

Interwencyjna pomoc psychologiczna w sytuacji katastrofy

Dorota Kubacka-Jasiecka*

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION HELP IN A SITUATION OF CATASTROPHE

This paper shows considerations concerning the importance of psychological help in a catastrophe. The first part of this article describes psychological aspects of catastrophes as a composite crisis of society and as a system that includes individual traumatic crises of surviving victims, emergency services and other participants of a catastrophe. The second part shows intervention and psychological help model subordinated to the stages of a catastrophe – before, during and after the catastrophe. In these stages there is a variety of interventions tasks. Moreover, the paper presents the issue of availability of help and its restrictions, however, the problems connected with the preparations of crisis intervention services for giving psychological aid and education during catastrophes.

Key words: catastrophe crisis intervention, psychological help, survived victims, emergency services

Opracowanie przedstawia rozważania dotyczące roli i znaczenia interwencyjnej pomocy psychologicznej w sytuacjach katastroficznych, jej możliwości i ograniczeń, a przede wszystkim przygotowania służb interwencji kryzysowej do udzielania psychologicznej pomocy w sytuacjach katastrof i kataklizmów.

KATASTROFY I KATAKLIZMY

KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA

Realizacja przedstawionego powyżej celu opracowania wymaga przedstawienia pokrótce problematyki katastrof i kataklizmów, szczególnie psychologicznego wymiaru katastrofy.

Katastrofy i kataklizmy to dramatyczne sytuacje spowodowane ekstremalnymi wydarzeniami krytycznymi lub traumatycznymi tzw. katastroficznymi dotykającymi zarówno jednostki, jak i grupy ludzi, czasami całe społeczności. Wydarzenia katastroficzne mogą dotknąć każdego z nas, w każdym czasie bez żadnego ostrzeżenia. Ofiary kataklizmów i katastrof w zależności od rodzaju katastrofy i odległości w jakiej się znajdowały od jej epicentrum mogą doświadczać reaktywnych stanów kryzysowych, reakcji transkryzysowych, czy traumatycznych. O złożoności sytuacji katastroficznych stanowi połączenie występowania kryzysów indywidualnym u poszczególnych ofiar ze stanem kryzysu społeczności jako systemu, który pozostaje w nierównowadze skutkującej

całkowitą niefunkcjonalnością. Struktura społeczności staje się fragmentaryczna, zostaje przerwana komunikacja, znikają zdolności do kontroli i koordynacji działania (Golan, 1978; Tyhurst, 1951, 1957).

Katastrofy i kataklizmy mogą być następstwem bardzo różnych okoliczności, co stanowi o niejednorodności zjawisk nazywanych katastroficznymi:

- zjawisk naturalnych, takich jak powódzie, huragany, tornada, trąby powietrzne, wybuchy wulkanów, trzęsienia ziemi, opad materii kosmicznej, zamiecie śnieżne, lawiny błotne, susza, głód, pożary lasów itp.
- kataklizmów pochodzenia biologicznego – jak epidemie, spustoszenia czynione przez zwierzęta, plagi owadów itp.
- katastrofy pochodzenia cywilizacyjnego – skażenia i wycieki chemiczne, radioaktywne, katastrofy budowlane, wypadki komunikacyjne, kryzysy ekonomiczne itp.
- katastrofy intencjonalne o podłożu politycznym czy przestępczym, wojny, rewolucje, akty terroryzmu politycznego, przemocy organizacji przestępczych itp.

Zjawiska katastroficzne występują w różnorodnym nasileniu, dotyczą rozmaitych pod względem wielkości obszarów oraz różnych liczebnie grup ludności. Powoduje to trudności opracowania ogólnego modelu katastrofy i/lub kataklizmu, jak i bardziej szczegółowych schematów reagowania społeczności dotkniętych wydarzeniami katastroficznymi. Wtórnie pociąga to za sobą problemy z określeniem roli i zadań służb kryzysowych oraz interwencyjnych, każdorazowo uzależnionych od indywidualnych parametrów oraz konkretnych realiów wydarzenia katastroficznego.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Dorota Kubacka-Jasiecka, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński, ul. S. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków.
e-mail: m.jasiecki@wp.pl

O zróżnicowaniu sytuacji katastroficznych stanowią najczęściej następujące odrębne wymiary, każdorazowo określające ich indywidualne charakterystyki (Barton, 1969; Vandenbos i Bryant, 1987):

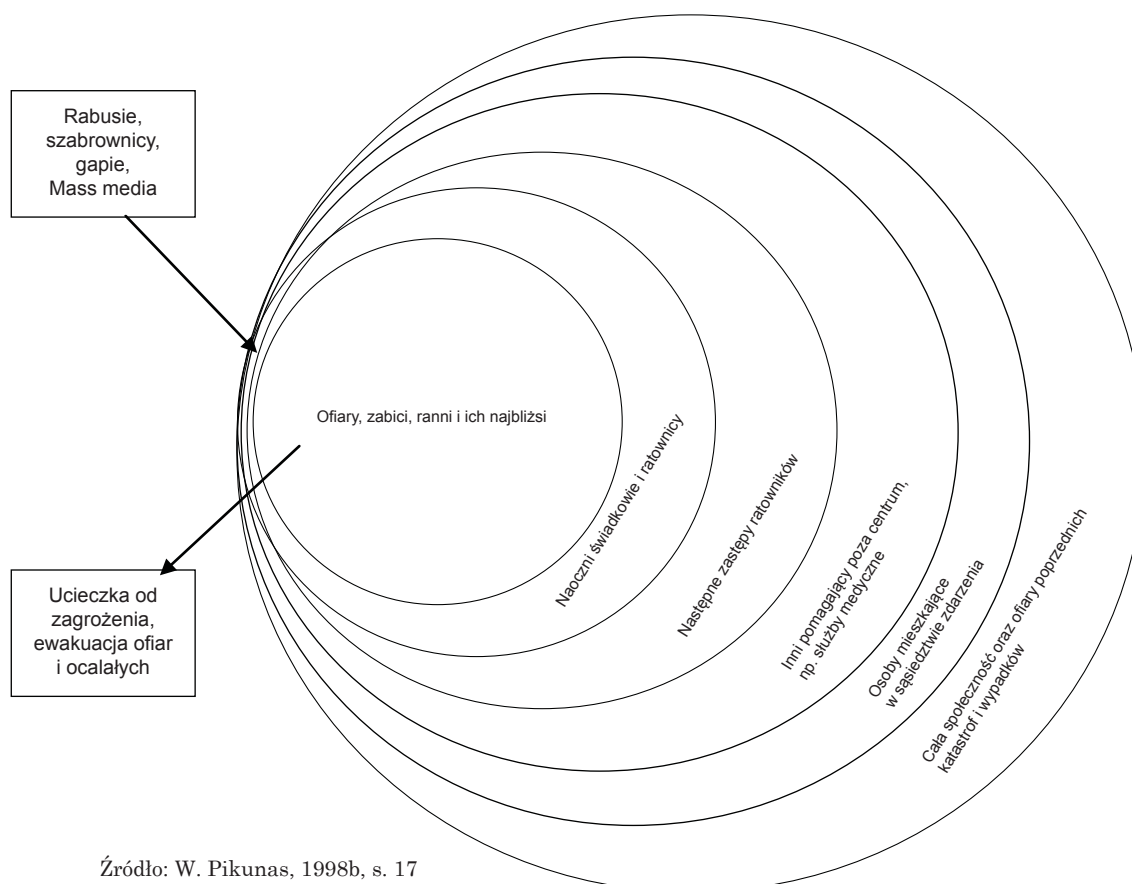
- przewidywalność – nieprzewidywalność katastrofy
- czas oczekiwania, możliwości przygotowania na katastrofę
- siła uderzenia wydarzeń katastroficznych
- unikalny charakter wydarzenia kryzysowego
- czas trwania wydarzeń katastroficznych
- poniesione straty osobowe, ilość rannych i ocalałych
- poniesione straty materialne
- pełnione przez ofiary role społeczne w czasie katastrofy
- wielkość i integracja społeczności przed i po katastrofie.

