairiose kultūrose.

PPP sudaro pagrindiniai aštuoni elementai:

1. Kontaktas ir įtraukimas.
2. Saugumas ir komfortas – tikslas yra suteikti saugumą ir emocinį komfortą.
3. Stabilizacija – tikslas yra sumažinti EĮ sukeltą stresą.

---

29 Sales, E.; Baum, M.; Shore, B. 2007. Victim Readjustment following Assault. *Journal of Social Issues. 1984. 40, p. 117–136.*

30 Hobfoll, S. E.; Watson, P.; Bell, C. C. *et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry. 70, p. 283–315.*

31 Zohar, J.; Sonnino, R.; Juven-Wetzler, A. *et al. 2009. Can Posttraumatic Stress Disorder be Prevented? CNS Spectrums. 14, p. 44–51.*

32 Stuber, M. L.; Schneider, S.; Kassam-Adams, N. *et al. 2006. The Medical Traumatic Stress Toolkit. CNS Spectrums. 11(2), p.137–142.*

4. Informacijos kaupimas – siekiama įvertinti išgyvenusiojo būtiniausius poreikius.
5. Praktinė pagalba – tikslas sudaryti aplinką, kurioje išgyvenusysis gali pradėti spręsti problemas
6. Socialinės paramos teikimas
7. Informacija apie prisitaikymo galimybes: žodžiu ir raštu pateikiama informacija apie prisitaikymo įgūdžius ir atsigavimo po EĮ koncepcija
8. Ryšys su pagalbos tarnybomis; šio etapo tikslas – informuoti išgyvenusiuosius apie tarnybas, kurios jiems prieinamos ir gali suteikti pagalbą.

PPP modelis sėkmingai taikomas įvairiose socialinėse grupėse, kaip antai, vaikų ir paauglių, gelbėtojų, išgyvenusiųjų EĮ ir kariškių bei jų šeimų[33]. Teikiant psichologinę pagalbą, patariama naudoti mažiau direktyvius, bet daugiau į žmogų orientuotus metodus, suteikiant efektyvią psichinės sveikatos pagalbą po didelių EĮ[34]. Kita vertus, psichologijos mokslo pasiekimai neturėtų apsiriboti vien EĮ galutinėmis stadijomis ir akcentuoti vien traumų pasekmių gydymą. Psichologiją reikėtų integruoti į visas penkias EĮ stadijas: planavimą, krizės komunikaciją, atsaką, pagalbą ir atsigavimą[35]. Taip psichologija taptų pagrindiniu plačių tarpdalykinių paslaugų komponentu likviduojant EĮ visuomenės sveikatos sistemoje[36].

2.2. Pirmosios psichologinės pagalbos penki pagrindiniai principai

Siekiant sušvelninti neigiamą ekstremaliojo įvykio poveikį visuomenės psichinei sveikatai, ankstyvuoju laikotarpiu po masinių EĮ turi būti taikomos įrodymais pagrįstos intervencijos. S. E. Hobfoll ir bendraautoriai 2007 m. aprašė penkis pagalbos principus ankstyvojoje fazėje po EĮ[37].

Pirmas – tai *saugumo jausmo teikimas*. Įrodyta, kad tiems, kuriems pavyksta atgauti santykinį saugumo jausmą tuojau po EĮ, sumažėja psichinės sveikatos sutrikimų rizika[38]. Jeigu po EĮ grėsmės išlieka, prasideda biologiniai atsakai, kurie

---

33 Phillips, S. B.; Kane, D. 2006. *Guidelines for Working with First Responders (Firefighters, Police, Emergency Medical Service and Military) in the Aftermath of Disaster*. New York: American Group Psychotherapy Association.

34 Litz, B.; Gray, M.; Bryant, R. et al. 2002. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9(2), p. 112–134.

35 Jacobs, G. 1995. The Development of a National Plan for Disaster Mental Health. *Professional Psychology*. 26, p. 543–549.

36 Mangelsdorff, A. D. (Ed.). 2006. *Psychology in the Service of National Security.* Washington, DC: American Psychological Association.

37 Hobfoll, S. E., *supra note*, 70, p. 283–315.

38 Grieger, T. A.; Fullerton, C. S.; Ursano, R. J. 2003. Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services. 54(10), p. 1380–1382.*

didina baimę ir nerimą[39]. Žmonėms reikia suteikti „koreguojamąją“ informaciją tam, kad jie realiai vertintų grėsmes ateityje[40].

