

# A KATASZTRÓFAHELYZETEK PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

**DOI** <https://doi.org/10.29068/HO.2023.1-2.56-66>

**SZERZŐ** Urbán Nóra PhD, pszichológus alezredes

**KULCSSZAVAK** katasztrófa, mentális egészség, pszichotrauma, akut és poszttraumásstressz-zavar, pszichoszociális intervenció, pszichológiai elsősegély

**ABSZTRAKT** *Minden évben egyének és közösségek szenvednek el katasztrófákat a világ különböző tájain, amelyek hatással vannak a mentális egészségükre, jóllétükre, a mindennapi életvezetésre. Legyen az természeti (pl. áradások, hurrikánok, földrengések) vagy humán eredetű (pl. tömeges erőszak, katonai konfliktusok, terrorizmus) katasztrófa, egyaránt kihat mind a közvetlenül, mind a közvetve érintettek pszichés állapotára. Egy katasztrófát követően számos pszichiátriai betegség, zavar alakulhat ki, így alkoholabúzus, poszttraumásstressz-zavar (PTSD), obszesszív-kompulzív zavar, generalizált szorongás, major depresszió. A veszteségek, a megpróbáltatások és más pszichoszociális stresszorok okozta szenvedés és distressz átélése mellett az egyén családi, szociális és munkahelyi funkcionálása is károsodik.*

*A katasztrófa rövid és hosszú távú hatásainak megelőzése érdekében konszenzus született egy strukturált, sztenderd és univerzális komponenseket egyaránt tartalmazó ellátási modell kialakításáról. A traumát követő leghatékonyabb azonnali beavatkozások meghatározásához azonban számos tényezőt kell figyelembe venni, így az elérhető források, eszközök nyújtotta lehetőségeket, az esemény jellegzetességeit, az intervenciók stratégiák célját és az időzítést. A pszichológiai elsősegély – mint az azonnali beavatkozások egyik ilyen modellje – bizonyítékokkal alátámasztott megközelítés, amely segít a katasztrófák, a terrortámadások gyermekekre, serdülőkre, felnőttekre és családokra gyakorolt közvetlen negatív hatásainak kezelésében. Ennek modelljét a National Child Traumatic Stress Network és a National Center for PTSD katasztrófakutatásban és -elhárításban részt vevő munkatársai dolgozták ki. A beavatkozás célja csökkenteni a traumatikus esemény okozta kezdeti distresszt és támogatni a rövid- és hosszú távú adaptív funkcionálást, megküzdést.*

## BEVEZETÉS

A katasztrófák egyidősek az emberiséggel. Korunk globalizált, eliparosodott és civilizált világában szinte elkerülhetetlenek,

ugyanakkor többségükben megelőzhetőek lennének a katasztrófák. A fogalom elég széles spektrumot ölel fel, amely az ember

által véghez vitt cselekedetekből származó változatos következményeken keresztül a természeti csapásokig terjed. A fejlődő országok különösen érintettek a katasztrófák szempontjából, hiszen folyamatosan olyan kihívásokkal kell szembenéznük, mint a szegénység, a csekély erőforrások, írástudatlanság és alacsony iskolázottság, gyenge infrastruktúra, korrupció, a szakképzett munkaerő hiánya, az egészségügyi ellátás, ezen belül a mentális egészség elmaradottsága stb. A katasztrófák – legyenek az ember által okozottak vagy természeti jellegűek – intenzitásuktól, kiterjedésüktől függően alapjaiban rengethetik meg egy ország, egy terület civilizációjának minden egyes aspektusát, de elsősorban a testi és lelki egészség súlyos károsodását eredményezhetik. Egy katasztrófát a legtöbb esetben nem lehet teljes mértékben elkerülni, de megtanulhatjuk, hogyan lehet felkészülni, reagálni, gyógyítani, rehabilitálni és reintegrálni egy ilyen esemény során.