Istotne znaczenie mają zarówno przestrzenne, jak i czasowe charakterystyki wydarzeń katastroficznych. Przestrzenne wymiary tragedii obejmują obszar, którego katastrofa dotyczy oraz wielkość społeczności dotkniętej katastrofą. Powaga sytuacji zależy od odległości, w jakiej znaleźli się poszczególni ludzie od epicentrum katastrofy w momencie zero; im bliżej centrum katastrofy znajdo-

wały się osoby ocalałe, tym większe jest ryzyko wystąpienia kryzysu i długotrwałych reakcji traumatycznych. W podobnej sytuacji znajdują się osoby, które straciły w katastrofie swoich bliskich oraz członkowie zespołów ratowniczych (Łukaszewski i Stajniak 1999).

Istotne negatywne znaczenie ma obecność na miejscu tragedii obok osób ratujących życie innym i pomagających potrzebującym, także tzw. „ogładaczy”, osób publicznie wyrażających gniew i pragnienie zemsty oraz udających, że niosą pomoc – pseudoratowników, w gruncie rzeczy zwiększających chaos i destabilizujących sytuację.

Nie bez znaczenia są role społeczne odgrywane przez uczestników katastrofy w czasie jej trwania, a także konieczność odgrywania po katastrofie przez osoby ocalałe wielu ról – im więcej ról społecznych zmuszone są one przejąć w związku z pozostawaniem w określonej sytuacji oraz odległości od epicentrum katastrofy, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia u nich reakcji potraumatycznych. Istotna dla doświadczeń ocalałego z katastrofy jest dominująca rola, jaką przyjął spostrzegana z perspektywy subiektywnej. Określa ona późniejsze reakcje ocalałego na katastrofę i możliwość powrotu do równowagi.



Źródło: W. Pikunas, 1998b, s. 17

Schemat 1. Przestrzenne wymiary katastrofy

W obliczu katastrof naturalnych gniew jest kierowany wobec innych ludzi, losu, czy Boga; są one łatwiejsze do zaakceptowania niż katastrofy spowodowane przez ludzi – zarówno intencjonalnie, jak i nieintencjonalnie. Te ostatnie wywołują bardziej intensywne reakcje traumatyczne – gwałtownej złości, gniewu i oskarżania sprawców (Young, 1995; Golan, 1978).

Reasumując, w wymiarze przestrzennym katastrof społeczności podstawową rolę odgrywają odległość od epicentrum katastrofy oraz zjawisko konwergencji, które określa aktywność – pozytywną lub negatywną osób, czy grup wkraczających na scenę katastrofy.

Wymiar czasowy katastrofy ma również znaczenie dla oceny stanu ocalałych. Chodzi o czas oddziaływania wydarzeń katastroficznych na jednostkę, ale także długość trwania reakcji traumatycznych po katastrofie w porównaniu z przeciętnymi reakcjami obserwowanymi w społeczności. Prawdopodobieństwo znacznej intensywności i długości trwania zaburzeń potraumatycznych zwiększa się w wypadku uwikłania się ocalałych w działania systemu prawnego, wraz z czasem oczekiwania na sprawiedliwość i zadośćuczynienie.

Young (1995) wymienia następujące parametry, jako wymiary czasowe katastrofy oraz powiązane z nimi konsekwencje, następstwa katastrofy:

- poziom równowagi przed wystąpieniem katastrofy
- wielkość zagrożenia katastrofą
- sygnały ostrzegawcze zagrożenia
- moment zdarzenia katastroficznego
- wielkość i jakość poniesionych strat
- czas nadejścia pomocy
- czas trwania interwencji
- przewidywany czas rekonstrukcji biegu życia ofiar katastrofy.

Wszystkie te parametry mają znaczenie jako nasilające lub zmniejszające oddziaływanie katastrofy; im dłużej ofiary były poddane oddziaływaniu stresu katastrofy, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia ostrych i przedłużających się reakcji kryzysowych i potraumatycznych.

STADIA I FAZY REAKCJI NA KATASTROFĘ

Badacze wydarzeń katastroficznych proponują ich rozpatrywanie w relacji do wyróżnionych poszczególnych stadiów, czy faz w przebiegu zjawisk katastroficznych. W poszczególnych stadiach, czy fazach mamy do czynienia z innymi procesami i mechanizmami, jako że zjawiska katastroficzne mają charakter dynamiczny; w miarę rozwoju sytuacji zmieniają się warunki życia i reakcje dotkniętej katastrofą społeczności (por. Freedy, Kilpatrick i Resnick, 1993; Rund i Hutzler 1983, za Badura-Madej, 1996).

Najczęściej wymienia się trzy stadia, czy fazy, choć nieco inaczej określane przez poszczególnych badaczy katastrof. Najprostszy, użyteczny dla scharakteryzowania zadań służb kryzysowych jest podział na następujące okresy czasowe:

- przed katastrofą
- w jej trakcie
- po katastrofie (czas bezpośredni i późniejszy, odległy).

Podział ten z jednej strony umożliwia wyróżnienie w sposób przybliżony charakterystycznych dla danego okresu reakcji ofiar katastrofy, jak i typowych form skutecznej pomocy interwencyjnej.

Pennbaker i Harber (1993) oraz Kaniasty i Norris (2004) wyróżnili inne fazy reakcji na katastrofę, stosując jako kryterium podziału reakcje psychiczne i zachowania ocalałych ofiar, zmieniające się w miarę rozwoju sytuacji; pierwsza z nich – faza uderzenia katastrofy – ostrego zagrożenia, która może trwać tygodniami. W momencie wystąpienia katastrofy każda z ofiar sądzi, że tragedia dotyczy wyłącznie tylko jej, jej rodziny i domu (iluzja „centralności”). Tzw. syndrom katastrofy występujący u ofiar obejmuje: brak emocji i reakcji na aktualne bodźce, zahamowanie aktywności zewnętrznej; ofiary są bierne, potulne, pozbawione wymagań. Bywają opisywane jako „zszokowane”, „oszołomione”, „ogłuszone”. Panika, choć powszechnie oczekiwana występuje stosunkowo rzadko, z wyjątkiem ekstremalnego, przedłużającego się zagrożenia, gdy ofiara czuje się „złapana w pułapkę”, z której nie można uciec.

Dalsze reakcje o charakterze ekstremalnym wnoszą nową jakość – impulsy współczucia dla innych ofiar i pragnienie niesienia im pomocy (Golan, 1978, s. 129). Faza może przechodzić w stan chroniczny, podtrzymywany przez stałe konfrontacje ofiar (zmienionych również zewnętrznie skutkiem odniesionych ran, jak i wewnętrznie) ze swoim środowiskiem społecznym. Pojęcie CTS – tzw. trwającego zespołu stresu przypominają Borys i Morawski (1997) – mimo, że samo wydarzenie należy do przeszłości jego skutki trwają latami.

U wszystkich ofiar katastrofy w tej fazie występują uderzająco podobne zaburzenia funkcjonowania (silne emocje, zaburzenia poznawcze, objawy somatyczne), również zaburzenia w relacjach interpersonalnych. Osoby ocalałe są pobudzone i skłonne w tym czasie otwarcie rozmawiać z innymi o swoich przeżyciach. Występujące objawy przypominają zaburzenia złożonego stresu porazowego lub zwiastują rozwój PTSD w najbliższym czasie (por. Aguilera i Planchon, 1995, za Collins i Collins, 2005; McFarlane, 1995, za Collins i Collins, 2005; Figley, 1985; Lis-Turlejska, 1992, 1998). Z prawdopodobieństwem wystąpienia przejściowych objawów patologicznych w sytuacji trudnej spotykamy się również w psychologii kryzysu, gdzie mówi się o tzw. „upierzeniu kryzysowym” (por. Hansell, 1976, za Hoff, 1995). Osoby w kryzysie wykazują typowe podobieństwo – przejściowe, tymczasowe „upierzenie”, które można sprowadzić do wysyłania dramatycznych sygnałów o własnym rozpaczliwym położeniu kierowanych do otoczenia celem uzyskania pomocy.

Faza zahamowania i unikania – występuje gdy ludzie „zamykają się”, przestają mówić o katastrofie, swoich przeżyciach i reakcjach, nasilają się natomiast myśli

i koszmary senne dotyczące katastrofy. Faza adaptacji – następująca w czasie około 6 tygodni po katastrofie znamionuje pełny powrót do równowagi u większości ofiar, u pozostałych następuje on w czasie dalszych 6-18 miesięcy.