Sukurta keletas strategijų, kurios skatina psichologinio saugumo jausmą. Individualiame lygmenyje svarbiausia nutraukti potrauminio dirgiklio generalizaciją, kuri jungia negrėsmingus vaizdus, žmones arba kitus dalykus su pavojingais dirgikliais, susijusiais su pradine traumos grėsme[41]. Taikomos šios asociacijos: „Tiltas, kuris sugriuvo, yra pavojingas, tačiau ne visi tiltai yra pavojingi“ arba „Ta naktis buvo nesaugi, tačiau ne visos naktys yra nesaugios“. Tokios intervencijos skatina adaptacijos ir prisitaikymo įgūdžius[42]. Vykstant karo veiksmams, paprasčiausiai padeda asmenų, greitai reaguojančių į stresą, perkėlimas toliau nuo įvykio epicentro. Tai sunaikina grėsmės-išgyvenimo fiziologijos automatizmą[43].

Visuomenės sveikatos lygmenyje saugumo jausmą skatina gynybinių resursų atkūrimas. Būtina pateikti objektyvią informaciją po EĮ, nes, jos stingant, kyla gandai ir eskaluojamos tiesos, neatitinkančios gąsdinančios istorijos apie įvykį[44]. Pastebėta, kad neretai baimė dėl artimųjų saugumo yra didesnė nei baimė dėl paties savęs. Būtent todėl būtina kuo skubiau suteikti informaciją apie artimuosius[45]. Taigi, saugumo jausmo suteikimas apima ir apsaugą nuo blogų žinių, gandų bei kitų veiksnių.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad netgi žiniasklaidos priemonių, ypač televizijos laidų apie įvykusią nelaimę nuolatinis žiūrėjimas palaiko nesaugumo jausmą bendruomenėje[46]. Tai gali būti ypač žalinga vaikams, kurie, žiūrėdami televizijos vaizdus apie nelaimę, mano, kad katastrofa dar tęsiasi[47]. Siekiant išvengti neigiamos

---

[39] Bryant, R. A. 2006. Cognitive Behavior Therapy: Implications from Advances in Neuroscience. In *Kato, N.; Kawata, M.; Pitman, R. K. (Eds.). PTSD: Brain mechanisms and clinical implications.* Tokyo: Springer-Verlag, p. 255–270.

[40] Smith, K.; Bryant, R. A. 2000. The Generality of Cognitive Bias in Acute Stress Disorder. *Behavior Research and Therapy.* 38, p. 709–715.

[41] Resick, P. A.; Nishith, P.; Weaver, T. L. et al. 2002. A Comparison of Cognitive-processing Therapy with Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(4), p. 867–879.

[42] Najavits, L. M. 2002. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse.* New York: Guilford.

[43] Solomon, Z.; Shklar, R.; Mikulincer, M. 2005. Front Line Treatment of Combat Stress Reaction: A 20-Year Longitudinal Evaluation Study. *American Journal of Psychiatry.* 162, p. 2309–2314.

[44] Hobfoll, S. E.; London, P. 1986. The Relationship of Self-concept and Social Support to Emotional Distress among Women during War. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 4, p.189–203.

[45] Bleich, A.; Gelkopf, M.; Solomon, Z. 2003. Exposure to Terrorism, Stress-related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors among a Nationally Representative Sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*. 290(5), p. 612–620.

[46] Torabi, M. R.; Seo, D. 2004. National Study of Behavioral and Life Changes since September 11. *Health Education & Behavior.* 31(2), p. 179–192.

[47] Lengua, L. J.; Long, A. C.; Smith, K. I. et al. 2005. Pre-attack Symptomatology and Temperament as Predictors of Children's Responses to the September 11th Terrorist Attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 46(6), p. 631–645.

įtakos po EĮ, svarbu riboti per įvairias žiniasklaidos priemones skleidžiamą informaciją. Tėvai itin turėtų riboti tokios informacijos žalingą poveikį savo vaikams.

Antras principas – nusiraminimo skatinimas. Tam tikras susijaudinimo lygis yra normalus atsakas patyrus EĮ. Tačiau jam pasiekus tokį lygį, kuris sutrikdo miegą, valgymą, skysčių vartojimą, kasdienę veiklą, didėja psichopatologijos rizika ateityje[48]. Pernelyg didelis susijaudinimas sukelia padidėjusį rizikos suvokimą. Tuomet išorinė aplinka suvokiama kaip potencialiai pavojinga neproporcingai turimai objektyviai informacijai. Neutralūs dirgikliai vertinami kaip pavojingi. Didėjant baimei, pasireiškia vengimo simptomai. Pradedama vengti ir bendravimo su kitais žmonėmis. Asmens gebėjimas funkcionuoti sumažėja būtent tuo metu, kai optimalus funkcionavimas ypač svarbus. Pagrindinė priežastis, dėl kurios psichologinės apklausos pastaraisiais metais buvo taip sukritikuotos, yra ta, kad jos didina susijaudinimą. Prašyti žmones išreikšti savo jausmus iškart po traumos gali būti žalinga, nes tuo metu labiausiai reikia nusiraminti ir grąžinti pusiausvyrą[49]. Nerimo valdymas yra pagrindinis psichoterapinio gydymo uždavinys[50]. Nerimastingą emocionalumą atsveria gilaus kvėpavimo pratimai, raumenų atpalaidavimo technikos, jogos pratimai, meditacija – visa tai padeda atsipalaiduoti[51].

