

**BEZPIECZEŃSTWO** • 2018 nr 2
TEORIA I PRAKTYKA

e-ISSN 2451-0718

ISSN 1899-6264

Elżbieta Sideris

dr, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ratownictwo psychologiczne w fazie „pierwszego uderzenia”

Wprowadzenie

Szybki rozwój cywilizacji niesie za sobą wiele zagrożeń, wpływając znacząco na obniżenie poczucie bezpieczeństwa społeczeństw. Ten narastający problem zauważony został przez Radę Unii Europejskiej już w 2007 r., kiedy to ustanowiono Wspólnotowy Mechanizm Ochrony Ludności, decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady w grudniu 2011 r. przekształcony w Unijny Mechanizm Ochrony Ludności. 3 listopada 2017 r. Komisja Europejska wydała komunikat o nasileniu współpracy i solidarności państw europejskich w aspekcie zarządzania kryzysowego oraz tworzenia europejskich mechanizmów ochrony ludności. W dokumencie zwraca się szczególną uwagę na zmiany klimatyczne, z którymi coraz częściej boryka się Europa, zaliczając do nich dramatyczne skutki intensywnych i nieprzewidywalnych, ekstremalnych zjawisk pogodowych i trzęsień ziemi. W wyniku samych tylko katastrof naturalnych w Europie w 2017 roku zginęło ok. 500 osób. W dokumencie zwraca się również uwagę na zagrożenia związane z incydentami terrorystycznymi, które pociągnęły za sobą wiele ofiar, oraz z groźnymi epidemiami¹.

Katastrofy spowodowane siłami natury czy działalnością człowieka, wywołujące negatywne skutki i duże straty, przekładające się na znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków określamy jako sytuacje kryzysowe². Każde tragiczne, budzące

¹ European Commission Communication from the Commission to the European Parliament, the Council and the Committee of the Regions, *Strengthening EU Disaster Management: rescEU Solidarity with Responsibility* Brussels, 23.11.2017.

² Dz.U. z 2013 r., poz. 1166 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 sierpnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zarządzaniu kryzysowym.

przeżycie wydarzenia, którego efektem jest jednoczesna liczba ofiar i/lub strat materialnych, wymaga wprowadzenia – dla ograniczenia skutków tej sytuacji – specjalnych procedur zgodnych z ustawą o zarządzaniu kryzysowym.

Dylemat – pomagać czy nie pomagać?

Zdarzenie naruszające podstawowe wartości człowieka – zagrożenie życia, poważnego uszkodzenia ciała albo naruszenia integralności – nazwiemy traumatycznym, tj. wywołującym u osoby doświadczającej lub będącej świadkiem strach, poczucie bezradności, zgrozę lub dezorganizację zachowania. W konsekwencji takiego przeżycia może dojść do zaburzeń stresowych pourazowych, a także zaburzeń współwystępujących: depresyjnych, lękowych, odżywiania czy nadużywania substancji psychoaktywnych, pojawiają się również problemy w życiu prywatnym, społecznym i zawodowym. Sytuacje te stanowią potencjalny czynnik wystąpienia różnorodnych objawów psychopatologicznych, daleko wykraczających poza zakres zwyczajnego ludzkiego cierpienia³.

W Polsce systematycznie wzrasta liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że tylko w warunkach ambulatoryjnych w 2015 r. prawie 1,6 mln osób leczyło się w poradniach specjalistycznych. Najczęstszą przyczyną korzystania z tej formy opieki były zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (prawie 1,4 mln osób). Z powodu uzależnienia od alkoholu leczyło się 172 tys. osób, a ponad 40 tys. – z powodu używania innych substancji (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne itp.). W strukturze zaburzeń psychicznych dominowały szeroko pojęte zaburzenia nerwicowe (1144 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (836 leczonych na 100 tys. ludności)⁴. Warto tu wyjaśnić, że zaburzenia nerwicowe (w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 11) zostały zastąpione terminem „zaburzenia lękowe”, jako związane z przeżywaniem strachu. Należą one do grupy zaburzeń psychicznych o bardzo różnorodnej symptomatyce, definiowanej jako „zespoły dysfunkcji narządów, psychogennych zaburzeń emocjonalnych, zakłóceń procesów psychicznych i patologicznych form zachowania”, występujących w tym samym czasie i powiązanych ze sobą wzajemnie⁵.

Porównując dane z lat 2013–2014, w roku 2015 odnotowano znaczący wzrost liczby pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia lękowe (o 8 tys.) i leczonych z powodu używania środków psychoaktywnych (o ok. 3 tys.). Jeśli zatem zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, którego ochronę zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane⁶, to natychmiastowa pomoc psychologiczna dla uczestników traumatyzujących

³ K. Wrześniewski, *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. 3, GWP, Gdańsk 2005.

⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, Warszawa 2017.

⁵ ICD – 11 *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, „Psychiatria Polska” 2017, Vol. 51, No. 2, s. 169–195.

⁶ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2016 r., poz. 546.

zdarzeń jest uzasadniona. Należy pamiętać, że stres to także podstawowy czynnik psychospołeczny wywołujący bądź zaostrzający objawy wielu chorób somatycznych, którego skutki mogą pojawić się nawet po kilku latach. Lista schorzeń wywołanych przez doświadczanie nadmiernego stresu obejmuje choroby serca i układu krążenia, choroby nowotworowe i wrzodowe (żołądka i dwunastnicy)⁷.

Jeśli pomagać, to kiedy?

