

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 27.05.2013 • Zaakceptowano/Accepted: 03.06.2013

© Akademia Medycyny

„Psychologia w ratownictwie” – uwagi o książce „Psychology in rescue” – the comment on the book

Stefan Krzymiński, Alicja Gulewicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, SPZOZ
w Ciborzu



Streszczenie

Artykuł przedstawia książkę dr Joanny Kliszczyk „Psychologia w ratownictwie”. Odniesiono się do niektórych omówionych w niej zagadnień - przede wszystkim komunikacji między ratownikiem i poszkodowanym, skutków traumatyzujących zdarzeń dla ich ofiar i pracowników służb ratunkowych. Wychodząc poza ramy książki wspomniano o znaczeniu heurystyki dla postępowania diagnostycznego i leczniczego w medycynie ratunkowej. Wskazano na dużą wartość poznawczą książki, nie tylko dla pracowników służb ratowniczych. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 244-251.*

Słowa kluczowe: psychologia, medycyna ratunkowa, heurystyka

Abstract

This article presents dr's Joanna Kliszczyk book „Psychology in rescue”. Reference was made to some of the issues. First of all is about communication between a rescuer and a victim, effects of traumatic events for victims and workers of rescue services. Going beyond the book discussed the importance of heuristic for diagnosis and therapy in emergency medicine. Indicated the high educational value this book not only for professionals. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 244-251.*

Keywords: psychology, rescue medicine, heuristic

Wstęp

W 2012 roku ukazała się książka dr Joanny Kliszczyk „Psychologia w ratownictwie” [1]. W jej sześciu rozdziałach omówione zostały relacje ratownika z poszkodowanym, jednostki z grupą społeczną, pomaganie w sytuacji trudnej, determinanty zachowań prospołecznych, etyczne aspekty ratownictwa, biologiczne i osobowościowe uwarunkowania reakcji na sytuację trudną i pomaganie osobom po traumie. Dobrze napisana i wielowątkowa książka zawsze skłania do dyskusji, szukania odniesień potwierdzających lub

podważających zawarte w niej treści. Tak jest i w tym przypadku. Trudno podjąć wszystkie poruszone w niej tematy. Próbujemy więc odnieść się przede wszystkim do pewnych zagadnień medycyny ratunkowej.

Ratownik i poszkodowany

W książce słusznie podkreślono, że ratownictwo samo w sobie jest czymś szczególnym. Jak i to, że mimo ogromnego wzrostu potencjału medycyny niezmienna pozostaje potrzeba bliskości kogoś, komu można zaufać, powierzyć swoje zdrowie, życie. Przypomina się

biblijna „Księga Przysłów” i jej: „Duch ludzki zniesie chorobę, lecz złamanego ducha któż udźwignie?” [2]. W tym jednym zdaniu, sprzed 2500 lat, mieści się sens ratownictwa i całej medycyny- uratować ciało i nie dopuścić do złamania ducha.

W książce często, w różnym kontekście, mowa jest o empatii. Ma ona sprzyjać altruizmowi, lepszemu kontaktowi z poszkodowanym. Pada sugestia, że z dwóch jej składników, poznawczego i emocjonalnego, u ratownika powinien przeważać ten pierwszy. Należy się z tym zgodzić. Empatia pozwala na wczucie się w prywatny świat pacjenta, jakby był własny, nie zapominając tego „jakby był” [3]. Nie jest natomiast sympatią, z którą wiąże się ograniczenie krytycznej, intelektualnej oceny [4].