Vaistų reikšmė ankstyvuoju laikotarpiu po EĮ yra gana kontraversiškas klausimas. Tyrimų metu nagrinėtas antiadrenerginių vaistų, antidepresantų ir anksiolitikų poveikis psichinei sveikatai. Būtina pabrėžti, kad benzodiazepinai, nors iš pradžių ir turi raminamąjį poveikį, vėliau gali didinti PTSS riziką[52]. Svarbu paminėti, jog teigiamos emocijos ir humoras padeda sėkmingiau prisitaikyti prie EĮ[53]. Žmones reikia įtraukti į veiklą, kuri skatina teigiamas emocijas, ir riboti veiklas, susijusias su neigiamomis emocijomis. Žmonėms, jaučiantiems lengvą nerimą, žinių žiūrėjimą reikėtų riboti iki vieno karto rytą, po pietų ar ankstyvą popietę (bet ne prieš miegą). Labiau nerimastingiems asmenims naujienas turėtų pranešti draugai arba šeimos nariai, kurie tik pateikia faktus ir nehiperbolizuoja

---

48 Bryant, R. A.; Harvey, A. G.; Guthrie, R. M. et al. 2003. Acute Psychophysiological Arousal and Posttraumatic Stress Disorder: A Two-year Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress.* 16(5), p. 439–443.

49 McNally, R. J.; Bryant, R. A.; Ehlers, A. 2003. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 4(2), p. 45–79.

50 National Institute for Clinical Excellence. *The Management of PTSD in Primary and Secondary Care*. 2005. London: Author.

51 Somer, E.; Tamir, E.; Maguen, S. et al. 2005. Brief Cognitive-behavioral Phone-Based Intervention Targeting Anxiety about the Threat of Attack: A Pilot Study. *Behavior Research and Therapy.* 43(5), p. 669–679.

52 Gelpin, E.; Bonne, O. B.; Peri, T. et al. 1996. Treatment of Recent Trauma Survivors with Benzodiazepines: A Prospective Study. *Journal of Clinical Psychiatry.* 57(9), p. 390–394.

53 Fredrickson, B. L.; Tugade, M. M.; Waugh, C. E. et al. 2003. What Good are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology.* 84, p. 365–376.

įvykių. Nusiraminimą skatina ir į problemą orientuotas prisitaikymas. Svarbu padėti nukentėjusiesiems suskaldyti problemą į mažus kontroliuojamus vienetus ir sudaryti prielaidas mažoms pergalėms[54].

Kalbant apie bendruomenę, labai svarbi psichoedukacija. Tokia intervencija pasirodė esanti labai efektyvi mažinant PTSS pasireiškimą. Ji apima švietimą apie normalias reakcijas po EĮ, nerimo valdymo techniką, miego higieną, gaires, kaip naudotis žiniasklaidos priemonėmis. Šviečiamąją medžiagą galima skleisti įvairiomis žiniasklaidos priemonėmis[55].

Trečias principas – *asmeninio bei kolektyvinio veiksmingumo skatinimas.* Vienas pagrindinių uždavinių psichologijoje yra kontrolės teigiamoms baigtims jausmo atkūrimas. Labai dažnai individai praranda kompetenciją susidoroti su įvykiais, kuriuos jie patiria. Iš pradžių tie įvykiai yra susiję su pačiu EĮ, bet greitai generalizuojasi į fundamentalų jausmą „aš negaliu to padaryti“. Svarbu padėti žmonėms išsiugdyti įgūdžius nugalėti grėsmes ir spręsti problemas[56]. Asmens veiksmingumo padidėjimas nebūna izoliuotas, jam reikia sėkmingų partnerių sprendžiant dideles problemas, kurios būna dažnos po EĮ. Dėl to su individualiu veiksmingumu glaudžiai susijęs ir kolektyvinis veiksmingumas[57]. Įvykus didelės apimties katastrofai, žmonės žino, kad jie arba „nuskęs“, arba „išplauks kartu“. Kolektyvinio veiksmingumo jausmą gali skatinti įvairios veiklos: susirinkimai, religinės apeigos, mokyklų atstatymas[58]. Kolektyvinis veiksmingumas turi būti skatinamas ir šeimoje, kuri dažnai yra pagrindine socialinės pagalbos teikėja[59].

Visgi tikėjimas savo jėgomis greitai žlunga, jeigu nėra paremtas sėkmingais veiksmais[60]. Skubiosios pagalbos darbuotojai, gelbėtojai, kariškiai turi išmokti

---

54 Silver, R. C.; Holman, E. A.; McIntosh, D. N. et al. 2002. Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *Journal of the American Medical Association.* 288, p. 1235–1244.