A katasztrófa fogalmát legegyszerűbben úgy definiálhatjuk, hogy az egy erőszakos, destruktív találkozás, ütközés a természettel, a technológiával és az emberiséggel. A WHO 1992-ben súlyos ökológiai és pszichoszociális zavarként fogalmazta meg, amely az érintett társadalom megküzdési kapacitását meghaladja.<sup>1</sup> A hétköznapi használatban a kifejezés hirtelen bekövetkező nagy szerencsétlenséget, csapást jelöl, amely nagymértékű károkat és szenvedést okoz. Egy katasztrófa nagyon komplex és mult-

idimenzionális jelenség, hiszen olyan dimenziókat érinthet – akár egyszerre is –, mint az ökológiai, a gazdasági, az anyagi, a pszichológiai vagy a szociális. A leg súlyosabb jellemzője – amely talán sok esetben az egyik fontos kritériuma is lehet a katasztrófa fogalmának – hogy emberi életek elvesztésével, súlyos fizikai sérülésekkel jár együtt. Gyakran a szakemberek között sincs egyetértés a szó jelentésével kapcsolatban. A számos létező katasztrófa definícióban közös pontok:<sup>2</sup>

- hirtelen kialakulás;
- megjósolhatatlanság;
- kontrollálhatatlanság;
- nagyfokú destruktivitás;
- humán veszteségek (akár az élet elvesztése), szenvedés;
- az érintett társadalom megküzdési kapacitásának meghaladása.

A katasztrófákat eredetük alapján kétféleképpen csoportosíthatjuk:<sup>3</sup>

- Természeti eredetűek: olyan események, amelyek az emberi tevékenységtől függetlenül, a természet erőinek hatására, az emberi életre való hatásukat tekintve elemi csapásként alakulnak ki (geológiai, hidrológiai, meteorológiai és kozmikus katasztrófák, természeti eredetű tűzvész).
- Civilizációs eredetűek: olyan események, amelyek szorosan összefüggnek az emberi tevékenységgel és helytelen emberi beavatkozás, mulasztás, szándékosság vagy technikai hibák hatására következnek be (társadalmi,

1 World Health Organization, Division of Mental Health: Psychosocial Consequences of Disasters. Prevention and Management. Geneva, 1992.

2 Math, S. B., Nirmala, M. C., Moirangthem, S. et al.: Disaster Management: Mental Health Perspective. Indian J Psychol Med. 2015, 37 (3), 261–271. o.

3 Kocsis T., Temesvári P., Tóth Gy. et al.: Tömeges-, katasztrófa helyzetek felszámolása. OMSZ Orvosszakmai és Oktatási Osztály, 2019.

biológiai, technikai, nukleáris, vegyi katasztrófák).

Ez természetesen csupán a leggyakoribb klasszifikáció a több lehetséges

közül, ugyanakkor csoportosíthatjuk a katasztrófákat hely és kiterjedés, hatáserősség és intenzitás, időparaméterek alapján is.

## KATASZTRÓFÁK HATÁSA A MENTÁLIS EGÉSZSÉGRE

Az első szisztematikus tanulmány a katasztrófák pszichológiai és pszichiátriai következményeiről Stierlin (1909)<sup>4</sup> nevéhez köthető, aki egy 1906-os bánya-katasztrófa túlélőit, illetve az 1908-as messinai földrengést követően két hónappal 135 érintett személyt vizsgált. Az I., majd a II. világháború során a traumás neurózis tanulmányozása került előtérbe, eleinte inkább az organikus faktorok hangsúlyozásával, később már – a II. világháborút követően – a pszichológiai komponensek szerepe is fontossá vált. Sajnos a háborús időszak pszichiátriai tapasztalatai sokáig nem épültek be a katasztrófairodalomba, a vietnámi háborút követően kezdődött csak el a katonai pszichiátriai tapasztalatok felhasználása a katasztrófák során nyújtott pszichoszociális intervenciókhoz. Az 1970-es évektől egyre több tanulmányt publikáltak ezen a területen, de relatíve mind a mai napig kevés a katasztrófák pszichoszociális következményeivel kapcsolatos kutatás, tanulmány.

A katasztrófákat követő pszichés, érzelmi reakciókat, állapotokat három fázisra oszthatjuk. Megkülönböztetünk az esemény alatti, azonnali reakciókat; az eseményt követően rövid távon kialakuló, még szintén akut állapotokat; vala-

mint a katasztrófa lezajlása utáni, hosszabb távú pszichés következményeket.