Komunikacja między ratownikiem i poszkodowanym, tak jak to przedstawiono w książce, nie różni się od postępowania w stanach nagłych w psychiatrii (psychiatrii ratunkowej). Jest to zrozumiałe. W psychozie dochodzi do katastrofy znanego świata. Cierpienie, wynikające ze zniekształcenia rzeczywistości, przez urojenia i omamy, jest prawdziwe [5]. Dobrze, że podkreślono to w „Psychologii w ratownictwie”. Cierpiący oczekuje zrozumienia i akceptacji, poczuciu zagrożenia towarzyszy potrzeba informacji [6]. Dość prosto sprawę kontaktu przedstawili Murphy i Brewer [7]. Mianowicie: zachowuj się spokojnie, działaj uspokajająco, profesjonalnie, pewnie i zwięźle wyjaśniaj kwestie dotyczące choroby, unikaj posługiwania się żargonem, bądź empatyczny, stabilny, nieoceniający, nieautorytarny, upewnij się, czy zostałeś zrozumiany, dąż do rutyny i porządku. Nie poddawaj się nawet, gdy twoje wysiłki są odrzucone. Odnieśli to do postępowania z pacjentem w pierwszym epizodzie psychozy. Odpowiada to jednak sugestiom, dotyczącym relacji ratownik-poszkodowany, zawartym w książce dr Kliszcz. W tej relacji, na każdym jej etapie, istotne jest, by poszkodowany nie stracił nadziei. Bo być człowiekiem, to znaczy mieć nadzieję [8]. Może być ona podtrzymywana w różny, pozornie nawet nieefektywny, sposób. Taką nadzieję, ewakuowanym w czasie wielkiego pożaru w Kalifornii w 1985 roku, dawały opanowanie i organizacja pracy strażaków i ich spokojne „no problem” [9]. Oczywiście, gdy jest to konieczne, należy brać pod uwagę zastosowanie przymusu bezpośredniego. Jednocześnie nie należy traktować dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta [1,5].

Ratownictwo, niepewność, droga na skróty

Wskazano w książce, że w przypadku zdarzeń masowych ratownictwo przypomina medycynę wojenną [1]. Pewne pojęcia z teorii i praktyki wojennej można odnieść do ratownictwa w ogóle, więc i medycyny ratunkowej. Mają bowiem swoją taktykę i strategię. W warunkach wojny taktyka uczy wykorzystywania sił zbrojnych w bitwach, strategia zaś - wykorzystywania bitew dla celów wojny [10]. Całość zdarzeń, od początku do katastrofy, z ratowaniem jak największej liczby ludzi i przekazywaniem ich kolejnym jednostkom opieki zdrowotnej po rehabilitację fizyczną i psychiczną, to odpowiednik wojny. Pierwszą w niej bitwę staczają ratownicy. Od taktyki, jaką zastosują, czyli jak wykorzystają swoje zasoby umysłowe i materialne, zależy przebieg wojny z katastrofą i jej skutkami, których minimalizacja jest celem strategicznym. Na wojnie wszystko jest proste, ale nawet najprostsza rzecz jest trudna [10]. Tak samo jest w ratownictwie, a szerzej ujmując - w całej medycynie. Prawdziwe działanie różni się od akcji na papierze. Tę różnicę oddaje pojęcie „tarcia”. Tworzą je niezliczone drobne zdarzenia przeszkadzające w osiągnięciu celu [10]. Największe tarcie wywołuje „mgła niepewności”. Plany i działania powinny ją uwzględniać. W planowaniu należy stosować „brzytwę Ockhama”, czyli nie komplikować. Tarcie najszybciej dezaktualizuje plany skomplikowane. Prostota planu musi być jednak wynikiem intensywnej pracy umysłowej [10]. Uwagi te odnieść można do ratownictwa. Problemy wynikające z tarcia złagodzić można tylko w jeden sposób. W kategoriach wojskowych jest to przyzwyczajenie do wojny [10]. Służyć temu powinny ćwiczenia i metodyczne procedury rozumiane jako sposób wykonywania obowiązków na podstawie przeciętnego prawdopodobieństwa, aż do ich zastosowania. Nie są one dogmatami, ale najlepszym rodzajem norm będących, w razie potrzeby, drogami na skróty przy podejmowaniu indywidualnych decyzji [10]. W odniesieniu do służb ratowniczych byłby to więc sposób przyzwyczajania do katastrof. O „drogach na skróty”, w medycynie, szczególnie ratunkowej, nieco uwag poniżej. Warto jednak zwrócić uwagę, że nawet medycyna oparta na dowodach (ang. evidence based medicine - EBM) nie jest wolna od tarcia i mgły niepewności. Opiera się bowiem na analizie danych naukowych, ale do podjęcia decyzji niezbędne są indywidualne umiejętności,

doświadczenie lekarza, właściwe rozpoznanie sytuacji oraz zrozumienie pacjenta [11].

Działanie we mgle zatarć, dokonywanie wyborów w warunkach niepewności, w sytuacji ograniczonego czasu i zasobów informacji ułatwia heurystyka. Pojęcie to, wzięte z ekonomii, odnoszone jest także do medycyny, również ratunkowej. Jest to „poznawcza droga na skróty” i ma wiele odmian. Ich wspólną cechą jest zmniejszenie czasu, zasobów i wysiłku poznawczego potrzebnych do podjęcia decyzji [12,13]. Jerome Groopman uważa heurystykę za podstawę dojrzałego rozumowania klinicznego [14].