55 Goenjian, A. K.; Walling, D.; Steinberg, A. M. et al. 2005. A Prospective Study of Posttraumatic Stress and Depressive Reactions among Treated and Untreated Adolescents 5 Years after a Catastrophic Disaster. *American Journal of Psychiatry.* 162, p. 2302–2308.

56 Resick et al., *supra note*, 70, p. 867–879.

57 Benight, C. C. 2004. Collective Efficacy following a Series of Natural Disasters. *Anxiety, Stress, and Coping.* 17(4), p. 401–420.

58 Saltzman, W. R.; Layne, C. M.; Steinberg, A. M. et al. 2006. Trauma/grief-focused Group Psychotherapy with Adolescents. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, & P. R. Mushkin (Eds.), *Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment.* New York: Haworth, p. 669–730.

59 de Jong, J. T. V. M. 2002. Public Mental Health, Traumatic Stress and Human Rights Violations in Low-income Countries: A Culturally Appropriate Model in Times of Conflict, Disaster and Peace. In *J. De Jong (Ed.), Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 1–91.

60 Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: W. H. Freeman.

savo ir kolektyvinio veiksmingumo, tikėti savo lyderiais, pačiais savimi ir savo grupe kaip vienetu[61].

Ketvirtas principas – *susijungimo skatinimas*. Socialiniai ryšiai įgalina sužinoti apie dalykus, būtinus po EĮ, pavyzdžiui, ar yra saugaus vandens. Socialiniai ryšiai taip pat sudaro galimybes praktiniam problemų sprendimui, emociniam supratimui, traumos sukeltų potyrių pasidalijimui, reakcijų į EĮ normalizavimui. Svarbiausias žingsnis po kiekvieno EĮ yra atkurti ryšius su artimaisiais. Po 2005 m. Londone įvykusių bombų sprogdinimų delsimas atgaivinti tokius ryšius buvo didžiuoju rizikos veiksniu psichopatologijai išsivystyti[62]. Tai ypač svarbu ir vaikams ir paaugliams. Jų susitikimas su tėvais po EĮ yra pagrindinis tikslas[63]. Viename tyrimų karą (kitose šalyse) išgyvenę Bostono paaugliai buvo mokomi socialinės paramos būdų ir jiems buvo formuojami įgūdžiai, kaip rasti tokios paramos šaltinius. Toks gydymo būdas buvo labai efektyvus[64].

Visgi labai svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad paramos teikėjų veikla gali būti kenksminga ir sukelti labai didelę žalą[65]. Po EĮ bendruomenėje gali sustiprėti ir rasiniai, religiniai, etniniai, socialiniai konfliktai. Žmonės pradeda nepasitikėti vieni kitais, tampa mažiau tolerantiški. Tokiais susiskirstymais

dažnai bando pasinaudoti politikai, besistengiantys labiau paremti „savąją“ grupę, kaip tai atsitiko Šri Lankoje[66].

Penktas principas – *vilties suteikimas*, stengiantis grąžinti gyvenimą į įprastinę būseną. EĮ dažnai sukelia požiūrio į pasaulį sukrėtimą, sutrumpėjusios ateities viziją, jausmą, kad „viskas yra prarasta“. EĮ yra patirtis, kuriai žmonės nepasiruošę ir kuri peržengia jų turimą prisitaikymo mechanizmą. Viltis – tai teigiamas į veiksmą orientuotas tikėjimas, kad ateityje bus geriau[67]. Nors viltis išgyvenama asmeniškai, jai pretekstą sukuria realios aplinkybės, pavyzdžiui, uragano „Andrew“ (JAV, 1992 m.) aukoms vienas ryškiausių PTSS rizikos veiks-

---

61 Chen, G. L.; Bliese, P. D. 2002. The Role of Different Levels of Leadership in Predicting Selfand Collective Efficacy: Evidence for Discontinuity. *Journal of Applied Psychology*. 87(3), p. 549–556.

62 Rubin, G. J.; Brewin, C. R.; Greenberg, N. *et al.* 2005. Psychological and Behavioral Reactions to the Bombings in London on 7 July 2005: Cross-sectional Survey of a Representative Sample of Londoners. *British Medical Journal.* 331(7517), p. 606–611.

63 Hagan, J. F. 2005. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics*. 116(3), p. 787–795.

64 Cox, J.; Davies, D. R.; Burlingame, G. M. et al. 2007. Effectiveness of a Trauma/grief-focused Group Intervention: A Qualitative Study with War-exposed Bosnian Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy.* 57(3), p. 319–345.

65 Andrews, B.; Brewin, C. R.; Rose, S. 2003. Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress.* 16(4), p. 421–427.

66 Somasundaram, D.; Jamunantha, C. S. 2002. Psychosocial Consequences of War: Northern Sri Lankan Experience. In *De Jong, T. V. J. M. (Ed.). Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context.* New York: Plenum-Kluwer, p. 205–258.