Az, hogy valaki hogyan reagál egy ilyen helyzetre, számos tényezőtől is függhet, így például:<sup>5</sup>

- a megtapasztalt esemény súlyosságától és természetétől;
- a korábban már esetlegesen átélt traumatizáló, súlyos distresszel járó élményektől;
- attól, hogy mennyire támogató az a környezet, amelyben él;
- fizikai/szomatikus egészségi állapottól;
- személyes és családi anamnézistől a mentális problémákra vonatkozóan;
- kulturális háttértől és hagyományoktól;
- életkortól;
- nemtől.

Az azonnali reakciókat elsősorban a katasztrófa legsúlyosabb hatásai válthatják ki az érintetteknek, így a fizikai sérülések, maga az extrém veszélyhelyzet, hozzátartozók, barátok halála, illetve a tömeges halál és sérülések látványa, a reménytelenség, a tehetetlenség, a szeparáció traumatikus megélése, a döntés, hogy segítsünk másoknak vagy éppen a saját túlélésünkért küzdjünk. A katasztrófa lezajlása alatt a maladaptív reakciók

4 World Health Organization, Division of Mental Health: Psychosocial Consequences of Disasters. Prevention and Management. Geneva, 1992.

5 World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO, Geneva, 2011.

– mint a bénító szorongás, a kontrollálatlan menekülő magatartás, a tömeges pánik – csökkenthetik a túlélés esélyeit. A tanulmányok alapján kijelenthető: nem mindegy, hogy az egyének mennyire felkészültek, edukáltak és kiképeztek arra, hogy megküzdjenek egy hirtelen kialakuló traumatikus helyzettel. Minél inkább felkészültek, edukáltak és kiképeztek, annál inkább csökkenthető a súlyos negatív következmények, illetve a hosszabb távú pszichés zavarok kialakulásának valószínűsége. Így – különösen a katasztrófák szempontjából fokozottan veszélyeztetett területeken, országokban – hangsúlyos lehet a szerepük az edukációs programoknak és a megelőző felkészítő tréningeknek. A veszélyhelyzetben lévő személyek reakciói nem minden esetben tekinthetők abnormálisnak. Normál stresszválaszok lehetnek bizonyos érzelmi (düh, bűnösségérzés, félelem és szorongás, szégyen, magány, reménytelenség, kétségbeesés stb.), a megismerő funkciók területén jelentkező (zavartság a gondolkodásban, figyelmi problémák, emlékezetzavarok stb.), fizikai (kimerültség, alvási nehézségek, fájdalmak, emelkedett pulzus, verejtékezés, hányinger, étvágytalanság stb.) és kapcsolati (bizalmatlanság, ingerlékenység, visszahúzódás, elszigetelődés, függőség stb.) reakciók. E tüneteket a személyek a trauma hatása alatt és utána néhány órán keresztül is átélhetik; az „abnormális” helyzetre adott normál reakciók többnyire az alkalmazkodást segítik.<sup>6</sup> Amennyiben intenzitásuk erőteljes, és még néhány nappal a trauma után is fennállnak, akut stresszreakcióról (ASR) beszélünk.

A katasztrófát követően számos különböző érzelmi reakció jelentkezhethet a túlélőknél, a benuultság érzésétől kezdve a zaklatottsáig, megkönnyebbülésig. Sőt, akár erős pozitív érzelmeket is átélhetnek a megmenekülés miatt, de kialakulhat bennük erős szorongás is flashback élményekkel, intrúziókkal, az átélt élményekkel kapcsolatos szörnyű emlékekkel, rémálmokkal, amelyekből pánikrosszullétekként ébrednek fel. Sok inger emlékeztethet a tragédiára, amelyek ismételten triggerelik a szorongató érzéseket; és kialakul ezeknek az emlékeztető kulcsingereknek – azaz a traumával összekapcsolódó helyeknek, tárgyaknak, személyeknek, gondolatoknak stb. – az elkerülése. Minden katasztrófa a sajátosságai következtében extrém stresszhelyzetet jelent és ezen belül pszichotraumaként definiálható az érintettek mentális egészsége szempontjából. Abban az esetben, ha a specifikus trauma tünetek már meghatározott tünetegyüttest alkotnak és a traumát követően minimum 3 napig, maximum 4 hétig jelentkeznek, akut stresszbetegségről (ASD) beszélhetünk. Az ASD tünetei, diagnosztikai kritériumai a DSM-5 alapján, amelyek közül kilenc tünetnek a megléte szükséges a diagnózis felállításához.<sup>7</sup>

1. Betolakodó/intruzív tünetek: repetitív, akaratlan nyomasztó emlékek, visszatérő rémálmok, az események újbóli átélése (pl. flashbackek), szenvedés a kulcsingereknek való expozíció esetén.
2. Negatív hangulat: a pozitív érzelmek átélésének tartós nehézsége.