Jeszcze inne stadia indywidualnych reakcji emocjonalnych na wydarzenia katastroficzne wyróżnili Rund i Hutzler (1983, za Badura-Madej, 1996):

- odurzenie psychiczne (wyczerpanie, apatia, „zamrożenie” uczuć)
- depresja (kulminacja w kilka pierwszych dni po katastrofie)
- dominacja emocji negatywnych: gniewu, złości, wściekłości; pragnienie odwetu może utrzymywać się przez kilka miesięcy, a nawet lat
- gdy zaburzenia emocjonalne trwają ponad pół roku mówimy o symptomach potraumatycznych, które przybierają niekiedy postać chroniczną.

Trzeba podkreślić, iż mimo ekstremalnych strat i wyzwań, większość ofiar wykazuje zadziwiającą wytrzymałość, aktywizuje znaczne zasoby zmagając się z zagrożeniem i walcząc o życie własne i innych (zjawisko tzw. heroicznego altruizmu).

Osobno mówi się o etapach reakcji społeczności jako pewnego systemu (Raphael, 1983; Kaniasty i Norris, 2004); wymienia się przy tym następujące fazy, etapy:

- Faza mobilizacji i wsparcia (zwana też heroiczną, miesiąca miodowego, altruistycznego stadium euforii czy „pokryzysową utopią”), wynika z poczucia wspólnego losu, jedności i spójności społecznej – wyzwala nadzieję i optymizm związane z zaangażowaniem władz i mediów w organizację oraz dostarczanie pomocy poszkodowanym.
- Faza deterioracji wsparcia społecznego, w której zapotrzebowanie na wsparcie przerasta dostępne zasoby społeczności oraz pomoc dostarczaną z zewnątrz – następuje rozczarowanie, utrata złudzeń, osłabienie więzów społecznych, pojawiają się konflikty, a z czasem narasta poczucie bezradności i osamotnienia.
- Faza ponownej stabilizacji następuje zwykle 3-6 miesięcy po katastrofie.

Zmaganie się z katastrofami społeczności odbywa się w psychologicznym „polu energetycznym”, w którym rozmaite reakcje ludzi krzyżują się, nakładając i oddziaływając na siebie. Narasta zmęczenie, wyczerpują się zasoby, presja społeczna wyzwala rywalizację, konflikty, wreszcie tendencje izolacyjne (Kaniasty i Norris, *op. cit.*).

SKUTKI I PSYCHOLOGICZNY WYMIAR KATASTROFY

O psychologicznym wymiarze katastrofy mówimy mając na myśli ogół szkód psychicznych, jakie ponoszą prawie wszyscy członkowie społeczności, którzy zetknęli się z katastrofą – ocalałe ofiary, zwłaszcza osoby, które utraciły bliskich, również członkowie zespołów ratowniczych, służb kryzysowych, medycznych oraz wszystkie pozostałe osoby, które znalazły się w kręgu katastrofy.

Najpoważniejszymi, zdaniem Young (1995) czynnikami destruktywnymi w sytuacjach katastrofy są: utrata bezpieczeństwa, poczucia kontroli oraz niekiedy dorobku całego życia, pociągające za sobą bezradność i chaos emocjonalny. Indywidualna percepcja doświadczenia katastrofy może stanowić o zwiększonym ryzyku stosowania niewłaściwych strategii zmagania się, czy psychologicznych rozwiązań nasilających traumatyzację. Z subiektywnej perspektywy osób, które pozostawały w obszarze katastrofy, każda jest unikalna, ze względu na indywidualne przeżycia i przeszłe doświadczenia uczestników traumatycznych wydarzeń. Reakcje na udalenie katastrofy pozostają zwykle zindywidualizowane, a poziom zróżnicowania uwarunkowany szeregiem czynników – w tym parametrów katastrofy (Freed, Kilpatrick i Resnick, 1993).

Rozważania nad skutkami katastrofy, która dotknęła daną społeczność musi uwzględniać szereg kwestii o charakterze ogólnym:

- charakterystyki samej katastrofy
- indywidualne reakcje na katastrofę
- reakcje środowiska społecznego na katastrofę
- właściwości jednostek i grup przed katastrofą.

Za istotne dla reakcji i zachowania ludzi wobec wydarzeń katastroficznych uważane są następujące właściwości indywidualne:

- demograficzne (wiek, płeć, przynależność etniczna, kulturowa, status socjoekonomiczny)
- uprzedni poziom zdrowia psychicznego
- zasoby i pozytywne doświadczenia radzenia sobie w przeszłości ze stresem
- uprzednie traumatyczne doświadczenia życiowe
- pozycję społeczną jednostki.

Występujące u poszczególnych ofiar zaburzenia psychiczne – ich jakość oraz rodzaj zależą od poziomu rozwoju i integracji struktur poznawczych w czasie wystąpienia katastrofy; są silniejsze u osób mniej emocjonalnie i psychicznie dojrzałych, mogą przybierać formę stanów traumatycznych. Przeciagające się, niekontrolowane, nieprzewidywalne, nawracające wspomnienia traumatyczne po katastrofie (tzw. reminiscencje) skutkują nieregularnymi wybuchami złości, nienawiści, zgorzknieniem, poczuciem alienacji, stałym zmaganiem się z lękiem oraz niepewnymi perspektywami na przyszłość (Green, Wilson i Lindy 1985; Green, 1995).

Indywidualne koszty osobiste zwłaszcza tych osób, które zostały bezpośrednio skonfrontowane z ogromem strat osobistych, grozą wydarzeń i destrukcją bywają najczęściej wysokie i długotrwałe (Collins i Collins, 2005). Następuje utrata podstaw jednostkowego bytu, zasobów życiowych, fizycznego i psychicznego zdrowia, czy osób bliskich. Chociaż większość ofiar katastrofy dochodzi po pewnym czasie do równowagi, u niektórych z nich występują ostre stany indywidualnego kryzysu emocjonalnego, czy stany transkryzysowe, liczne symptomy traumatyczne i chroniczne stany stresu potraumatycznego. Podkreśla się, że mimo ekstremalnych strat i wyzwań,

jakie niosą niektóre katastrofy większość ofiar wykazuje zadziwiającą wytrzymałość, odporność i preżność radzenia sobie. Aktywizują one dostępne zasoby przejawiając znaczne możliwości zmagania się o przeżycie – własne i innych – tzw. heroiczny altruizm (Kaniasty i Norris, 1993, 1995).

Przeżycie katastrofy niesie „skumulowane urazy psychiczne”, porównywalne z doświadczeniem traumy wojny, rewolucji, czy uwięzienia w obozach koncentracyjnych (Krystal, 1968; Lifton, 1973; Lis-Turlejska, 1993, 1998). Kardiner pisze: „Wydarzenie traumatyczne burzy równowagę pomiędzy ego a środowiskiem poprzez zniszczenie mechanizmów adaptacyjnych (*coping devices*), które ego ma do swojej dyspozycji. Lęk jest druzgoczący, a zanik ego tak całkowity, że może skończyć się śmiercią. W ten sposób cały aparat adaptacyjny się rozpada” (Kardiner, 1959, s. 252).

Ekstremalny stres dotyczący sytuacji z pogranicza życia i śmierci, doświadczany równocześnie przez dużą liczbę osób danej społeczności prowadzi do uderzająco podobnych zaburzeń psychicznych, praktycznie u wszystkich uczestniczących w katastrofie, niezależnie od indywidualnej podatności na zranienie i zróżnicowania osobowości (Figley, 1985; Van der Kolk, McFarlane i Weisaeth, 1996). Doświadczenie katastrofy narusza przede wszystkim procesy symbolizacji doświadczenia, które pośredniczą między bezpośrednim zaangażowaniem psychiki w codzienne czynności, a poczuciem bezpieczeństwa i tożsamości jednostki.

Lifton wraz z zespołem na podstawie wywiadów prowadzonych z poszkodowanymi w katastrofalnej powodzi w Buffalo Creek, opisał „psychologiczny wymiar kataklizmu” (Lifton i Olson, 1976/1987), na który składają się:

- „wdrukowanie śmierci” (*death imprint*) oraz powiązany z katastrofą lęk przed śmiercią i tłumem;
- poczucie winy, samopotępienie z powodu śmierci innych ludzi – tzw. syndrom poczucia winy ocalałego; syndrom ocalałego (*survivor syndrom*) opisany na podstawie badań ofiar rozmaitych katastrof oraz ocalałych z holocaustu obejmuje: zmiany charakteru, bezsenność, depresję, wycofanie z relacji z otoczeniem, niechęć rozmawiania z innymi o swoich przeżyciach oraz zmiany poczucia tożsamości. Podobnie przedstawia się zespół astenii poobozowej – tzw. KZ-syndrom (Kępiński, 1970; Kłodziński, 1984; Leśniak, 1965; Nederland, 1968).