67 Haase, J.; Britt, T.; Coward, D. et al. 1992. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 24, p. 141–147.

nių buvo negebėjimas užtikrinti lėšų namams atstatyti ir po to sekęs vilties praradimas[68]. Viltį galima suteikti įvairiomis intervencijos priemonėmis – nuo individualių iki grupinių. Išmokto optimizmo ir teigiamos psichologijos modelis skatina vilties jausmą, motyvaciją mokytis ir planuoti ateitį[69]. Dar viena intervencija, skatinanti viltį, yra dialogas su pačiu savimi[70]. Šio dialogo metu restruktūrizuojamos neracionalios baimės, kontroliuojamas savęs menkinimo jausmas ir skatinamas teigiamas prisitaikymas. Atkuriant viltį, labai svarbus komponentas yra „dekatastrofizavimas". Katastrofizavimas trukdo prisitaikyti, kai kurie žmonės tokiu būdu ruošiasi blogiausiam. Ankstyvosios pažintinių funkcijų elgesio terapijos intervencijos užkerta kelią neigiamų procesų formavimuisi[71]. Neretai žmonės galvoja, jog niekada daugiau neturės namų. Daug veiksmingiau jiems yra skiepyti mintį, kad namą atstatyti užtruks keletą mėnesių. Bendruomenės lygmenyje viltį padeda skatinti žiniasklaida, mokyklos, universitetai, bendruomenės lyderiai. Jie gali padėti žmonėms orientuotis į teigiamus tikslus, taip formuodami jų, kaip individų ir bendruomenių, stiprybę. Viltį skatina įsitraukimas į tokią veiklą, kaip valymo ir atstatymo darbai, vizitai į namus arba kraujo donorystė.

Įgyvendinant šiuos principus, būtina atsižvelgti į vietinę kultūrą ir papročius. Šių principų įgyvendinimas gali labai skirtis Rytuose ir Vakaruose, išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse[72].

Išvados ir rekomendacijos

Taigi, pagrindiniai socialinio atsparumo bruožai yra sistemos gebėjimas sugerti sukrėtimą ir išlaikyti pagrindinius savo atributus; sistemos gebėjimas organizuotis; gebėjimas prisitaikyti atsiradusių pokyčių kontekste. Kadangi pastaraisiais metais pasaulyje daugėja įvairių didelio masto ekstremaliųjų įvykių, socialinio atsparumo stiprinimas yra labai svarbi sritis. Katastrofos gali visam laikui pakeisti žmogaus gyvenimą arba jo galimybę visavertiškai funkcionuoti. Ekstremaliųjų situacijų sukeltos psichologinės ir socialinės pasekmės gali trukti trumpai, tačiau jos gali ilgam neigiamai paveikti populiacijos psichinę sveikatą ir psichosocialinę gerovę. Mokslinėje literatūroje yra pateikiama daug įrodymų, kad traumuojamieji įvykiai gali sukelti psichologinių problemų dideliam žmo-

---

68 Ironson, G.; Wynings, C.; Schneiderman, N. et al. 1997. Post-traumatic Stress Symptoms, Intrusive Thoughts, Loss, and Immune Function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*. 59, p. 128–141.

69 Seligman, M. E. P.; Steen, T. A.; Park, N. et al. 2005. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist.* 60, p. 410–421.

70 Foa, E. B.; Rothbaum, B. O. 1998. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral Therapy for PTSD.* New York: Guilford.

71 Resick et al., *supra* note, 70, p. 867–879.

72 De Jong, T. V. J. M., *supra* note, p. 1–91.

nių skaičiui, dėl to gali išsivystyti įvairios lėtinės ligos bei padidėti bendrasis mirtingumas. Daugelis tokių žmonių niekada neieško ir jiems nereikalinga psichinės sveikatos tarnybų pagalba, jie pasikliauja savo pačių natūraliais prisitaikymo gebėjimais, socialine parama ir bendruomenės resursais. Tačiau nemaža žmonių dalis turės psichologinių ir psichiatrinių problemų (potrauminio streso sindromas, depresija, fobijos, nerimo sutrikimai, toksinių medžiagų ir alkoholio vartojimas), kurios ilgainiui gali tapti lėtinėmis.

Teigiama, kad psichinės sveikatos intervencinės programos turėtų būti kuriamos vadovaujantis tarptautinėmis gairėmis ir dokumentais, būtinai atsižvelgiant į žmogaus teises. Psichinės sveikatos stiprinimo intervencijos turi būti integruotos į skirtingus sveikatos priežiūros lygius – tai yra privalomas, tačiau ne vienintelis šios sistemos elementas. Būtina sukurti koordinuotą tinklą, užtikrinantį tinkamą paciento nukreipimą tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių. Turi būti užtikrinta ir sunkių psichinių sutrikimų turinčių asmenų bendroji medicininė (ne tik psichiatrinė) priežiūra. Bendruomenės psichikos sveikatos centrų sukūrimas taip pat gali būti labai naudingas. Šie centrai gali atlikti klinikinį arba techninį (persiuntimo, švietimo arba priežiūros) vaidmenį.