Różne zdania – nawet wśród specjalistów zdrowia psychicznego – na temat pomocy psychologicznej świadczonej poszkodowanym na miejscu zdarzenia wywołują konsternację i być może stanowią pośrednio przyczynę niezbyt należytego uwzględnienia tego rodzaju pomocy w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego. Mimo że w wielu publikacjach naukowych wskazywano szeroko rozumiane wsparcie społeczne (*social support*) jako wystarczający element pomocowy na miejscu zdarzenia, to jednak już w 2010 r. Rada Unii Europejskiej apelowała do państw członkowskich, aby:

- 1) włączyć pomoc psychospołeczną w poszczególne fazy zarządzania ryzykiem i sytuacją nadzwyczajną (fazę profilaktyki, interwencji i łagodzenia skutków);
- 2) ułatwiać i wspierać kształtowanie indywidualnej i społecznej odporności grup poszkodowanych w wyniku katastrof;
- 3) propagować ujmowanie w planach ochrony ludności zespołów do spraw opieki psychospołecznej, tak aby ich działania wespół z innymi zespołami/institucjami można było łatwiej koordynować na szczeblu dowodzenia w terenie;
- 4) odpowiednio szkolić pod względem psychospołecznym personel służb ratowniczych i pracowników innych kategorii, tak aby:
 - zwiększyć ich zdolność do psychospołecznej samoobrony i radzenia sobie ze stresem w sytuacjach krytycznych,
 - wskazać podstawowe pojęcia z zakresu pomocy psychospołecznej mające usprawnić ich działania w czasie akcji ratowniczych i pomocy ofiarom,
 - uwzględniać średnio- i długookresową rehabilitację psychospołeczną w różnych aspektach życia społecznego,
 - w zarządzaniu ryzykiem uwzględniać specjalne programy na szczeblu lokalnym poświęcone postrzeganiu ryzyka i informowaniu o nim,
 - działania monitorujące i oceniające towarzyszyły całej pomocy psychospołecznej niesionej w terenie⁸.

Również na stronie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego można znaleźć informację o 2500 przeszkolonych psychologów, zwanych „psychologami katastrof” (z terenu USA i Kanady), pomagających poszkodowanym na miejscu tragicznych zdarzeń. Można założyć, że szeroko rozumiane wsparcie społeczne udzielane ofiarom

⁷ E. Sideris, *Miejsce i rola psychologów w Systemie Zarządzania Kryzysowego*, [w:] *Organy administracji publicznej i instytucje w zarządzaniu kryzysowym*, red. G. Sobolewski, D. Majchrzak, Z. Sobejko, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2016.

⁸ Council of the European Union, *Draft Council Conclusions on Psychosocial Support in the Event of Emergencies and Disasters*, Brussels, 21 May 2010, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09838.en10.pdf> [dostęp: 17.02.2018].

katastrof nie jest wystarczające dla ich szybkiego powrotu do równowagi psychicznej i radzenia sobie z traumatycznym zdarzeniem⁹.

Polskie doświadczenia wskazują na ogromną lukę organizacyjno-prawną pomiędzy pomocą psychologów policyjnych (z których kompetencji korzystano niejednokrotnie na miejscu zdarzenia) świadczoną poszkodowanym, a średnio- i długookresową rehabilitacją psychospołeczną w różnych aspektach życia społecznego. Po pierwsze dlatego, że zgodnie z ustawą o policji z dnia 6 kwietnia 1990 r. psychologowie tej formacji predestynowani są głównie do pomocy policjantom i ich rodzinom, a po drugie – nie świadczą na miejscu zdarzenia takich usług, które pozwoliłyby powiązać ich z pomocą średnio- i długofalową.

Czy wyciągnęliśmy wnioski z cudzych doświadczeń?

Trzęsienie ziemi w Meksyku z 2017 r. pochłonęło 248 ofiar śmiertelnych. Na portalu internetowym CNN Internacional znaleźć można było relacje świadków zdarzenia: „To było straszne, czułem, że nagle zaczęła się pode mną ruszać ziemia. W pobliskim budynku wypadły szyby z okien, chwilę później zawaliła się cała budowla”; „Ludzie byli bezradni, nie wiedzieli co robić, wybuchła panika”¹⁰.

Koordinator psychologów meksykańskich, biorących udział w akcji pomocowej na miejscu zdarzenia, udzielając wywiadu stwierdził, że zazwyczaj znaczna część pomocy psychologicznej, którą otrzymują poszkodowani po klęskach żywiołowych, nadchodzi miesiące po wydarzeniu (jeśli w ogóle) często dopiero po zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Do Meksyku psychologowie przybyli znacznie szybciej; w ciągu kilku godzin po trzęsieniu setki z nich oferowało pomoc w schroniskach w budynkach rządowych i za pośrednictwem gorących linii. Uraz tego wydarzenia może mieć wpływ nie tylko na tych, którzy stracili bliskich, ale także na tych, którzy byli ewakuowani z budynków, a także ochotników, pomagających w akcji ratunkowej: „Jeśli świat może się czegoś nauczyć z tego, co wydarzyło się w Meksyku 19 września 2017 r., to to, że natychmiastowa pomoc w zakresie zdrowia psychicznego, może być kluczem do pomocy ludziom w radzeniu sobie z traumą w perspektywie długoterminowej”¹¹.