Za charakterystyczne cechy syndromu ocalałego powszechnie uznano:

- ośpienie psychiczne (*psychic numbing*) – przypomina obronę psychologiczną przez zaprzeczenie; charakteryzuje się zmniejszoną zdolnością odczuwania, apatią, zamknięciem w sobie, depresją i obniżoną aktywnością;
- poczucie fałszu i nierzeczywistości doznań i przeżyć, któremu towarzyszą potrzeba kontaktu z innymi, ich akceptacji oraz nieukierunkowany gniew. „Ponieważ tak wiele w życiu uratowanych osób zostało nagle zniszczone, mają one ogromną potrzebę

miłości i wsparcia, a zarazem nie są w stanie uznać oferowanych im uczuć i opieki za autentyczne. Choć część osób była w stanie pomagać sobie wzajemnie, to zdarzały się również przypadki zerwania najbliższych więzów” – zauważają Lifton i Olson (1976/1987, s. 93). Ponadto badacze zaobserwowali u ofiar problem nieujawnionej złości, przejawiającej się najczęściej irytacją i rozdrażnieniem;

- ukierunkowanie na poszukiwanie znaczenia i odzyskanie ciągłości doświadczenia wewnętrznego oraz zdolności symbolizacji naruszonej przez traumę: „Tylko przez nadanie znaczenia i określenie ważności wypadku jednostka jest w stanie odnaleźć sens i wagę dalszego życia” – piszą cytowani autorzy (*op. cit.*, s. 95). I dalej: „Przytłaczający konflikt i odbierająca siły utrata wiary w ciągłość ludzkości łączy się i wzajemnie umacnia powodując utratę żywotności, depresję i rozpacz istot ludzkich, niezdolnych do dalszego nadawania wewnętrznej formy swemu życiu” (tamże, s. 107). Osoby ocalałe mają poczucie zniszczenia moralnego porządku – zło nie zostaje ukarane, nikt nie przyznaje się do odpowiedzialności, a niewinni cierpią – doświadczenia te przeszkadzają w psychologicznym rozwiązaniu kryzysu traumy; ofiary pozostają zamknięte w kręgu lęku przed śmiercią i poczucia winy. Nadal czują się psychicznie „związane z katastrofą” i jej niszczącymi konsekwencjami.
- utrata podstawowego poczucia bezpieczeństwa, dotychczasowej tożsamości i miejsca w życiu, poczucia sensu życia; przeżyciom tym towarzyszy ekstremalny lęk;
- tzw. „wdrukowanie” śmierci i lęk przed tłumem;
- konflikt między pragnieniem otrzymania pomocy i wsparcia, bliskiego kontaktu z innymi i ich akceptacji a równoczesnym odczuwaniem nieukierunkowanego gniewu oraz odrzucanie ofiarowywanego wsparcia jako nieprawdziwego i fałszywego (tzw. postawa wielkiej podwójności – Herman, 1998).

SIŁY POWROTU DO RÓWNOWAGI W SYTUACJI KATASTROFY

U podstaw sił powrotu do równowagi leży współwystępowanie dwu dynamicznych, wzajemnie oddziaływujących zjawisk (Echterling, 1997, za Pikunas, 1998a):

- niewyrażonych („nie do wyrażenia”, niewyobrażalnych „emocjonalnych ran” ofiar katastrof,
- ukrytych, niewidocznych na pierwszy rzut oka „mocy zdrowienia” (*healing*); w większości „Ofiary klęsk nie przejawiają irracjonalnych i autodestruktywnych zachowań, nie popadają również w bezradność i zależność. Podczas, gdy niektórzy są zabijani lub ranieni, wiele ofiar nie doświadcza obrażeń. Ofiary stają się zasobami krzywdzonej społeczności” (Dynes i Drabek, 1994, s. 12, za Kaniasty i Norris, *op. cit.*, s. 126). Jeżeli osoby ocalałe są do tego zdolne fizycznie, stają się aktywnymi uczestnikami

procesów radzenia sobie – liczą się wówczas takie cechy jak sprawność, aktywność, zdolność zachowania spokoju i ufności w naturę ludzką (James, 1912, za Kaniasty i Norris, *op. cit.*).

Doświadczenie wspólnego losu zwiększa identyfikację z innymi ofiarami – zanikają różnice klasowe, religijne i etniczne, zwiększa się poczucie solidarności, powszechny altruizm, zdolność do bohaterstwa. Wiele osób przechodzi transformację z „ofiary” w „ocalałych” nie korzystając z pomocy formalnej, a jedynie dzięki naturalnemu wsparciu społeczności. Większość badanych mówi o pozytywnych zmianach w zakresie poczucia własnej wartości i samooceny, wzroście skłonności do refleksji dotyczącej Boga, religii, celu i sensu życia, a także twórczości poświęconej katastrofie. „Uzdrowiająca moc” tych zachowań i spontanicznego o nich mówienia „zawarta jest właśnie w akceptacji doświadczenia katastrofy i zdolności ocalałych do wpisania tego doświadczenia już na zawsze w historię swojego życia” (Pikunas, 1998a, s. 26).

Wśród czynników odgrywających również ważną rolę wymienia się indywidualną, subiektywną percepcję oraz interpretację doświadczenia katastrofy, określającą zdolność nadania znaczenia katastroficznym wydarzeniom i ponownego odszukania sensu swojego życia po katastrofie; odzyskania możliwości kontroli podobnych wydarzeń, także w przyszłości.

Oprócz czynników indywidualnych, o zasobach mocy radzenia sobie z wydarzeniami katastroficznymi decydują w znaczącej mierze czynniki środowiskowe, które również warunkują zdolność zmagania się z konsekwencjami katastrofy:

- mocne społeczne osadzenie, identyfikacja ze społecznością, wielość i zażyłość społecznych relacji – potencjalnych sieci wsparcia społecznego,
- dostępne i otrzymywane realnie społeczne wsparcie (zdolność do korzystania z aktualnej pomocy, która jest dostarczana ocalałym),
- spostrzegane wsparcie społeczne (poczucie bezpieczeństwa, indywidualne przekonanie o opiece innych i poczucie adekwatności otrzymywanej pomocy).

W kontekście możliwości utraty w katastrofie indywidualnych zasobów ważną składową interwencji po katastrofie jest wspieranie i podtrzymywanie pozostałych naturalnych sieci pomocy i wsparcia. Mobilizacja zasobów społecznych zapewnić winna dostępną, konkretną pomoc ocalałym i ich rodzinom (wsparcie emocjonalne, informacyjne i materialne oraz każde inne potrzebne ocalałym – Alexander, 1990; Robinson i Mitchell, 1993; Mitchell i Tricket, 1980).

INTERWENCJA RATUNKOWA W SYTUACJI KATASTROFY

Interwencja w sytuacji katastrofy obejmuje na ogół działania następujących rodzajów służb:

- ratowniczych, ukierunkowane na udzielanie pomocy i ochrony w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia (tzw. tryb *emergency*)
- medycznych (lekarze i sanitariusze)
- kryzysowych, w tym służb pomocy psychologicznej
- pomocy społecznej i wielu innych pełniących rolę pomocniczą w sytuacji katastrofy/katakliizmu.

Najważniejszą rolę w momencie wystąpienia wydarzeń krytycznych (tzw. punkt zero katastrofy), w sytuacjach konieczności ratowania życia pełnią służby ratownicze, którym powinny towarzyszyć psychologiczne służby kryzysowe.

Organizacja służb ratowniczych oprócz ratowników zawodowych, w wielu krajach obejmuje również zespoły ochotników, pochodzących często z odległych terenów; przypomina to organizację służb straży pożarnej – zatrudnieni w innych sektorach gospodarki przeszkoleni ratownicy tworzą na wezwanie w sytuacji zagrożenia zespoły szybkiego reagowania (Mitchell i Bray, 1990; Lipowska-Teutsch, 1997).