Rekomenduojama, kad būtų užtikrinami kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo po ekstremaliųjų įvykių organizavimas ir savalaikis teikimas laikantis šiuolaikinių, moksliškai pagrįstų pagalbos teikimo principų. Šių rekomendacijų laikymasis daug prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo. Kaip priimtiniausia intervencijos forma po traumuojančiųjų įvykių turi būti taikoma pirmoji psichologinė pagalba. Šios intervencijos pagrindiniai tikslai yra saugumo, komforto, stabilumo, socialinės paramos ir informacijos suteikimas. Kvalifikuotos pirmosios psichologinės pagalbos teikimo organizavimas ir savalaikis teikimas, laikantis šiuolaikinių, moksliškai pagrįstų principų, daug prisideda prie psichosocialinio atsparumo stiprinimo. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad svarbu ne tik planuoti veiksmus, tarpinstitucinį bendradarbiavimą, bet parinkti ir kvalifikuotą personalą bei nuolatos vykdyti atitinkamus mokymus.

Literatūra

1. Adger, W. N. 2006. Vulnerability. *Global environmental change.* 16(3), p. 268–281.
2. Alexander, D. A. 1996. Trauma Research: a New Era. *Journal of Psychosomatic Research*. 41 p. 1–5.
3. Alexander, D. A. 2005. Early Mental Health Intervention after Disasters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11(1), p. 12–18.
4. Andrews, B.; Brewin, C. R.; Rose, S. 2003. Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), p. 421–427.
5. Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: W. H. Freeman.

6. Benight, C. C. 2004. Collective Efficacy following a Series of Natural Disasters. *Anxiety, Stress, and Coping.* 17(4), p. 401–420.
7. Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress.* 19, p. 583–95.
8. Bleich, A.; Gelkopf, M.; Solomon, Z. 2003. Exposure to Terrorism, Stress-related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors among a Nationally Representative Sample in Israel. *Journal of the American Medical Association.* 290(5), p. 612–620.
9. Brewin, C. R.; Scragg, P.; Robertson, M. *et al.* 2008. Promoting Mental Health following the Bombings: A Screen and Treat Approach. *Journal of Traumatic Stress.* 21, p. 3–8.
10. Bryant, R. A. 2006. Cognitive Behavior Therapy: Implications from Advances in Neuroscience. In *Kato, N.; Kawata, M.; Pitman, R. K. (Eds.). PTSD: Brain mechanisms and clinical implications.* Tokyo: Springer-Verlag, p. 255–270.
11. Bryant, R. A.; Harvey, A. G.; Guthrie, R. M. *et al.* 2003. Acute Psychophysiological Arousal and Posttraumatic Stress Disorder: A Two-year Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress.* 16(5), p. 439–443.
12. Castleden, M.; McKee, M.; Murray, V.; Leonardi, G. 2011. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health (Oxf).* 33(3), p. 369–377.
13. Chandra, A.; Acosta, J.; Meredith, L. S. et al. 2010. Understanding Community Resilience in the Context of National Health Security: A Literature Review. *Santa Monica, CA: RAND Corporation*.
14. Chandra, A.; Williams, M.; Plough, A. et al. 2013. Getting actionable about community resilience: the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *American Journal of Public Health.* 103(7), p. 1181–1189.
15. Chen, G. L.; Bliese, P. D. 2002. The Role of Different Levels of Leadership in Predicting Selfand Collective Efficacy: Evidence for Discontinuity. *Journal of Applied Psychology.* 87(3), p. 549–556.
16. Cox, J.; Davies, D. R.; Burlingame, G. M. et al. 2007. Effectiveness of a Trauma/grief-focused Group Intervention: A Qualitative Study with War-exposed Bosnian Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy.* 57(3), p. 319–345.
17. de Jong, J. T. V. M. 2002. Public Mental Health, Traumatic Stress and Human Rights Violations in Low-income Countries: A Culturally Appropriate Model in Times of Conflict, Disaster and Peace. In *J. De Jong (Ed.), Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 1–91.
18. Dutton, M. A.; Greene, R. 2010. Resilience and crime victimization. *Journal of Trauma Stress*. 23(2), p. 215–222.
19. Everly, G. S.; Mitchell, J. T. 1997. Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, M. D.: Chevron. *Family Therapy.* 30, p. 45–59.
20. Foa, E. B.; Keane, T. M.; Friedman, M. J. et al. (Eds.). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* 2008. Guilford Press.
21. Foa, E. B.; Rothbaum, B. O. 1998. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.