Crumlish i Kelly [13] przedstawili 10 heurystyk. Nie sposób je tutaj wszystkie przedstawić. Medycynie ratunkowej najbliższe wydają się „heurystyka reprezentatywności” i „heurystyka dostępności”. Mocną stroną pierwszej jest możliwość szybkiego postawienia rozpoznania, działanie polegające na rozpoznawaniu wzorców. Druga opiera się na założeniu, że zdarzenia łatwo przychodzące na myśl, są częste, więc powinny być rozpatrywane w pierwszej kolejności. Słabością obu jest pomijanie nietypowych wariantów z trudem przychodzących na myśl.

Croskerry [12] pod kątem słabych stron, w odniesieniu do medycyny ratunkowej, rozpatrzył 30 heurystyk. Takie zawodne heurystyki określane są jako błędy/odchylenia poznawcze. Jego zdaniem znajomość heurystyk, ich ograniczeń, to pierwszy krok do poprawy podejmowania decyzji w medycynie ratunkowej. Wskazuje, że decyzje te mają charakter unikalny, różniący je od decyzji podejmowanych w innych dziedzinach medycyny. Uważa też, że strategią niemal typową dla medycyny ratunkowej jest „zasada wykluczenia najgorszego scenariusza” (ang. rule out worst case-scenario - ROWS). Nade wszystko bowiem lekarz medycyny ratunkowej nie może przeoczyć diagnozy krytycznej. Jest to wzorzec pokrewny heurystyce dostępności. Croskerry wskazuje, że w odniesieniu do większości zdarzeń lekarz ma utrwalonych około pięciu najważniejszych możliwych rozpoznań. Nawiasem mówiąc, jest to bliskie pojemności zakresu uwagi, która jest względnie stała i obejmuje 7 ± 2 elementów pola uwagi jednocześnie [15]. ROWS jest w znacznej mierze strategią bezpieczną, korzyści przeważają nad błędami. Sprawia, że pod uwagę brane są rozpoznania krytyczne [12]. Za pewne jej przeciwieństwo uznać można „strategię wyczerpania” (ang. exhaustion strategy). Polega ona na dążeniu do zebrania jak największej ilości informacji medycznych o pacjencie. Przed podjęciem decyzji two-

rzy się więc nieproporcjonalnie dużą bazę danych. Jest właściwa nowicjuszom, studentom medycyny. Może też zdarzyć się doświadczonemu lekarzowi, niewyspanemu, przemęczonemu [12]. W naszych warunkach można ją nazwać „kwadraturą SOR-u” [16]. Croskerry słusznie wskazał, że pacjenci psychiatryczni są szczególnie narażeni na błędy w oddziale ratunkowym. Po części dlatego, że nie pasują do modelu typowego pacjenta takiego oddziału. Rozpoznanie psychiatryczne powoduje, że współistniejące choroby somatyczne są przeoczone. Uważa więc, że każdy taki pacjent powinien być „czerwoną flagą” dla lekarza oddziału ratunkowego.

Podobnie Cohen i wsp.[17] piszą o złożoności procesów poznawczych w medycynie ratunkowej, różnych jej odmianach, takich jak psychiatria ratunkowa (ang. emergency psychiatry). Wskazują na różnorodność błędów (artefaktów) wiążących się z unikalnością pracy w intensywnej opiece medycznej. Błędy mogą być utajone, banalne. Na przykład źle odczytany odręczny zapis nazwy lub dawki leku, nieprzekazanie informacji dotyczącej pacjenta współpracownikom. Sugerują więc stworzenie modelu poznawczego pozwalającego na identyfikowanie błędów, zrozumienie ich natury. North i Marcus [18] podają, że w anestezjologii skutki błędów medycznych zredukowano w ciągu 15 lat o 95%. Istotne w tym było poznanie jak, w różnych zespołach, koordynowano działania, przekazywano informacje, rozwiązywano problemy. Jest i druga strona medalu. Hillman [19] pisze, że jedynie 15% osób poddanych resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) przeżywa do wypisu ze szpitala. Poza szpitalem odsetek ten spada do 1%. Wskazuje też, że odkąd w latach 60. XX w. wprowadzono RKO, wskaźniki te nie drgnęły.