6 Makwana, N.: Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *J Family Med Prim Care*, 2019, 8 (10), 3090–3095. o.

7 DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai, Budapest, 2013.

3. Disszociatív tünetek: mind környezete, mind önmaga valóságosságának módosult átélése, amnézia a traumatikus esemény jelentősebb aspektusaira.
4. Elkerülési tünetek: a nyomasztó emóciók, kogníciók és emlékek elkerülése, külső emlékeztetők kerülése (pl. személyek, helyszínek, témák, tevékenységek, tárgyak, szituációk).
5. Éberséggel és állandó készenléttel kapcsolatos tünetek: alvászavar, ingerlékeny viselkedés vagy dühkitörések, hipervigilancia, koncentrációs problémák, extrém megriadási reakció.

Amennyiben a zavar tünetei egy hónapon túl is fennállnak, úgy a poszttraumásstressz-zavar kialakulása valószínűsíthető. A PTSD szempontjából az időkritériumot tekintve beszélhetünk akut (1–3 hónap közötti kialakulás), késleltetett (a traumát követően 6 hónappal történő kialakulás) és krónikus (a PTSD tünetei 3 hónapon túl is folyamatosan jelen vannak) megnyilvánulásról. A PTSD esetében az ASD tünetegyüttese in túl még kialakulhatnak eltúlzó negatív hiedelmek vagy elvárások, kognitív torzítások a trauma okaival, következményeivel összefüggésben, ami-

nek gyakori következménye a büntudat érzése. Ezek a tartósan fennálló negatív érzelmek az életminőség, funkcionálás romlását eredményezhetik, az érdeklődés beszűkülését, az interperszonális kapcsolatokban az elidegenedés érzését, a közöny megjelenését, esetlegesen öndesztuktív folyamatokat okozhatnak.<sup>8</sup>

Egy katasztrófát követően nagyon gyakori a gyász és az ezzel járó érzelmi reakciók, folyamatok megjelenése azoknál, akik veszteségeket éltek át: szeretteik, az otthonuk, a vagyontárgyaik, megélhetésük, közösségük elvesztését. Gyakori következmény lehet az alkohol- vagy drogabúzus kialakulása akár közvetlenül a katasztrófával járó veszteségek, fájdalmak, distressz csökkentéseként, akár a kialakult akut vagy poszttraumásstressz-zavar szövődményeként, de megjelenhetnek a depresszió és egyéb szorongásos zavar (fóbiák, pánikzavar stb.) tünetei is.

A WHO adatai alapján<sup>9</sup> a katasztrófában érintett populációt tekintve a mentális zavarok esetében az enyhe depresszió, szorongás és PTSD pontprevalenciája 13%, a közepesen súlyos formában 4%. A súlyos mentális zavarok, így a szkizofrénia, bipoláris affektív zavar, súlyos depresszió, szorongás, illetve a PTSD súlyos formáinak becsült pontprevalenciája 5%.

<sup>8</sup> I. m.

<sup>9</sup> Charlson, F., Ommeren, M., Flaxman, A. et al.: New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019, 394(10184), 240–248. o.

## AZONNALI PSZICHOSZOCIÁLIS BEAVATKOZÁS KATASZTRÓFÁK SORÁN: PSZICHOLÓGIAI ELSŐSEGÉLY (PFA)

A WHO<sup>10</sup> által támogatott sürgősségi pszichoszociális intervenciók több szinten valósulhatnak meg, egészen az alapellátó szolgálatoktól a klinikai szintig. A klinikai mentális egészségügyi ellátást biztosítók elsősorban klinikai szakemberek, így pszichiáterek, pszichológusok, pszichiátriai ápolók lehetnek, vagy az általuk vezetett szupervízió mellett végezheti más segítő szakember is. A következő beavatkozásokról beszélhetünk katasztrófákat követően:

Pszichológiai elsősegély.

Közösségi önsegítő és szociális csoportok kialakítása (pl. evakuáltak számára).