22. Fredrickson, B. L.; Tugade, M. M.; Waugh, C. E. *et al*. 2003. What Good are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology.* 84, p. 365–376.
23. Gallopı'n, G. C. 2006.Linkages between vulnerability, resilience and adaptive capacity. *Global Environmental Change*. 16(3), p. 293–303.
24. Gelpin, E.; Bonne, O. B.; Peri, T. et al. 1996. Treatment of Recent Trauma Survivors with Benzodiazepines: A Prospective Study. *Journal of Clinical Psychiatry.* 57(9), p. 390–394.
25. Goenjian, A. K.; Walling, D.; Steinberg, A. M. *et al*. 2005. A Prospective Study of Posttraumatic Stress and Depressive Reactions among Treated and Untreated Adolescents 5 Years after a Catastrophic Disaster. *American Journal of Psychiatry.* 162, p. 2302–2308.
26. Grieger, T. A.; Fullerton, C. S.; Ursano, R. J. 2003. Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*. 54(10), p. 1380–1382.
27. Gruebner, O.; Lowe, S. R.; Sampson, L. *et al*. 2015. The geography of post-disaster mental health: spatial patterning of psychological vulnerability and resilience factors in New York City after Hurricane Sandy. *International Journal of Health Geographics.* 14(1), p. 16.
28. Haase, J.; Britt, T.; Coward, D. *et al*. 1992. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship.* 24, p. 141–147.
29. Hagan, J. F. 2005. Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician. *Pediatrics*. 116(3), p. 787–795.
30. Hobfoll, S. E.; London, P. 1986. The Relationship of Self-concept and Social Support to Emotional Distress among Women during War. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 4, p. 189–203.
31. Hobfoll, S. E.; Watson, P.; Bell, C. C. et al. 2007. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 70, p. 283–315.
32. Ironson, G.; Wynings, C.; Schneiderman, N. et al. 1997. Post-traumatic Stress Symptoms, Intrusive Thoughts, Loss, and Immune Function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*. 59, p. 128–141.
33. Young, B. 2006. The Immediate Response to Disaster: Guidelines for Adult Psychological First Aid. In *Ritchie, E. C.; Watson, P. J.; Friedman, M. J. (Eds.), Interventions following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practices*. New York: Guilford Press, p. 134–154.
34. Jacobs, G. 1995. The Development of a National Plan for Disaster Mental Health. *Professional Psychology.* 26, p. 543–549.
35. Kaplan, A. 1964. *Chapter VII: Models. In The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. San Francisco, CA: Chandler, p. 258–291.
36. Kimhi, S. 2014. Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. *Journal of Health Psychology.* 1(7).

37. Kimhi, S.; Eshel, Y. 2015. The Missing Link in Resilience Research. *Psychological Inquiry*. 26(2), p. 181–186.
38. Lengua, L. J.; Long, A. C.; Smith, K. I. et al. 2005. Pre-attack Symptomatology and Temperament as Predictors of Children's Responses to the September 11th Terrorist Attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46(6), p. 631–645.
39. Litz, B. T. 2008. Early Intervention for Trauma: Where are We and Where do We Need to Go? A Commentary. *Journal of Traumatic Stress*. 21, p. 503–6.
40. Litz, B.; Gray, M.; Bryant, R. et al. 2002. Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9(2), p. 112–134.
41. Mangelsdorff, A. D. (Ed.). 2006. *Psychology in the Service of National Security*. Washington, DC: American Psychological Association.
42. McNally, R. J.; Bryant, R. A.; Ehlers, A. 2003. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*. *4(2), p. 45–79.*
43. Moser, S. C. 2010. Now more than ever: the need for more societally relevant research on vulnerability and adaptation to climate change. *Applied Geography*. 30(4), p. 464–474.
44. Najavits, L. M. 2002. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
45. National Institute for Clinical Excellence. 2005. The Management of PTSD in Primary and Secondary Care. London: Author.
46. Norris, F. H.; Stevens, S. P.; Pfefferbaum, B.; Wyche, K. F.; Pfefferbaum, R. L. 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*. 41(1–2), p. 127–150.
47. Nuwayhid, I.; Zurayk, H.; Yamout, R.; Cortas, C. S. 2011. Summer 2006 war on Lebanon: A lesson in community resilience. *Global public health*. 6(5), p. 505–519.
48. Phillips, S. B.; Kane, D. 2006. *Guidelines for Working with First Responders (Firefighters, Police, Emergency Medical Service and Military) in the Aftermath of Disaster*. New York: American Group Psychotherapy Association.
49. Raphael, B. 1986. *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York: Basic Books.
50. Raphael, B.; Newman, L. 2000. *Disaster Mental Health Response Handbook*. Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
51. Resick, P. A.; Nishith, P.; Weaver, T. L. *et al.* 2002. A Comparison of Cognitive-processing Therapy with Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(4), p. 867–879.
52. Roberts, N. 2009. Early Intervention following Traumatic Events. *Psychiatry*. 8(8), p. 297–300.
53. Rose, S.; Bisson, J.; Churchill, R. *et al.* 2002. Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(2).
54. Rubin, G. J.; Brewin, C. R.; Greenberg, N. *et al*. 2005. Psychological and Behavioral Reactions to the Bombings in London on 7 July 2005: Cross-sectional Survey of a Representative Sample of Londoners. *British Medical Journal*. 331(7517), p. 606–611.