Co jest czym, czyli rzecz o terminologii

W celu lepszego zrozumienia zagadnienia należy zacząć od zdefiniowania pewnych pojęć. Pomoc psychologiczna to różne formy oddziaływania świadczone przez psychologa klinicznego. Cele tej pomocy są ukierunkowane na związane ze zdrowiem dobro pojedynczych osób i całych społeczności¹². Psychologowie kliniczni zajmują się profilaktyką, diagnostyką oraz terapią zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, czyli zaburzeniami w regulacji stosunków człowieka z otoczeniem. Interesuje ich w szczególności zdrowie psychiczne (norma i patologia), stres i sytuacje kryzysowe,

⁹ American Psychological Association (APA), www.apa.org.

¹⁰ CNN International, <https://edition.cnn.com/tv> [dostęp: 17.02.2018].

¹¹ J. Trevino, *The 'disaster psychologists' who helped after Mexico's*, <http://www.bbc.com/future/story/20170929-the-disaster-psychologists-who-helped-after-mexicos-quake> [dostęp: 26.10.2018].

¹² E. Sideris, *Pierwsza pomoc psychologiczna w systemie zarządzania kryzysowego – rozwiązanie modelowe*, [w:] *Zarządzanie kryzysowe: problemy, wyzwania, kierunki doskonalenia*, red. I. Denysiuk, Z. Sobejko, wyd. Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2017.

które nie mieszczą się w obszarze klasycznie rozumianej psychopatologii. Specyficznymi formami takich oddziaływań są m.in. psychoterapia, interwencja kryzysowa, rehabilitacja czy psychoedukacja, określane obecnie mianem pomocy psychologicznej. W praktyce psychologowie kliniczni kojarzeni są ze służbą zdrowia, jednak już w 1979 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne uznało formalnie nowy dział psychologii – psychologię zdrowia, zajmującą się badaniem wpływu zjawisk psychicznych na ogólny stan zdrowia, a także wpływu ogólnego stanu zdrowia na samopoczucie psychiczne. Podstawowym założeniem jest uznanie zdrowia za wartość społeczną i nieograniczenie się w działaniach do systemu opieki zdrowotnej, lecz objęcie nimi wszystkich dziedzin życia i aktywności człowieka. Pojęcia zdrowia i choroby są traktowane jako dwa końce kontinuum. Psychologia zdrowia odchodzi od kategorii patologii na korzyść zasobów człowieka i jego możliwości rozwojowych.

Jednym z działań świadczonych przez psychologa klinicznego lub psychologa zdrowia jest interwencja kryzysowa, polegająca na kontakcie terapeutycznym skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem, a w konsekwencji do jego rozwiązania. Jest to działanie doraźne i krótkoterminowe, polegające na zredukowaniu symptomów oraz przywróceniu równowagi psychicznej osobie w kryzysie, aby zapobiec dalszej dezorganizacji¹³.

Ustawa o pomocy społecznej w art. 47 pkt. 1 traktuje interwencję kryzysową jako jedno ze świadczeń pomocy społecznej i opisuje jako zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu, której celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, co ma zapobiec przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej (art. 47 pkt. 3)¹⁴. Jednak, gdy miejscem świadczenia tej usługi jest Ośrodek Interwencji Kryzysowej, to taka pomoc nie ma charakteru natychmiastowego, czyli jest odroczone w czasie.

Brakujące ogniwo, czyli jak włączyć średnio- i długookresową rehabilitację psychospołeczną poszkodowanych przy braku istotnych danych z miejsca zdarzenia?

Niewątpliwie takim ogniwem jest pomoc psychologiczna z fazy „pierwszego uderzenia”. Ratownictwo psychologiczne – pierwsza pomoc psychologiczna to właśnie działania psychologa na miejscu zdarzenia, opierające się na głębokim zrozumieniu sytuacji osoby poszkodowanej, umiejętności nawiązania kontaktu i stosowania różnorodnych specjalistycznych procedur. Niezbędne jest bardzo duże zaangażowanie, gotowość do działania w sytuacjach kryzysowych, umiejętność szybkiego

¹³ E. Sideris, *Pierwsza pomoc psychologiczna w systemie Zarządzania Kryzysowego – rozwiązanie modelowe*, [w:] *Zarządzanie kryzysowe: problemy...*, op. cit.

¹⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163).

podejmowania decyzji, sprawnej organizacji, współpracy w zespole, samokontroli i odporności na stres. Ten rodzaj pracy wymaga odpowiednich dyspozycji emocjonalnych, wysokich kwalifikacji zawodowych i etycznych.

Jeśli uznamy, że pierwsza pomoc psychologiczna świadczona na miejscu zdarzenia oznacza prewencję zaburzeń pourazowych, to w sytuacji zdarzeń o ograniczonej liczbie poszkodowanych (zdarzenie pojedyncze i mnogie) specjaliści do spraw zdrowia psychicznego mogliby posłużyć się wskazówkami zawartymi w skrypcie wydanym przez National Child Traumatic Stress Network i National Center for PTSD, gdzie opisano osiem podstawowych działań w zakresie pierwszej pomocy psychologicznej:

- 1) nawiązanie kontaktu – zainicjowanie kontaktu z osobami poszkodowanymi lub odpowiedź na ich prośby o pomoc bądź informacje;
- 2) zapewnienie bezpieczeństwa i dobrostanu fizycznego i psychicznego – przywrócenie i podtrzymanie poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją oraz zwrócenie uwagi osoby poszkodowanej na kwestie zdrowotne, a także bezpieczeństwa osobistego;
- 3) stabilizacja – obniżenie napięcia emocjonalnego;
- 4) zbieranie informacji na temat aktualnych potrzeb osób poszkodowanych;
- 5) pomoc praktyczna – zaspokojenie bieżących potrzeb osób poszkodowanych;
- 6) uaktywnienie kanałów wsparcia społecznego – członków rodzin, przyjaciół, pomoc społeczną, pomoc ze strony samorządu itp.; celem jest udzielenie osobie poszkodowanej pomocy natychmiastowej i/lub długoterminowej;
- 7) udzielenie informacji na temat objawów stresu i technik radzenia sobie, niezbędnych dla zminimalizowania objawów stresu i podtrzymania zachowań adaptacyjnych;
- 8) ułatwienie kontaktu ze służbami społecznymi – pomoc w nawiązaniu kontaktu lub udzielenie informacji o tego typu możliwościach, które mogą być przydatne w przyszłości¹⁵.