Alap klinikai mentális egészségügyi ellátás (krízisintervenció, beavatkozás gyászhelyzetekben, súlyosabb esetekben sürgősségi pszichiátriai beavatkozás stb.).

Specifikus pszichológiai intervenciók (traumafókuszú, viselkedés- és kognitív terápiás technikákat alkalmazó rövid terápiák, pszichológiai debriefing stb.).

Egészségügyileg súlyos mentális állapotban, illetve pszichoszociális helyzetben lévő áldozatok, túlélők jogainak támogatása, pszichoedukáció.

A mentális egészségügyi ellátó szolgálatok, az egészségügyi alapellátás, illetve közösségi támogató szolgálatok közötti kapcsolatok és beutalási eljárások folyamatos kialakítása és fenntartása.

Az akut intervenciók közös célja a traumát elszenvedők esetében a distressz csökkentése, a patológiás állapotok, így

az akut stresszbetegség és a poszttraumás stresszbetegség kialakulásának kivédése, valamint a trauma feldolgozásának segítése. Elsősorban rövid pszichológiai technikákat alkalmaznak. A rizikópopuláció (pl. traumatikus események civil áldozatai, illetve 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 mintázatokat, segíteni a trauma feldolgozását.<sup>11</sup>

A traumatizáló helyzetek és elsősorban az emberek sokaságát egyszerre érintő katasztrófák esetében a fizikai ellátást követően sokszor szükség van az úgynevezett pszichológiai elsősegély (Psychological First Aid, PFA) nyújtására. Alapelvei közé tartozik a fizikai (testi integritás biztosítása, sérülések ellátása, fájdalomcsillapítás, élelem, folyadék, takaró, alvás stb.) és pszichés biztonságba helyezés, a nyugalom biztosítása, a kapcsolatok felvétele a hozzátartozókkal, a remény kialakítása.<sup>12</sup> A pszichológiai elsősegély igyekszik kivédeni az áldozatoknál a további ártalmak kialakulását, segíti a tájékozódást, csökkentheti a pszichológiai distressz tüneteit, mobilizálja a szociális hálót és kapcsolatteremtést a releváns személyekkel, in-

10 World Health Organization. Mental health in emergencies. 2022.

11 Urbán N.: Fokozott pszichés veszéllyel járó missziós szolgálatok. Az elsődleges prevenció szerepe a traumatizálódás kivédésében. In: Honvédségi Szemle, 2009., 63 (5), 25–27. o.

12 World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO, Geneva, 2011.

formációt nyújt a megküzdést segítő lehetséges és elérhető külső-belső forrásokról.<sup>13</sup> Ez egy szükséges és lényeges beavatkozás a traumát követő néhány órában, azonban nem szolgál terápiás, illetve preventív funkciókkal, különösen azok számára, akiknél a felépülés akadályozott lehet.<sup>14</sup>

A pszichológiai elsősegély egy bizonyítékok által támogatott modell, technikája a következő négy alapelvre épül:

1. A traumát követő rugalmas ellenállóképesség (reziliencia) 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 katasztrófaelhárításban részt vevő, elsőként reagáló sürgősségi, illetve mentőalakulatok, teamek erre kiképzett szakemberei által végzett segítő beavatkozásról van szó.<sup>15</sup>

A PFA alapelveit és technikáját a National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) és a National Center for PTSD (NCPTSD) munkatársai dolgozták ki és fektették le a Field Operations Guide for Psychological First Aid című kiadványban.<sup>16</sup> Ez lehetővé teszi a segítőknak, 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 széles körében alkalmazhatóak. Hangsúlyozza, hogy az intervencióknak mind fejlődési szempontból, mind kulturálisan alkalmazkodnia kell a különböző életkorú és háttérű áldozatok igényeihez. Útmutatók segítségével további információt szolgáltat a fiataloknak, felnőtteknek, családoknak stb. a később igénybe vehető gyógyítási lehetőségekről.

13 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. o.

VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress. Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group, 2004.

14 Litz, B., Gray, M., Bryant, R., Adler, A.: Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology*, 2002, 9 (2), 112–134. o.

15 World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO, Geneva, 2011.

16 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.