Zaangażowanie zespołów ratowniczych szybkiego reagowania obejmuje przede wszystkim usuwanie bezpośredniego zagrożenia i ratowanie życia osób, które przeżyły uderzenie katastrofy. Wobec osób uratowanych stosuje się procedury selekcyjne (tzw. *triage*), polegające na przypisaniu osób ocalałych do kilku grup, ze względu na stopień uszkodzenia fizycznego, celem udzielenie potrzebującym możliwie szybkiej, profesjonalnej pomocy medycznej i psychologicznej.

Służbom ratowniczym najczęściej towarzyszą (a w każdym razie powinny) zespoły różnorodnych służb kryzysowych (w tym indywidualnej interwencji kryzysowej) ukierunkowane na dostarczenie ocalałym wszechstronnej pomocy. Służby o charakterze profesjonalnym wspomagane są zazwyczaj przez paraprofesjonalistów i wolontariuszy, szkolenych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w sytuacji katastrofy. Szczególnie ważną rolę pełnią służby lokalne, pochodzące z terenu katastrofy, osoby znane ocalałym i budzące ich zaufanie.

INTERWENCJA KRYZYSOWA W SYTUACJI KATASTROFY

Ogólne strategie interwencji kryzysowej w sytuacji katastrofy obejmują zadania bezpośrednie oraz długofalowe o charakterze wieloletniej pomocy psychospołecznej. Oddziaływania i strategie bezpośrednie polegają na stabilizowaniu sytuacji i zaspokajaniu bieżących potrzeb ocalałych.

Podstawowe znaczenie ma selekcjonowanie osób ocalałych przez katastrofę, ze względu na konieczność pierwszoplanowego udzielenia pomocy najbardziej uszkodzonym i osobom nie zrównoważonym; szczególnej uwagi i ochrony wymagają zazwyczaj dzieci i osoby starsze.

Istotnym zadaniem służb interwencji kryzysowej jest ocena dostępnych zasobów i tzw. „podwiązywanie” uszkodzowanych do sieci wsparcia społeczności odradzają-

cych się pod kierunkiem lokalnych liderów. Jeśli nie są one wystarczające pozostaje organizowanie i dostarczenie ofiarom katastrofy, obserwatorom, duchownym, ratownikom i wszystkim potrzebującym rozmaitych usług z zewnątrz społeczności (Barton, 1969; Caplan, 1974; Łuszczynska, 2004).

Niemniej ważne jest zapewnienie ofiarom szerokiego dostępu do informacji, doradztwa, konsultacji psychoedukacyjnych. W tym celu bywają angażowane popularne media, wykorzystywane spontaniczne zgromadzenia, spotkania społeczności, działalność organizacji pozarządowych itp.

Oddziaływania długofalowe obejmują konstruowanie wybiegających w przyszłość programów pomocy dla poszkodowanych – wieloletniej pomocy psychospołecznej. Ponadto kierowanie poszkodowanych na spotkania debriefingowe społeczności, z czasem organizowanie grup wsparcia łączących osoby ocalale o podobnej problematyce psychologicznej (Alexander, 1990; Young, 1995).

Interwencję organizują i prowadzą w pierwszym rzędzie instytucjonalne, profesjonalne służby interwencji kryzysowej wspierane przez służby wsparcia psychospołecznego (Stroul, 1987). Znaczącą rolę w interwencji w sytuacjach katastroficznych odgrywają paraprofesjonaliści (charakteryzujący się solidnym, szerokim przygotowaniem do zadań interwencyjnych) oraz wolontariusze, niezwykle pomocni dzięki swojemu zaangażowaniu i bezinteresownemu poświęceniu na rzecz poszkodowanych.

Wyróżnioną wiodącą rolę w profesjonalnych służbach interwencji kryzysowej odgrywają ze względu na swoje przygotowanie zawodowe psychologowie; znaczącą część oddziaływań interwencyjnych stanowi pomoc i wsparcie o charakterze psychologicznym (Kelly, Snowdon i Muñoz, 1977; Kubacka-Jasiecka, 2011).

POMOC INTERWENCYJNA W RELACJI DO PRZEBIEGU (STADIÓW) KATASTROFY

Formy i strategie pomocy interwencyjnej w sytuacji katastrofy pozostają zróżnicowane w różnych jej stadiach – winny być dopasowane do dynamicznego rozwoju sytuacji katastroficznych.

POMOC INTERWENCYJNA PRZED KATASTROFĄ

Pomoc interwencyjna przed katastrofą, właściwie działanie prewencyjne może mieć duże znaczenie w przygotowaniu lokalnej społeczności na uderzenie wydarzeń katastroficznych. Im większe możliwości przewidywania faktu wystąpienia katastrofy oraz dłuższy czas wyprzedzenia tym większe prawdopodobieństwo przygotowania się społeczności na katastrofę.

W tym czasie również służby interwencyjne wspomagające prewencyjną pomoc służb ratunkowych mogą odegrać istotną rolę, podejmując następujące zadania:

- dostarczanie materiałów informacyjnych dotyczących możliwego zasięgu i przebiegu katastrofy oraz jej prawdopodobnych skutków,
- przygotowanie materiałów instruktażowych dotyczących sposobów postępowania oraz radzenia sobie z lękiem i paniką w sytuacji katastrofy; zalecenia winny ściśle wynikać z rodzaju nadchodzącej katastrofy i jej parametrów,
- udzielanie konsultacji dla władz regionu oraz ludności w kontakcie osobistym, telefonicznym czy mailowym; konsultacje winny być prowadzone w sposób rzeczowy i cechować się podejściem interdyscyplinarnym.

Pierwszoplanową rolę w zadaniach zarówno służb ratowniczych, jak i kryzysowych odgrywa przygotowanie liderów w społeczności, którzy będą zdolni aktywnie się włączyć w przygotowanie planu świadczonej pomocy, a w trakcie katastrofy pomoc w ich wdrażaniu i realizacji. Liderzy, w tym władze regionu w razie potrzeby powinni zwrócić się o pomoc i wyrazić zgodę na wprowadzenie zespołów ratowniczych z zewnątrz społeczności; powinni również pośredniczyć w początkowym okresie działania ratowniczych zespołów zewnętrznych, ukierunkowanym na odzyskiwanie przez ocalałych bezpieczeństwa i kontroli. Po wycofaniu się zaproszonych do pomocy zespołów z zewnątrz przedstawiciele społeczności winni się stopniowo aktywizować przejmując ich rolę i odpowiedzialność.

INTERWENCJA W TRAKCIE KATASTROFY

Interwencja w trakcie katastrofy musi uwzględniać odrębność dwu wyróżnionych uprzednio faz katastrofy:

- fazę ostrą – uderzenia wydarzeń katastroficznych oraz
- fazę cofania się trwającą dni i miesiące po katastrofie.

W fazie ostrej pierwszoplanową rolę odgrywają służby ratunkowe, których celem jest ratowanie życia ofiar katastrofy, przekazanie rannych służbom medycznym, a także zaspokajanie podstawowych potrzeb ocalałych – zapewnienie im schronienia, dostarczanie żywności i odzieży, przede wszystkim zadbanie o bezpieczeństwo. W razie konieczności, zadaniem służb ratowniczych pozostaje również organizowanie ewakuacji i przeprowadzki zagrożonych osób, wraz z zabezpieczeniem ich mienia.

W fazie cofania się katastrofy szersze możliwości działania niż w fazie ostrej mają służby interwencji kryzysowej. Można wymienić następujące zadania należące do służb kryzysowych, również służb pomocy psychologicznej w tym stadium katastrofy:

- pomoc ofiarom w załatwianiu spraw bieżących, formalnych (organizowanie ewakuacji, pomoc w poszukiwaniu zaginionych członków rodziny, czy wspieranie ocalałych w wypadku konieczności rozpoznania zwłok, organizacji pochówku itp.)
- organizowanie spotkań debriefingowych dla ofiar katastrofy i ratowników;

- nawiązanie bezpośredniego, empatycznego kontaktu z ocalałymi celem umożliwienia ekspresji cierpienia i lęku, odreagowania napięcia oraz emocji gniewu i złości zarówno ofiarom, jak i wszystkim innym uczestnikom katastrofy, w tym również ratownikom i wolontariuszom;
- pomoc w identyfikowaniu i wyrażaniu przeżywanego przez ofiary emocji (ich opisywanie i nazywanie), wspieranie w osiągnięciu akceptacji przeżywanego uczuć przez ocalałe ofiary, jako powszechnych i normalnych – neutralizowanie lęku przed „utrata zmysłów”;
- wspieranie akceptacji skutków katastrofy. Istotne znaczenie ma przejście od statusu ofiary do statusu „ocalałego”; spostrzeganie własnej osoby nie jako niefortunnej, pechowej ofiary losu, ale w pewnym sensie „wybranej”, wyróżnionej przez los (Boga?) ocaleniem od zagłady;
- umożliwienie przepracowania żalu, poczucia utraty, żaloby, czy odczuwanego poczucia winy;
- przeciwdziałanie narastaniu gniewu, złości i tendencji autodestrukcyjnych.