Jeśli jednak uznamy, że pierwsza pomoc psychologiczna świadczona na miejscu zdarzenia powinna mieć charakter wieloaspektowy, uwzględniający działania diagnostyczne, terapeutyczne, profilaktyczne i edukacyjne, to tak jak służby ratownicze stosują procedury segregacji medycznej, tak należałoby wprowadzić procedury segregacji psychologicznej. Ich zastosowanie pozwoliłoby skutecznie udzielić pomocy psychologicznej na miejscu zdarzenia jak największej liczbie poszkodowanych przy wykorzystaniu dostępnych zasobów. Takie postępowanie obejmowałoby zatem cały szereg działań oraz odpowiednie metody i techniki służące osiągnięciu powyższych celów, co pozwoliłoby na zachowanie płynnej granicy pomiędzy pierwszą pomocą psychologiczną a interwencją kryzysową oraz dalszą – średnio- i długookresową rehabilitacją.

W sytuacji kryzysowej podstawowym założeniem pierwszej pomocy psychologicznej jest zatem zapewnienie wszystkim potrzebującym niezbędnych usług psychologicznych na miejscu tragicznego zdarzenia, co wymaga umiejętności diagnozowania

¹⁵ The National Child Traumatic Stress Network, *National Center for PTSD Psychological First Aid. Field Operations Guide*, 2nd Edition, www.nctsn.org.

stanu psychicznego i prowadzenia doraźnych działań terapeutycznych¹⁶. W konsekwencji tych działań możemy spodziewać się:

- zmniejszenia liczby zachowań samobójczych, agresywnych i autoagresywnych;
- obniżenia poziomu odczuwanego stresu u poszkodowanych i społeczności lokalnej;
- zmniejszenia ilości zachorowań na PTSD i inne zaburzenia współwystępujące;
- zwiększenia indywidualnego poczucie bycia pod opieką;
- zwiększenia prawdopodobieństwa szybszego powrotu do równowagi i pogłębienie umiejętności zaradczych;
- wzbudzania motywacji do udzielania wsparcia społecznego i wyczerpania na sytuację nieradzenia sobie u innych;
- zwiększenia wiedzy i umiejętności poszkodowanych i społeczności lokalnej w zakresie radzenia sobie z sytuacją;
- zwiększenia wiedzy na temat dostępnej specjalistycznej pomocy psychologicznej;
- wsparcia działań służb ratowniczych;
- podniesienia jakości usług niesionych poszkodowanym na miejscu zdarzenia w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia;
- zwiększenia porządku na miejscu zdarzenia poprzez prowadzenie działań pomocowych zgodnych z kompetencjami;
- zmniejszenia niezadowolonych społecznych i zachowań agresywnych w stosunku pomagających i decydentów¹⁷.

Biorąc pod uwagę, że samo pojęcie pomocy psychologicznej zawiera w sobie szereg różnego rodzaju oddziaływań, to pomoc świadczona na miejscu zdarzenia mogłaby przyjąć nazwę np. ratownictwa psychologicznego, co ułatwiłoby m.in. komunikację pomiędzy zarządzającymi sytuacjami kryzysowymi, a wyspecjalizowanymi w tego typu działaniach grupami psychologów.

First psychological aid czy pierwsza pomoc przedpsychologiczna?

Skala katastrof występujących na świecie (rozmiar, obszar i wielkość szkód) sprawia, że często wymagana jest pomoc różnych organizacji międzynarodowych (np. tsunami na Oceanie Indyjskim w 2004, trzęsienie ziemi na Haiti z 2010). Na potrzeby świadczenia usług psychologicznych w tego rodzaju sytuacjach wprowadzono niefortunne określenie *first psychological aid*. Do takich działań szkoleni są wolontariusze z organizacji Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża oraz Czerwonego Półksiężyca, ponieważ to z ich zasobów zwykle korzysta się, udzielając pomocy poszkodowanym na całym świecie. Jednak ten rodzaj pomocy to nadal jedna z form wsparcia społecznego, tyle, że świadczona przez osoby lepiej przygotowane. Niestety, *first psychological aid* jest często rozumiane wprost, jako świadczenie pomocy psychologicznej, której może udzielić każdy bez względu na wykształcenie kierunkowe. Pomija się tu

¹⁶ E. Sideris, *Miejsce i rola psychologów...*, op. cit.

¹⁷ Eadem, *Na gruzach naszych przekonań – świat po WCT* (artykuł w druku).

też fakt, że tak jak w przypadku pierwszej pomocy – tzw. pomocy przedmedycznej – udzielać może jej każdy pod warunkiem przejścia odpowiedniego szkolenia. Zatem *first psychological aid* dobrze byłoby zastąpić terminem *first pre-psychological aid*, która powinna być świadczona przez osoby w tym kierunku przeszkolone.