A pszichológiai elsősegély alapvető céljait nyolc pontban fogalmazzák meg:

1. Kontaktus és elköteleződés: a túlélők által kezdeményezett kapcsolatfelvételre való reagálás, illetve a kapcsolat kialakítása a túlélőkkel segítő, óvatos és nem tolakodó módon.
2. Biztonság és komfort: azonnali biztonságba helyezés, fizikai és érzelmi támogatás nyújtása.
3. Stabilizáció: Az érzelmileg túlterhelt és összezavarodott túlélők megnyugtatása és tájékozódásuk segítése.
4. Információszerzés, aktuális szükségletek és aggodalmak: azonnali szükségletek felmérése, az információk összegyűjtése és a túlélők tájékoztatása. Segíteni a túlélőknek, hogy részletesen mondják el, mi az, amire azonnal szükségük van, mi az, ami miatt leginkább aggódnak, és ellátni őket a megfelelő információkkal.
5. Gyakorlati (praktikus) segítségnyújtás: segíteni a túlélőket az alapvető és legsürgetőbb szükségletek biztosításában.
6. A szociális támogató hálózattal történő kapcsolatfelvétel: segíteni a túlélőknek, hogy minél hamarabb kapcsolatot tudjanak teremteni a számukra fontos szociális támogató közösséggel, így a családtagokkal, barátokkal, szomszédokkal stb.
7. Információ a stresszre adott reakciókról, a megküzdés lehetőségeiről: az adaptív megküzdés, erőforrások támogatása, mind a felnőttek, mind a gyermekek bátorítása arra, hogy aktívan vegyenek részt a gyógyulási folyamatban.
8. Kapcsolatfelvétel az együttműködő szervezetekkel: fontos tisztában lenni a saját kompetenciánkkal és fel-

használhatóságunkkal, és amennyiben szükséges, a túlélőket 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, az idősekkel, a rokkantakkal való bánásmódra. Az ellátás során fontos figyelni a következőkre:

Ne alkossunk feltételezéseket arról, hogy a túlélők milyen élményeken menthettek keresztül, mit tapasztalhattak!

Ne feltételezzük azt, hogy mindenki, aki túlélte a katasztrófát, egyben traumatizálódott is!

Ne patologizáljunk! 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 tehetetlenségükre, gyengeségükre, hibáikra!

Ne feltételezzük azt, hogy minden túlélő beszélni akar velünk! Gyakran a fizikai jelenlét is megnyugtató lehet és segíthet abban, hogy az egyén biztonságban érezhesse magát és képes legyen küzdeni.

Ne végezzünk debriefinget azzal, hogy részletesen beszámoltatjuk az áldozatokat a történeteikről!

Ne adjunk pontatlan információt! Amennyiben nem tudunk válaszolni a túlélők kérdéseire, inkább ismerjük meg a tényeket!

A pszichológiai elsősegélyt számos nemzetközi szakértői csoport ajánlja a pszichológiai debriefing alternatívá-



jaként. 2009-ben a WHO<sup>17</sup> összegezte a két eljárás bizonyítékon alapuló értékeléseit, vizsgálatait, és ennek eredményeként a súlyos traumatikus eseményeket – katasztrófákat – követő azonnali beavatkozásként a pszichológiai elsősegély alkalmazását javasolja. A kidolgozott eljárási protokoll széles

körben alkalmazható az elsődlegesen beavatkozó segítők részéről, különösen az elmaradottabb, fejlődő országok területén, minden esetben a helyi kulturális körülményekhez, kontextushoz illeszkedően. A protokoll kialakítása nemzetközi szervezetek és szakértők konszenzusával történt.

## ÖSSZEGRZÉS

A korunkban zajló klímaváltozás, az ipari és más emberi tevékenységek következményeként a légkörbe juttatott szennyeződés nagyon sok negatív következménnyel jár a Föld lakosságára nézve. A természet instabillá vált, gyakoriak lettek a földrengések, áradások, árhullámok, óriási esőzések, máshol a szárazság, a tűz okoz pusztítást. Ez az instabilitás a világ számos régiójában fegyveres konfliktusokban, háborúkban, terrorcselekedetekben nyilvánul meg, katasztrófavédelem kialakulását okozva ezzel. Ilyen helyzetekben, illetve ezt követően az egészségügyi szakemberek jelenléte kardinális, és nemcsak orvosi, hanem pszichológiai értelemben vett krízishelyzetekről is beszélhetünk ilyenkor. Mindez elengedhetlenné teszi a mentálhigiénés szakemberek bevonását az intervenció és mentési munkacso-