INTERWENCJA W FAZIE POTRAUMATYCZNEJ

Faza potraumatyczna obejmuje okres 8-12 miesięcy po katastrofie. Zasadniczym celem działań interwencyjnych w fazie potraumatycznej jest rekonstrukcja fizycznego i społecznego środowiska dotkniętego katastrofą.

W tej fazie główny ciężar interwencji i pomocy ocalałym z katastrofy spoczywa na służbach interwencji kryzysowej. Najczęściej występuje również konieczność aktywizacji służb zdrowia psychicznego, celem:

- organizacji grup samopomocy i wsparcia dla ofiar katastrofy
- pomocy w osiągnięciu stabilizacji emocjonalnej przez poszkodowanych oraz przyspieszeniu procesu osiągnięcia statusu „ocalałego”
- wspólnej pracy na rzecz mobilizacji zasobów własnych ofiar i całej społeczności oraz reaktywacji sieci wsparcia społecznego; włączenia, tzw. „podwizywania” ofiar do szerszych sieci wsparcia w środowisku
- wspierania poszkodowanych w podjęciu przerwanej aktywności życiowej i zrekonstruowaniu przez ofiary katastrofy na nowo swojego życia w oparciu o zasoby własne i dostępne środowiskowe.

Ważnym zadaniem służb kryzysowych w okresie potraumatycznym pozostaje otwieranie przed ofiarami perspektywy przyszłościowej, prowadzenie rozmów i rozważań dotyczących planów życiowych, ich odbudowy, czy rekonstrukcji poczucia sensu dotychczasowej egzystencji lub nadania nowego kształtu swojemu życiu.

Duże znaczenie ma zachęcanie do udziału w konsultacjach, korzystanie z doradztwa czy odbywających się przez pewien czas spotkaniach tzw. interwencji dopełniającej.

Osoby, które mimo profesjonalnego wsparcia kryzysowego nie powróciły do równowagi emocjonalnej i u któ-

rych nadal występują typowe symptomy potraumatyczne winny być kierowane do specjalistów – terapeutów kryzysu i traumy zajmujących się terapią długotrwałych problemów i stanów stresu pourazowego.

PROBLEMY PSYCHOLOGICZNEJ INTERWENCJI W SYTUACJI KATASTROFY

Współczesne podejście do psychologicznej pomocy interwencyjnej na rzecz społeczności jest osadzone w koncepcjach psychologii ekologicznej, paradygmatu psychosocjokulturowego oraz psychologii systemów (Collins i Collins, 2005; Hoff, 1995; James i Gilliland, 2004).

Złożoność sytuacji katastroficznych i ich daleko idące zróżnicowanie powoduje trudności ze sformułowaniem bardziej ogólnych, uniwersalnych modeli interwencyjnych (Tyhurst 1957). Skutkuje to koniecznością szerokiego szkolenia i specjalistycznego przygotowania służb interwencji kryzysowej w zakresie profesjonalnej wiedzy z psychologii kryzysu, teorii interwencji, jak również kompetencji społecznych oraz umiejętności interweniowania. Umożliwiają one twórcze dostosowanie wskazań interwencji do danej społeczności i indywidualnych ocalałych oraz do parametrów i realiów konkretnej katastrofy.

Charakterystyki katastrofy oraz jej wymiar psychologiczny decydujące o sytuacji i potrzebach ocalałych pozostają zawsze punktem wyjścia i kierunkowskazem pomocy interwencyjnej dla ofiar. Hasło Young (1995) lapidarnie ujmując najważniejsze wskazania takiej pomocy interwencyjnej: „Ochroniaj, kieruj, staraj się łączyć, diagnozuj”.

Osoby podejmujące interwencję muszą przy tym pamiętać o podstawowych założeniach interwencji w sytuacjach katastroficznych dotyczących osób ocalałych:

- doświadczają one normalnych reakcji na nienormalną sytuację; to przekonanie winno być przekazywane poszkodowanym, obawiającym się w obliczu pojawiających się symptomów o swoje zdrowie psychiczne,
- nie są osamotnione – mogą korzystać ze wsparcia otoczenia – osób i służb gotowych do pomocy; pozostaje jeszcze problem ich subiektywnego poczucia dostępu do oferowanego wsparcia,
- znacząca większość poszkodowanych jest w stanie uporać się ze stresem katastrofy w zdrowy, pozytywny sposób w oparciu o posiadane zasoby mocy – osobiste i środowiskowe.

Interwencja kryzysowa winna być podjęta możliwie jak najwcześniej po katastrofie; z czasem „zamyka się” bowiem tzw. membrana traumy oddzielająca ofiarę od wszystkich, którzy nie uczestniczyli w katastrofie, co znacząco utrudnia nawiązanie bliskiego kontaktu z pokrzywdzonymi oraz udzielenie efektywnej pomocy. Po „zamknięciu się” membrany traumy nawiązanie kontaktu z klientem z objawami potraumatycznymi wymaga przełamania oporu i psychicznych zahamowań dzielenia się swoimi przeżyciami dotyczącymi traumy. Cierpienie

i ból psychiczny ocalałych wywołują w otoczeniu pobudzenie empatyczne; im większy ból ofiary, tym silniejsze mogą być nasze nieprzyjemne, negatywne emocje – gniew i złość. Należy się liczyć z faktem, że te negatywne uczucia mogą się kierować również na ocalałe ofiary. Emocje te można zredukować albo poprzez udzielenie pomocy poszkodowanym, albo co gorzej, poprzez wycofanie się, „zamknięcie oczu” na cierpienie ofiar (Aronson, 2004). Te społeczne postawy dotyczące nie tylko ofiar, ale także ratowników i członków zespołów interwencyjnych, niekorzystne dla procesów zdrowienia winny stać się przedmiotem uwagi i długofalowych oddziaływań interwencyjnych prowadzonych w społeczności.

Ważnym zadaniem w tych warunkach pozostaje aktywizowanie wsparcia nieformalnego, naturalnego – rodzinnego, sąsiedzkiego i dalszego otoczenia ułatwiających pozytywną, prozdrowotną adaptację.

POSTAWY OCALAŁYCH WOBEC INTERWENTÓW I INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Ważnym warunkiem udzielenia skutecznej psychologicznej pomocy interwencyjnej jest orientacja w postawach ocalałych wobec możliwości skorzystania w sytuacji katastrofy z pomocy interwentów. Osoby interweniujące winny być świadome często występującej niechęci ofiar katastrofy wobec interwencji, szczególnie prowadzonej przez osoby spoza lokalnej społeczności. Niechęć ta jest do pewnego stopnia powiązana z typowym dla osób w kryzysie emocjonalnym lękiem wobec interwentów i oferowanej pomocy. Zazwyczaj wymienia się nierzadko występujące przyczyny niechęci i postaw lękowych wobec profesjonalnej pomocy:

- poczucie utraty dotychczasowej własnej pozycji społecznej
- pogorszenie się samooceny
- obawa przed uzależnieniem od osoby interweniującej
- utrata prywatności i intymności życia
- brak zaufania
- obawy przed staniem się ofiarą procesu pomagania.

Ocalałych charakteryzuje ambiwalentna postawa wobec oferowanej pomocy – występują wahania między dążeniem do otrzymania akceptacji i wsparcia otoczenia a obawą przed konsekwencjami otwartości, dezakceptacją, czy uzależnieniem się od innych, co może prowadzić do odrzucenia wszelkiej pomocy i interwencji.