W Polsce kursy *first pre-psychological aid* nie są prowadzone, a korzystanie tylko ze wskazówek umieszczonych na stronach internetowych różnych organizacji nie jest wystarczające do udzielania tego rodzaju pomocy. Służby ratownicze (PSP i PRM) szkoli się pod kątem udzielania wsparcia psychologicznego, tak aby nie pogłębiały przypadkiem zaburzeń równowagi psychicznej u poszkodowanych, a jednocześnie by ratownicy sami lepiej radzili sobie ze stresem pomagając innym. Służby te jednak pomagają w wąskim zakresie, gdyż na miejscu zdarzenia mają do wypełnienia zupełnie inne zadania.

Wsparcie społeczne

W sytuacjach kryzysowych pierwsi na miejscu zdarzenia są zawsze poszkodowani i okoliczna społeczność lokalna. To oni podejmują próby wzajemnego ratowania siebie i mienia. To oni, na późniejszym etapie, z jednej strony pomagają służbom ratowniczym, z drugiej zaś stanowią mogą potencjalne zagrożenie dla sprawności prowadzenia akcji. Sami też udzielają pierwszej pomocy socjalnej (woda, koce) i instynktownie podejmują próby udzielania wsparcia psychicznego poszkodowanym. I tu pojawia się luka. Jeśli przyjmiemy, że poszkodowani i okoliczna społeczność lokalna udzielają sobie wzajemnej pomocy do czasu pojawienia się profesjonalnych służb ratowniczych, które przejmują dowodzenie, to można założyć, że również udzielanie nieprofesjonalnej pomocy psychologicznej ma miejsce do czasu przyjazdu specjalistów psychologów.

Jeśli cechą charakterystyczną sytuacji kryzysowych jest zbyt mała ilość sił i środków, które trzeba ściągnąć z zewnątrz (zatem docierają z opóźnieniem), to oczywistym staje się, że również psychologowie będą korzystać z pomocy poszkodowanych i społeczności lokalnej, przydzielając im pewne zadania. Jeśli zatem reagowanie w sytuacji kryzysowej jest procesem, to w miarę doływu profesjonalistów ta wzajemna pomoc jest ograniczana lub też wskazywane są takie jej obszary, gdzie społeczność lokalna nie powinna zaszkodzić. Należy jednak pamiętać, że bez zaangażowania społeczności lokalnej często trudno byłoby udzielić właściwej pomocy poszkodowanym na miejscu zdarzenia.

Jeśli zatem społeczność lokalna, poszkodowani i ich rodziny, znajomi oraz przyjaciele udzielają sobie tego rodzaju wzajemnej pomocy, to nazwiemy ją wsparciem społecznym. Jeśli będą jej udzielać osoby odpowiednio przeszkolone, to nazwiemy to pierwszą pomocą przedpsychologiczną – *first pre-psychological aid*, a jeśli pomoc świadczą specjaliści psychologowie, to jest to pierwsza pomoc psychologiczna.

Wyzwania, czyli jak dotrzeć do świadomości decydentów

W Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego znajdziemy niewiele miejsca poświęconego pomocy psychologicznej na miejscu zdarzenia¹⁸. Na stronie 190 części B czytamy:

pomoc psychologiczna ofiarom sytuacji kryzysowych ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Pytanie, jakie się nasuwa, to kto ma te możliwości sprawdzać na miejscu zdarzenia. Nie każdy dysponuje takimi indywidualnymi zasobami i możliwościami, aby poradzić sobie z równie traumatycznym zdarzeniem. Gdyby tak było, usunięto by z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń ICD – 11 jednostkę chorobową, jaką jest PTSD.

W kolejnym akapicie KPZK wskazuje, komu i kiedy taka pomoc będzie udzielona:

w szczególności osobom i rodzinom dotkniętym zdarzeniem losowym albo sytuacją kryzysową spowodowaną klęską żywiołową lub ekologiczną.

Ustawodawca pomija tu tak tragiczne zdarzenia, jak ataki terrorystyczne lub katastrofy komunikacyjne czy budowlane. A zatem ofiarom tego rodzaju zdarzeń taka pomoc się nie należy? Prościej byłoby użyć sformułowania: katastrofy naturalne i antropogeniczne.

Zgodnie z zapisem w KPZK i ustawą o pomocy społecznej, interwencja kryzysowa jest taką jej formą, w ramach której udziela się natychmiastowej pomocy psychologicznej, ale (jak wspominałam wcześniej) miejscem świadczenia usługi jest Ośrodek Interwencji Kryzysowej. Zatem nie będzie to pomoc natychmiastowa, tylko odroczone i świadczona wyłącznie tym, którzy się po nią zwrócą. Czytając dalej, dowiadujemy się, że

podstawową jednostką organizacyjną właściwą do udzielania wsparcia psychologicznego [a powinno być „pomocy” – E.S.] ofiarom sytuacji kryzysowych w formie interwencji kryzysowej jest działające w powiecie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – PCPR (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w mieście na prawach powiatu), z wykorzystaniem potencjału funkcjonującego Ośrodka Interwencji Kryzysowej (OIK).

PCPR udziela pomocy socjalnej, a pracujący w OIK-ach specjaliści psychologowie – pomocy psychologicznej o charakterze interwencji kryzysowej.