55. Sales, E.; Baum, M.; Shore, B. 1984. Victim Readjustment following Assault. *Journal of Social Issues*. 40, p. 117–136.
56. Saltzman, W. R.; Layne, C. M.; Steinberg, A. M. *et al*. 2006. Trauma/grief-focused Group Psychotherapy with Adolescents. In *L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, & P. R. Mushkin (Eds.), Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment*. New York: Haworth, p. 669–730.
57. Seligman, M. E. P.; Steen, T. A.; Park, N. *et al*. 2005. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 60, p. 410–421.
58. Sijbrandij, M.; Olff, M.; Reitsma, J. B. *et al*. 2006. Emotional or Educational Debriefing after Psychological Trauma. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*. 189, p. 150–5.
59. Silver, R. C.; Holman, E. A.; McIntosh, D. N. *et al*. 2002. Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 288, p. 1235–1244.
60. Smith, K.; Bryant, R. A. 2000. The Generality of Cognitive Bias in Acute Stress Disorder. *Behavior Research and Therapy*. 38, p. 709–715.
61. Solomon, Z.; Shklar, R.; Mikulincer, M. 2005. Front Line Treatment of Combat Stress Reaction: A 20-Year Longitudinal Evaluation Study. *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 2309–2314.
62. Somasundaram, D.; Jamunantha, C. S. 2002. Psychosocial Consequences of War: Northern Sri Lankan Experience. In *De Jong, T. V. J. M. (Ed.). Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York: Plenum-Kluwer, p. 205–258.
63. Somer, E.; Tamir, E.; Maguen, S. *et al*. 2005. Brief Cognitive-behavioral Phone-Based Intervention Targeting Anxiety about the Threat of Attack: A Pilot Study. *Behavior Research and Therapy*. 43(5), p. 669–679.
64. Stuber, M. L.; Schneider, S.; Kassam-Adams, N. et al. 2006. The Medical Traumatic Stress Toolkit. *CNS Spectrums*. 11(2), p. 137–142.
65. Torabi, M. R.; Seo, D. 2004. National Study of Behavioral and Life Changes since September 11. *Health Education & Behavior*. 31(2), p. 179–192.
66. Van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. 2005. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*. 83(1), p. 71–75.
67. World Health Organization. 2012. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level*.
68. Zohar, J.; Sonnino, R.; Juven-Wetzler, A. *et al*. 2009. Can Posttraumatic Stress Disorder be Prevented? *CNS Spectrums*. 14, p. 44–51.

Promoting Social Resilience to Disasters: the Principles of Delivery of Psychological First Aid

Vilma Miglinė
Mykolas Romeris University, Health Research Laboratory, Vilnius, Lithuania

Summary. *Concern is increasing all over the world not only about the consequences of climate change, namely increasingly frequent and heavier natural disasters. Changing geopolitical situation with armed conflicts, terrorist attacks, increaded influx of refugees to European countries causes a great concern as well. In this context, it will be important to be able to effectively adopt to a rapidly changing world over the coming years and decades and properly prepare to potential threats to countries and inhabitants.*

Research shows that potentially traumatic events, such as wars, natural and technological disasters and economic crises have negative psychological consequences. The impact of traumatic events has the ability to accumulate. Persistent traumatic events lead to significant negative consequences on the physical and mental health. Therefore, a desirable objective would be to create a resilient social systems which are able to neutralize any disaster impact and time to recover from it. In this way, social systems will be more secure.

The purpose of this article is to analyse current scientific literature and case studies to justify the importance of principles of psychological first aid aiming to increase the resistance of social systems in the context of extreme events by providing appropriate recommendations.

Performed analysis supports the efficiency of various psychological interventions in prevention of mental health disorders and the treatment of early traumatic stress reactions. Psychological first aid is recommended as the most efficient method of intervention. Psychological first aid is constructed around five core principles: safety, comfort, stabilization, connection with social supports and information gathering. Qualified psychological first aid organization and timely delivery with modern, science-based approach significantly contributes to the psychosocial resilience of social systems.

Keywords: *psychological first aid, mental health, extreme events, disasters, social resilience.*

Vilma Miglinė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos instituto doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės pažeidžiamumas ir psichosocialinis atsparumas ekstremaliesiems įvykiams, krizių valdymas.

Vilma Miglinė, PhD student at the Institute of Management, Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University. Research interests: public vulnerability and psychosocial resilience to extreme events, crisis management.