Inny ważny czynnik ograniczający możliwość skorzystania z pomocy interwencyjnej to subiektywne poczucie szczególnego naznaczenia przez traumę katastrofy; osoby ocalałe uważają, że w pełni mogą zostać zrozumiane wyłącznie przez te osoby, które podzielają ich doświadczenia i los. Stąd znaczenie może mieć nawiązanie relacji i wejścia w społeczność jeszcze na etapie działalności prewencyjnej dającej możliwość przygotowania na katastrofę; osoby z zewnątrz społeczności, których nie dotknęło doświadczenie katastrofy są traktowane z rezerwą i nieufnością. Nieufność oraz niechęć wobec interwentów

może prowadzić do unikania kontaktu, nawet wrogości a w rezultacie odrzucenia pomocy.

Interweniujący winni być świadomi występowania przejściowego otwarcia na kontakt i wsparcie interwencyjne bezpośrednio po uderzeniu katastrofy, skutkiem rozpadu mechanizmów adaptacji i obrony. Stąd wymogi czujności i empatycznego zrozumienia dynamiki postaw ocalałych wobec interwencji w sytuacji katastrofy. Podejmujący interwencję winni zdawać sobie sprawę, że skuteczność pomocy świadczonej w sytuacjach katastroficznych określają dwa współwystępujące zjawiska – ich wymiar i dynamika, które winny być przedmiotem oceny:

- ukryte emocjonalne „rany” ofiar i ich rozmiary oraz

- „ukryte moce” zmagania się – wewnętrzne zasoby i ich wielkość. Obecność i dynamika sił zdrowotnych, odradzania się powodują, że tradycyjne, „sformalizowane poradnictwo psychologiczne jest nie tylko nieefektywne, ale wręcz może przynosić przeciwne skutki” (Pikunas, 1998a, s. 21).

Równocześnie zaleca się służbom interwencyjnym dostarczenie zamiast konkretnych rad, jak powinna ofiara postępować, praktycznych wskazówek dotyczących:

- upewnienia ofiary, co do normalności jej reakcji na katastrofę, jako wydarzenia niezwykłego, „nienormalnego”,
- sposobów relaksacji i radzenia sobie ze stresem,
- strategii zwiększenia kontroli nad swoim zachowaniem, rodziną, dziećmi i okolicznościami katastrofy,
- zachęcania do korzystania z dostępnej pomocy (organizowanych grup debriefingu i wsparcia),
- przygotowania się na dalszy rozwój wydarzeń oraz społeczno-ekonomiczne i inne skutki wydarzeń, w tym ewentualnych dalszych wtórnych wydarzeń typu katastroficznego (np. wyjątkowa siły tsunami w Japonii w 2011 r. i katastrofalna fala powodzi wywołały wtórnie aktywność reaktora atomowego).

UMIEJĘTNOŚCI INTERWENIUJĄCYCH W SYTUACJACH KATASTROFICZNYCH

Podjęcie działalności i pomocy interwencyjnej w sytuacjach katastroficznych przy uwzględnieniu złożoności katastrof/katakliizmów wymaga specjalistycznego przygotowania i profesjonalnego szkolenia, również doświadczonych i profesjonalnych interwentów kryzysowych w zakresie pomocy w sytuacjach katastroficznych.

Przygotowanie edukacyjne osób interweniujących obejmuje szkolenie i specjalistyczne przygotowanie służb interwencyjnych w zakresie przyswojenia zarówno odpowiedzialnej wiedzy, jak i umiejętności. Najczęściej za niezbędne uważa się posiadanie profesjonalnej wiedzy z psychologii kryzysu, rozpoznawania symptomów zaburzeń stresu pourazowego, znajomości zasad interwencji oraz strategii, a przede wszystkim umiejętności interweniowania w sytuacji katastrofy/katakliizmu. Zazwyczaj wymienia się konieczność przyswojenia następujących ważnych dla pomagania pokrzywdzonym umiejętności:

- posiadanie umiejętności nawiązania empatycznego kontaktu i komunikowania się nie tylko z jednostkami, ale także z grupami społecznymi (zbiorowiskiem, tłumem)
- posiadanie umiejętności i kompetencji społecznych pozwalających na wdrożenie teoretycznej wiedzy do praktyki interwencyjnej.

W bezpośrednim kontakcie z ocalałymi ma znaczenie, jak już wspomniano możliwie wczesne podjęcie interwencji (faza prewencji, ewentualnie stadium tuż po uderzeniu katastrofy), przejawianie empatii oraz umiejętności czujnego, zaangażowanego słuchania ofiar (tzw. wysłuchiwanie – James i Gilliland, 2004).

Niezbędne są umiejętności łączenia podejścia psychologicznego z równoczesną koncentracją na wszelkich potrzebach ocalałych, z udzielaniem pomocy rzeczowej włącznie. Nie mniej ważna pozostaje umiejętność prowadzenia rozmowy z uwzględnieniem nie tylko pytań bezpośrednich (por. Wallen, 1964). Przykładem prawidłowego nawiązania kontaktu mogą być zwroty: „Jak sobie radzisz w tej sytuacji?”, „W czym mogę pomóc w sytuacji, w jakiej się znalazłeś?”, „Wiem, że Twój syn nie żyje...”. Nie należy przy tym unikać trudnych kwestii oraz obawiać się zwracania w sposób bezpośredni i konkretny, zamiast ogólnikowych pytań, np. „Jak się czujesz?”, „Może mi powiesz coś o sobie?” (por. Puryear, 1979; Roberts, 1995).

Jeżeli osoby ocalałe same inicjują kontakt werbalny lub chętnie wchodzi w relację wsparcia obowiązkiem interwenujących jest czujne, empatyczne słuchanie i adekwatne reagowanie. Ważne znaczenie ma umiejętność nawiązywania kontaktu i komunikowania z grupami społecznymi, znajomość oraz umiejętność wdrażania technik kontrolowania agresywnych i wrogich zbiorowisk oraz zgromadzeń; postępowania z osobami w szoku i panice ogarniętymi silnym lękiem, czy gniewem.

POSTAWY I WARTOŚCI REALIZUJĄCYCH PSYCHOLOGICZNĄ POMOC INTERWENCYJNĄ

W interwencji kryzysowej postawy oraz wartości osób świadczących pomoc psychologiczną ocalałym są nie mniej, a może nawet bardziej istotne od ich szczególnej wiedzy i umiejętności. Przekonanie to wyraża się akcentowaniem znaczącej roli paraprofesjonalistów i wolontariuszy – dobre zazwyczaj oceny działalności wolontariuszy pośrednio wspierają znaczenie dla efektywności interwencji idei tolerancji, zaangażowania oraz tzw. „świeżości” spojrzenia i emocjonalnego współodczuwania z poszkodowanymi cechujące zazwyczaj wolontariuszy.

Problematyka postaw interwenujących obejmuje kilka odrębnych, szerokich zagadnień, które mogą zostać zaledwie zasygnalizowane:

- motywacja pomagania innym, opierająca się nie tylko na empatii, ale także uwewnętrznionych standardach niesienia pomocy (tzw. normo-, czy endocentryczna), przede wszystkim wypływająca

z przekonania o konieczności świadczenia pomocy potrzebującym,

- pozytywna i akceptująca motywacja interwenujących do pracy w społeczności i dla społeczności (a nie tylko na rzecz jednostek),
- postawy osób interwenujących w konfrontacji z cierpieniem i osobami pokrzywdzonymi, a w szczególności ofiarami przemocy i traumy pozwalające na jednoznaczne opowiadanie się po stronie poszkodowanych,
- racjonalne i zrównoważone postawy oraz działania interwenujących wobec buntu i rozruchów społecznych, zbiorowisk przejawiających gwałtowne, wrogie, agresywne a także inne negatywne emocje i zachowania,
- akceptacja aktywnych i asertywnych postaw pokrzywdzonych, nastawienie na systemowe działanie na ich rzecz w ich otoczeniu, a nie tylko pracę indywidualną z jednostkami. Pomoc psychologiczna winna być realizowana na wiele różnych sposobów i świadczona nie tylko środkami psychologicznymi (tzw. gotowość „pobrudzenia sobie rąk”),
- W obszarze interwencji kryzysowej istotną rolę mogą odgrywać nieświadome (czy na wpół świadome) postawy i zachowania przeciwpriemienne interwenujących będące bolesną spuścizną po własnych wczesnodziecięcych doświadczeniach traumatycznych (Pollak i Levy, 1993). Zazwyczaj negatywne, nieuświadomione przeniesione emocje aktywizowane w obliczu cierpienia innych powodują napięcie i chaos emocjonalny u samych pomagających w relacji interwencyjnej. Mogą one utrudniać udzielanie pomocy i wspieranie pokrzywdzonych, a nawet całkowicie uniemożliwiać podjęcie skutecznej interwencji.