Taki brak precyzji w zapisach nie daje możliwości wszechstronnego działania i zaspokajania potrzeb osób poszkodowanych, a umożliwiałoby zatrudnianie osób bez dyplomu psychologa. Dodatkowo w dokumencie wskazuje się, że w sytuacji kryzysowej do pomocy lokalnemu Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie (Ośrodkowi Interwencji Kryzysowej)

¹⁸ Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (RCB), <https://rcb.gov.pl/krajowy-plan-zarzadzania-kryzysowego> [dostęp: 17.02.2018].

mogą być zaangażowani: specjaliści z placówek opiekuńczo-wychowawczych, kwalifikowany personel z placówek oświatowych (psychologowie) i osoby zatrudnione w poradniach psychologiczno-pedagogicznych), kwalifikowany personel organizacji pozarządowych, stowarzyszeń, kościołów, organizacji pożytku publicznego i wolontariatu – na podstawie wcześniejszych umów i porozumień, psychologowie samodzielnie praktykujący, kwalifikowany personel z jednostek (uczeln) nadzorowanych przez Ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego.

Nie wskazuje się tu na żadne kwalifikacje. Co oznacza np. zapis „kwalifikowany personel organizacji pozarządowych, stowarzyszeń, kościołów, organizacji pożytku publicznego i wolontariatu”? Czy pomocy psychologicznej może udzielać każdy, kto ma jakiegokolwiek kwalifikacje z jakiegokolwiek dziedziny? W zapisach pomija się również fakt, że sami psychologowie mają swoje specjalności czy specjalizacje. Nie każdy ma wystarczające kompetencje, aby działać w tak ekstremalnych sytuacjach, a niekiedy i warunkach.

W jaki sposób przy takich zapisach połączyć pomoc na miejscu zdarzenia z interwencją kryzysową oraz ze średnio- i długofalową rehabilitacją psychologiczną? W jaki sposób prowadzić niezbędną dokumentację? Jak określić potrzeby? W konsekwencji – jak ograniczyć występowanie zaburzeń psychicznych u osób, które przeżyły zdarzenie traumatyczne?

Zapomina się tu, że właśnie w fazie pierwszego uderzenia poszkodowani będą:

- sprawiać wrażenie oszołomionych, zagubionych, apatycznych; dominują uczucia niedowierzania, zaprzeczania;
- odpowiadać na próby pomocy w sposób pasywny i posłuszny lub buntowniczy i agresywny;
- doświadczać silnego strachu połączonego z objawami pobudzenia fizjologicznego: przyspieszonym biciem serca, wzmożonym napięciem mięśniowym, objawami ze strony przewodu pokarmowego;
- odczuwać podwyższony niepokój i brak decyzyjności; doświadczać odczucia porzucenia oraz utraty poczucia bezpieczeństwa i odczuwać silną potrzebę otrzymania pomocy;
- obwiniać się, czuć wstyd w związku z tym, że przeżyli; czuć się odpowiedzialnymi za los innych; zastanawiać się, czy mogli zachować się inaczej;
- podejrzliwi, będąc zależnymi od cudzej pomocy czuć potrzebę izolacji lub przeciwnie – silną potrzebę przebywania z innymi;
- mieć ambiwalentne odczucia odnośnie do informacji o zaistniałej katastrofie;
- reagować napadami złości i zachowaniami agresywnymi lub całkowitą apatią i brakiem mobilizacji do działania;
- przejawiać reakcje dysocjacyjne (możliwe objawy splątania i zaburzeń psychotycznych: złudzenia, halucynacje, omamy, zaburzenia mowy, niezorganizowane ruchy)¹⁹.

Prowadząc działania pomocowe na miejscu zdarzenia, psychologowie specjaliści, bazując na swojej wiedzy i doświadczeniu, powinni diagnozować i różnicować stan osób poszkodowanych, uwzględniając ryzyko zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poszkodowanego lub innych uczestników zdarzenia, a w sytuacji wyższej konieczności,

¹⁹ E. Sideris, *Na gruzach...*, *op. cit.*

przy współpracy z Państwowym Ratownictwem Medycznym, kierować te osoby do wyznaczonych szpitali. W swoich działaniach mogą posłużyć się opisanymi już wskazówkami zawartymi w skrypcie wydanym przez National Child Traumatic Stress Network oraz National Center for PTSD, prowadząc inne doraźne działania pomocowe zależne od potrzeb poszkodowanego oraz zbierając niezbędne informacje potrzebne instytucjom takim jak np. Ośrodek Interwencji Kryzysowej do ewentualnego wprowadzenia indywidualnego planu pomocy długofalowej.

Jeszcze raz chcę podkreślić, że oprócz doświadczenia w pracy z poszkodowanym ważne jest, aby psycholog pracujący na miejscu zdarzenia i prowadzący dalsze działania pomocowe w Ośrodku Interwencji Kryzysowej, miał odpowiednie merytoryczne przygotowanie kliniczne (specjalność, specjalizacja), psychoterapeutyczne lub z dziedziny psychologii zdrowia. Psycholog specjalizujący się w innych obszarach (np. psychologii rozwojowej, wychowawczej, społecznej czy pracy) takiego przygotowania nie ma.

Ustawa o Ochronie Ludności?

Przez wiele lat nikt nie zajmował się tym aspektem, aż w 2016 r. pojawił się nowy projekt Ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej. Na stronie serwisu informacyjnego Obrony Cywilnej Kraju²⁰ pojawiło się uzasadnienie owej regulacji, mającej na celu

stworzenie ram prawnych dla zapewnienia warunków niezbędnych dla ochrony życia i zdrowia ludzi oraz podstawowych warunków dla przetrwania ludności w sytuacjach zagrożeń, współpracy i współdziałania systemów, organów, służb i innych podmiotów wykonujących zadania z zakresu ochrony ludności, usprawnienie koordynowania przyjmowania i udzielania pomocy humanitarnej.