portokba. Az ezen a területen dolgozó pszichológus kapcsolatban áll más szakemberekkel, így orvosokkal, szociális munkásokkal, mentési és segélyszervezetekkel, a rendőrség, hadsereg, illetve katasztrófavédelem szakembereivel stb. A vészhelyzetekben nyújtott sürgősségi lelki, mentális segítség szakmai vezetője, szupervizora, koordinálója lehet a klinikai tapasztalatokkal is rendelkező pszichológus, pszichiáter szakemberekkel szoros együttműködve. Szintén fontos hangsúlyozni, hogy maguk az első szinten beavatkozók is traumatizálódhatnak, náluk is előfordulhatnak az átéltekkel kapcsolatban negatív pszichés következmények, bármennyire felkészült szakemberekről beszélünk is. Az ő preventív felkészítésük és ellátásuk nélkülözhetetlen része a katasztrófa pszichológiának.

## IRODALOMJEGYZÉK

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. <http://www.nctsn.org> és <http://www.ncptsd.va.gov>.

Charlson, F., Ommeren, M., Flaxman, A. et al.: New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019, 394(10184), 240–248. o. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).

17 World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO, Geneva, 2011.

- DSM–5 referencia-kézikönyv a DSM–5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai, Budapest, 2013.
- Kocsis T., Temesvári P., Tóth Gy. et al.: Tömeges-, katasztrófahelyzetek felszámolása. OMSZ Orvosszakmai és Oktatási Osztály, 2019. <https://www.omszorvosszakma.hu/wp-content/uploads/2019/10/To%CC%88meges-katasztro%CC%81fahelyzetek-fel-sza%CC%81mola%CC%81sa.pdf>.
- Litz, B., Gray, M., Bryant, R., Adler, A.: Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology*, 2002, 9 (2), 112–134. o.
- Makwana, N.: Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *J Family Med Prim Care*, 2019, 8 (10), 3090–3095. o. [https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc\\_893\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_893_19).
- Math, S. B., Nirmala, M. C., Moirangthem, S. et al.: Disaster Management: Mental Health Perspective. *Indian J Psychol Med*. 2015, 37 (3), 261–271. o. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.162915>.
- Urbán N.: Fokozott pszichés veszéllyel járó missziós szolgálatok. Az elsődleges prevenció szerepe a traumatizálódás kivédésében. In: *Honvédségi Szemle*, 2009., 63 (5), 25–27. o.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress. Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group, 2004.
- 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. o.
- World Health Organization, Division of Mental Health: *Psychosocial Consequences of Disasters. Prevention and Management*. Geneva, 1992.
- World Health Organization. *Mental health in emergencies*. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO, Geneva, 2011. [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

## THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DISASTERS

**AUTHOR** Nóra Urbán PhD, lieutenant colonel

**KEYWORDS** disaster, mental health, trauma, acute and posttraumatic stress disorder, psychosocial intervention, psychological first aid

**ABSTRACT** *Every year individuals and communities are being affected by disasters, which disrupts their mental health and well-being. Both of natural (e.g., floods, hurricanes, earthquakes) and man-made (e.g., mass violence, military conflicts, terrorism) disasters can adversely impact mental health among those directly or indirectly exposed. A range of psychiatric disorders can develop in the aftermath of disaster exposure, including alcohol use disorder, posttraumatic stress disorder (PTSD), obsessive–compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and major depressive disorder. The losses, hardships, and other psychosocial stressors not only cause great personal suffering and distress, but also disturb family, social, and occupational functioning. In terms of the prevention of the short to longer-term aftermath of disaster, there is consensus for supporting a strategic model of care comprising universal and standard treatment components. Determining the most effective early, immediate intervent-*

*ions following traumatic events depends on a lot of factors, including available resources, the nature of event, the goals of intervention strategies, and the timing of the intervention. Psychological First Aid (PFA) is an evidence-informed approach to help children, adolescents, adults, and families in the immediate aftermath of disaster and terrorism. PFA was developed by the National Child Traumatic Stress Network and the National Center for PTSD, with contributions from individuals involved in disaster research and response. PFA is designed to reduce the initial distress caused by traumatic events and to foster short- and long-term adaptive functioning and coping.*