W tym miejscu należy zasygnalizować trudności, które mogą stać się udziałem psychologów o doświadczeniu klinicznym. Winni oni przełamać dotychczasowe nawyki i nastawienie opiekuńcze przejawiane w pracy z pacjentami i osobami zaburzonymi psychicznie. Postawy te wymagają przekształcenia na rzecz poszanowania autonomii poszkodowanych i ocalałych, ich dążeń do sprawowania kontroli, zachowania godności i samostanowienia. Psychologiczna interwencja w społeczności wymaga do pewnego stopnia odejścia od utożsamienia się z rolą klinicysty sugerującego problemy klientów kryzysowych ze zdrowiem psychicznym, co nie powinno mieć miejsca w obszarze interwencji.

Problematyka wartości i postaw osób interwenujących, choć interesująca i bardzo ważna została zaledwie zasygnalizowana z powodu wymogów objętości opracowania. Niemniej konieczność pracy osób interwenujących nad własną osobowością, postawami wobec innych, i świadomością wartości, którymi kierują się w pracy zawodowej oraz własnym życiu pozostaje zawsze aktualnym wyzwaniem określającym przebieg oraz skuteczność działalności pomocowej i interwencyjnej.

LITERATURA

- Alexander, D.A. (1990). Psychological intervention for victims and helpers after disasters. *British Journal General Practice*, 40,
- Aronson, E. (2004). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Badura-Madej, W. (1996). Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 157-173). Warszawa: Wyd. Interart.
- Barton, A.M. (1969). *Communities in disaster*. New York, Garden City: Doubleday.
- Borys, B., Morawski, P. (1977). Zespół stresu pourazowego u ofiar pożaru hali Stoczni Gdańskiej. Na podstawie literatury i doświadczeń własnych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej* (s. 73-86). Kraków: Wyd. ALL.
- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Collins, B.G., Collins, T.M. (2005). *Crisis and trauma. Developmental-ecological intervention*. Boston, New York: Lahasha Press, Houghton Mifflin Company.
- Figley, C.R. (red.). (1985). *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner, Mazel.
- Freedy, J.R., Kilpatrick, D., Resnick, H. (1993). Natural Disasters and Mental Health. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 5, 49-104.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. New York: The Free Press, A Division of Macmillan Publishing.
- Green, B.L. (1995). Long-term consequences of disasters. W: S.E. Hobfoll, M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 307-324). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Green, B.L., Wilson, J.P., Lindy, J.D. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. W: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (s. 53-69). New York: Brunner Mazel.
- Herman, J. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Różne oblicza przemocy i sposoby przezwyciężania skutków*. Gdańsk: GWP.
- Hoff, L.A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. San Francisco: Josey-Bas.
- James, R.K., Gilliland, B.E. (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: PARPA.
- Kaniasty, K., Norris, F. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 395-408.
- Kaniasty, K., Norris, F. (1995). In search in altruistic community: Patterns of social support mobilization following Hurricane Hugo. *American Journal of Community Psychology*, 23, 447-477.
- Kaniasty, K., Norris F.H. (2004). Wzlot i upadek Etiopii: mobilizacja i deterioracja wsparcia społecznego w sytuacjach klęsk żywiołowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 123-151). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kardiner, A. (1959). Traumatic neurosis of war. W: S. Arieti (red.), *American handbook of psychiatry* (s. 245-257). New York: Basic Books.
- Kelly, J.G., Snowdon, L.R., Muñoz R.F. (1977). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 28,
- Kępiński, A. (1970). Tzw. „KZ-syndrom”: próba syntezy. *Przegląd Lekarski*, 1, 18-23.
- Kłodziński, S. (1984). Kilka uwag o KZ-syndromie. *Przegląd Lekarski*, 1, 17-21.
- Kryształ, H. (red.) (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2011). Interwencja kryzysowa w społeczności. Nowe zadania i szanse dla absolwentów psychologii. W: K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej* (s. 69-89). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Leśniak, R. (1965). Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. *Przegląd Lekarski*, 1, 13-20.
- Lifton, R.J. (1973). *The life of the self*. New York: Simon and Schuster.
- Lifton, R.J., Olson, E. (1976/1987). Ludzki wymiar kataklizmu. Wypadek w Buffalo Creek. *Nowiny Psychologiczne*, 5, 86-107.
- Lipowska-Teutsch, A. (1997). Zagadnienia skutków stresu i metod przeciwdziałania im w pracy służb emergencyjnych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej* (s. 213-223). Kraków: ALL.
- Lis-Turlejska, M. (1992). Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 64-71.
- Lis-Turlejska, M. (1993). Radzenie sobie ze skutkami psychologicznymi skrajnie traumatycznych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 77-96.
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres. Koncepcja i badania*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Łukaszewski, W., Stajniak, B. (1999). Kataklizm powodzi: sposoby interpretacji i sposoby reakcji. W: D. Doliński, W. Łukaszewski (red.), *Opresja i pomoc* (s. 27-44). Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Łuszczynska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190-205). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Mitchel, R.E., Trickett E.J. (1980). Social networks as mediators of social support: An analysis of the effects and determinants of networks. *Community Mental Health Journal*, 16, 27-44.
- Mitchell, J., Bray, G. (1990). *Emergency services stress. Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Niederland, W.G. (1968). The psychiatric evaluation of emotional disorders in survivors of Nazi persecution. W: H. Kryształ (red.), *Massive psychic trauma* (s. 8-22). New York: International Universities Press.
- Pennbaker, J.W., Harber, K. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian gulf war. *Journal of Social Issues*, 49, 125-145.
- Pikunas, W.L. (1998a). Omówienie artykułu Lennis G. Echeltng: Ukryte uzdrawianie ofiar katastrofy (Hidden Wounds. Hidden Healing of Disaster). W: *Zeszyty Interwencji Kryzysowej* (s. 21-31). Kraków: Wojewódzki Ośrodek Interwencji Kryzysowej.

- Pikunas, W.L. (1998b). Omówienie artykułu Marlene A. Young: Zespoły interwencji kryzysowej wobec następstw traumy (Crisis Response Teams in the Aftermath of Disaster). W: *Zeszyty Interwencji Kryzysowej* (s. 11-19). Kraków: Wojewódzki Ośrodek Interwencji Kryzysowej.
- Pollak, J., Levy, Sh. (1993). Przeciwpzrzeniesienie a odstąpienie od zgłaszania przypadków nadużywania. W: A. Lipowska-Teutsch (red.), *Ofiary istnieją* (s. 111-113). Kraków: Wyd. Ośrodka Pomocy i Interwencji Kryzysowej UJ i AM w Krakowie.
- Puryear, D.A. (1979). *Helping people in crisis*. San Francisco: Josey-Buss Publishers.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Harper and Row.
- Roberts, A.R. (red.), (1995). *Crisis, intervention and time limited cognitive treatment*. London, New Delhi: Sage Publications, International Educational and Professional Publisher.
- Robinson, R., Mitchell, J. (1993). Evaluation of psychological „Debriefings”. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 3, 367-382.
- Stroul, B.A. (1989). *Crisis residential services in community support system*. Maryland: National Institute of Mental Health.
- Tyhurst, J.S. (1951). Individual reactions to community disaster. *American Journal of Psychiatry*, 107, 764-769.
- Tyhurst, J.S. (1957). Psychological and social aspects of civilian disaster. *Canadian Medical Journal*, 76, (March), 379-399.
- Van der Kolk, B.A., McFerlane, A.C., Weisaeth L. (red.). (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- Vandenbos, G., Bryant, B. (red.). (1987). *Cataclysms, crises and catastrophes: Psychology in action*. Washington, DS: American Psychological Association.
- Wallen, R. (1964). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Young, M.A. (1995). Crisis response teams in aftermath of disasters. W: A.R. Roberts (red.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment* (s. 151-187). London, New Delhi: Thousand Oaks, Sage Publications.