Ustawa kładzie też duży nacisk na kształtowanie świadomości społeczeństwa oraz promowanie odpowiednich zachowań w obliczu zagrożeń w celu zwiększenia bezpieczeństwa oraz zmniejszenia ich bezpośrednich skutków. Aby lepiej zrozumieć tę zawziętość, należało sięgnąć po prostą definicję ochrony ludności, rozumianej jako wszelkie „działania zarówno administracji publicznej, jak i indywidualne, zmierzające do: zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia ludności oraz ich mienia, utrzymania sprzyjających warunków środowiskowych niezbędnych do przeżycia, udzielenia pomocy socjalnej i psychologicznej poszkodowanym oraz osłony prawnej, przygotowania edukacyjnego i sprawnościowego społeczeństwa do radzenia sobie w sytuacji katastrof, klęsk żywiołowych i konfliktów zbrojnych oraz bezpośrednio po nich”²¹.

A zatem aspekt psychologiczny wynika tu z samej definicji. Z jednej strony wspomina się o pomocy psychologicznej poszkodowanym, a z drugiej – o przygotowaniu edukacyjnym ludności, aby lepiej sobie radziła w sytuacji wystąpienia zagrożeń i po ich ustąpieniu.

W propozycji do zmiany ustawy czytamy w art. 2:

²⁰ Obrona Cywilna Kraju. Serwis Informacyjny, www.ock.gov.pl.

²¹ <https://pl.wikipedia.org/wiki>.

Ilekroć w ustawie jest mowa o:

ochronie ludności – rozumie się przez to zintegrowaną działalność organów administracji publicznej właściwych w sprawach ochrony ludności i podmiotów realizujących zadania mających na celu ochronę życia i zdrowia ludności przebywającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz ochronę mienia, środowiska naturalnego i dziedzictwa kulturowego w przypadku wystąpienia zagrożenia, oraz obronę cywilną jako przygotowanie i realizacja zadań ochrony ludności po wprowadzeniu stanu wojennego i w czasie wojny określonych ustawą z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2015 r., poz. 827 z późn. zm. 2) oraz realizację zadań z zakresu zarządzania kryzysowego określonych w ustawie z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2013 r., poz. 1166, z późn. zm. 3).

Czy zatem taki zapis jest jednoznaczny? Czy podobny jest do definicji użytej powyżej? Jeśli zgodzimy się z zapisem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, gdzie w preambule uznaje się zdrowie psychiczne za fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane, realizując zadania służące m.in. zapobieganiu zaburzeniom psychicznym (rozdz. I, art. 1, pkt. 1 i 2), to zapis wydaje się jednoznaczny. Zatem należałoby spodziewać się, że powszechna edukacja społeczeństwa będzie również zawierała aspekt psychologicznych sytuacji kryzysowych, widoczny (zgodnie z zapisem pkt. h zadania OC) m.in. w podstawie programowej przedmiotu „edukacja dla bezpieczeństwa”. Należy mieć nadzieję, że Rada Ministrów, która ma określić w drodze rozporządzenia zasady organizacji, tryb i sposoby prowadzenia edukacji z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej (w tym szkoleń) oraz zakres obowiązkowych szkoleń organów ochrony ludności i podmiotów określonych w art. 3, biorąc pod uwagę potrzebę zapewnienia właściwego dostępu społeczeństwa do edukacji z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej, uzna za zasadne takie wieloaspektowe powszechne przygotowanie społeczeństwa na wypadek zdarzeń traumatycznych.

Jeśli nie zadbamy o wzmocnienie odporności psychicznej na wypadek sytuacji kryzysowych i nie przygotowujemy społeczeństwa do udzielania pierwszej pomocy przedpsychologicznej, to nie należy się spodziewać, że taka edukacja przyniesie spodziewane rezultaty w obszarze ochrony ludności.

Niestety, ograniczenia finansowe doprowadzić mogą po raz kolejny do niezagłębiania się decydentów w aspekty psychologiczne sytuacji traumatycznych, co pozornie – i tylko początkowo – ograniczy wydatki z budżetu państwa ponoszone na pomoc poszkodowanym. Nerozpoznanie i nieudzielenie w porę właściwej pomocy potrzebującym może w konsekwencji doprowadzić do przewlekłych, niejednokrotnie nieodwracalnych urazów psychicznych i zaburzeń somatycznych wymagających dłuższego leczenia i rehabilitacji oraz licznych problemów natury społecznej (bezrobocie, przestępczość, uzależnienia, problemy rodzinne, zawodowe, szkolne,...), co zwielenokrotni wydatki pochodzące z budżetu państwa²². Prewencja jest bowiem znacznie tańsza od leczenia.

²² C. Dobrodziej, *Ofiary katastrof i klęsk żywiołowych – psychospołeczne aspekty organizowania i udzielania pomocy*, Warszawa 2010.

Mimo że istnieje wiele aktów prawnych mających na celu ochronę naszego dobrostanu psychicznego: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Ustawa o pomocy społecznej, Ustawa o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, Ustawa o zarządzaniu kryzysowym czy nowa Ustawa o ochronie ludności i obronie cywilnej, to jednak ich zapisy są niespójne, a użyte pojęcia nie są jasno zdefiniowane.

Podsumowanie

Rozwój cywilizacyjny zmusza do wieloaspektowego spojrzenia na zagrożenia i ich konsekwencje oraz do kompleksowego na nie się przygotowania. Jeśli większość osób dotkniętych sytuacją kryzysową będzie potrzebowała specjalistycznej pomocy psychologicznej (przede wszystkim w fazie „pierwszego uderzenia”), to zasadnym jest włączenie grup psychologów (OIK, PCPR, OPS) do wspólnych szkoleń i ćwiczeń z pozostałymi służbami w celu poprawy skuteczności ich działań. Ważnym jest również, aby kształcić psychologów wspomnianych instytucji z zakresu obronności i zarządzania kryzysowego oraz umiejętności udzielania pomocy psychologicznej w fazie reagowania.

Pomoc psychologiczna świadczona na miejscu zdarzenia może zapobiec przejściu reakcji fazy „pierwszego uderzenia” w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej oraz obniżyć lub całkowicie wyeliminować koszty społeczne i finansowe, wynikające z zaburzonej reakcji i zachowań ofiar, co poważnie utrudnia funkcjonowanie systemów społecznych oraz zdolność personelu do wykonywania zadań ratowniczych. W dobie narastających zagrożeń koniecznym jest również przygotowanie społeczeństwa do radzenia sobie w sytuacjach traumatycznych poprzez kształtowanie psychologicznych umiejętności i kompetencji (stres, rozwiązywanie problemów, komunikacja), edukację zdrowotną czy tworzenie grup wsparcia społecznego²³. Tylko takie wszechstronne przygotowanie się na zagrożenia może zmniejszyć koszty zarówno psychospołeczne, jak i finansowe zaistnienia sytuacji kryzysowej.

Ratownictwo psychologiczne w fazie „pierwszego uderzenia” Streszczenie

W pierwszej części artykułu uzasadniono konieczność objęcia pomocą psychologiczną poszkodowanych bezpośrednio na miejscu zdarzenia oraz wskazano miejsce i rolę psychologów w fazie „pierwszego uderzenia”. W drugiej części przedstawiono akty prawne nakładające obowiązek niesienia takiej pomocy uczestnikom zdarzeń o rozmiarze katastrof, zwrócono uwagę na niespójność zapisów ustaw, a także wskazano na rolę powszechnej edukacji w zakresie wiedzy i umiejętności psychologicznych na etapie przygotowania do sytuacji kryzysowej. W podsumowaniu zwrócono uwagę na konieczność wprowadzenia grup psychologów do ćwiczeń symulacyjnych w celu poprawy efektywności działania w sytuacjach kryzysowych, konieczność prowadzenia spójnej polityki w zakresie

²³ E. Sideris, *Pomoc psychologiczna elementem spójnej polityki zarządzania kryzysowego*, [w:] *Zarządzanie kryzysowe w wymiarze lokalnym*, red. D. Majchrzak, Wyd. Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2014.

profilaktyki, ochrony zdrowia psychicznego, opieki i rehabilitacji psychologicznej we wszystkich fazach zaistnienia kryzysu, a także podkreślono konieczność kształcenia psychologów z aspektów zarządzania kryzysowego, obronności oraz umiejętności udzielania pierwszej pomocy psychologicznej na miejscu zdarzenia.

Słowa kluczowe: objawy ostrej reakcji stresowej, rola psychologów w fazie „pierwszego uderzenia”, wytyczne Rady Unii Europejskiej, pomoc psychologiczna

Psychological Rescue in the "First Strike" Phase *Abstract*

In the first part of the article, the necessity of providing psychological help to the victims directly at the scene was justified. The author emphasises the place and role of psychologists in the phase of the first strike. The second part presents legal acts imposing the obligation to provide this assistance to participants of tragic events about the size of disasters. Here, attention was brought to the inconsistency of the provisions of the Acts, as well as the role of universal education in psychological knowledge and skills at the stage of preparing for a crisis. In the summary, it was highlighted that there is a strong necessity to introduce groups of psychologists for simulation exercises in order to improve the efficiency of action in crisis situations. The need to conduct a consistent policy in the field of prevention, mental health protection, care and psychological rehabilitation in all phases of crisis. Furthermore, it was emphasized, that there is a strong need to educate psychologists with aspects of crisis management, defense and the ability to provide first psychological help at the scene.

Key words: symptoms of acute stress reaction, the role of psychologists in the first phase of "impact", guidelines of the Council of the European Union, psychological assistance

Психологическая помощь на этапе «первого удара» *Резюме*

В первой части статьи дано обоснование необходимости оказания психологической помощи пострадавшим непосредственно на месте происшествия, а также указано место и роль психологов на этапе «первого удара». Во второй части рассмотрены нормативно-правовые акты, налагающие обязанность оказывать такую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, обращено внимание на несогласованность ряда положений законов, а также подчеркнута значение всеобщего базового психологического образования и выработки навыков необходимых на этапе подготовки к кризисной ситуации. В выводах обращено внимание на: необходимость участия групп психологов во время проведения учений по симулированию кризисных ситуаций с целью повышения эффективности их действий; необходимость проведения последовательной политики в области профилактики, защиты психического здоровья, психологической реабилитации на всех этапах кризиса, а также подчеркивается необходимость подготовки психологов в области кризисного управления и оказания первой психологической помощи на месте происшествия.

Ключевые слова: симптомы острой стрессовой реакции, роль психологов на этапе «первого удара», рекомендации Совета Европейского союза, психологическая помощь