W pewnym stopniu z uwagami Cohena i wsp. zgodne są retrospektywne analizy dokumentacji jednego ze szpitali psychiatrycznych w USA. Niezależni eksperci stwierdzili 2194 błędy medyczne popełnione w trakcie leczenia 31 pacjentów (1449 osobodni hospitalizacji). W tym czasie personel szpitala odnotował tylko 9 błędów. Badania dotyczące lecznictwa niepsychiatrycznego wykazywały podobną rozbieżność wyników niezależnych badań a samooceną w tych szpitalach [20]. Zaznaczyć jednak trzeba, że niezależni eksperci oceniają sytuację już po bitwie.

Emocje

Znaczenie identyfikacji, rozumienia przyczyn błędów medycznych, szczególnie kosztownych

w medycynie ratunkowej, trudno przecenić. To jednak stanowi tylko część problemu, jego aspekt poznawczy, intelektualny. Nie mniej ważny jest w tym czynnik emocjonalny. W „Psychologii w ratownictwie” słusznie zauważono, że ratownicy to zwykli ludzie. Mają chwile powodzenia i doznają emocji o znaku ujemnym [1]. Żaden człowiek, a więc i najlepiej wyszkolony ratownik, pracownik oddziału ratunkowego, nie jest wolny od presji emocji. Barbara Skarga [21] pisała, że zmienność uczuć, ich znaczenie, mają ogromną siłę burzącą, czasami wznoszącą. Nie racjonalne rozważania, ale uczucia każą nam coś czynić, albo nie. Dr Kliszcz pisze, że ratownik powinien być wszechstronnie wykształcony, nie tylko w medycynie, ale i w psychologicznych aspektach ratownictwa. To powinno, jak sądzimy, obejmować wiedzę o wpływie emocji na funkcjonowanie poznawcze. Za jej podstawę warto przyjąć, pochodzące jeszcze z 1908 roku, prawa Yerkesa-Dodsona. Mówią one, w uproszczeniu, o krzywoliniowej zależności między wzrostem motywacji a poziomem wykonania [22]. Wprawdzie oparcie się na nich autorka książki uważa za uproszczenie, ale to one oddają istotę rzeczy. Rola emocji ma swój wyraz w 5-stopniowym modelu podejmowania decyzji Latane’a i Darleya [wg 1]. Mowa w nim o pośpiechu, wątpliwościach, obawach.

W „Psychologii w ratownictwie” podkreślono, że akcja ratownicza wiąże się ze znacznym obciążeniem emocjonalnym, tak u ofiar, jak i ratowników. Bez przesady można powiedzieć, że przeżycia z tym związane odnieść można do podstawowych pojęć metafizyki. Są nimi świat, samotność, skończoność [21]. W sytuacji katastrofy świat znany i bezpieczny gwałtownie się zmienia. Czyny, które w normalnych warunkach uznane byłyby za niemoralne, w sytuacji wyższej konieczności tracą swój bezprawny, amoralny charakter. Dowolnie dysponuje się cudzą własnością, stosowany bywa przymus bezpośredni [1]. Mimo że ze swej natury ratownictwo jest działaniem zespołowym i ratownik zwykle nie jest osamotniony, to wobec takiej zmiany ustalonego porządku może czuć się samotny. Kontakt ze śmiercią jest „ryzykiem zawodowym” ratownika. Wiązać się z tym jednak może natrętne uświadamianie sobie skończoności własnej i najbliższych [1].

Stres

Wiele uwagi poświęcono w „Psychologii w ratownictwie” skutkom traumatycznych przeżyć. Na zabu-

żenia pourazowe narażone są i ofiary i ci, którzy im pomagają. Podkreślono, że praca ratowników obfituje w sytuacje trudne, zagrażające zdrowiu i życiu. Dojść u nich może do stresu zawodowego. Sporo więc miejsca w książce poświęcono stresowi, jego przyczynom, mechanizmom, skutkom. Warto przytoczyć krótką i celną definicję podaną przez autorkę. Mianowicie, że stres jest normalną reakcją na nienormalną sytuację. Píše też, że zasadne i pomocne w pracy ratowników jest poznanie tego przeciwnika [1].

W krótkim i jasnym wykładzie przedstawił stres Jerzy Landowski [23]. Podkreślił, że stres to słowo powszechnie używane i nadużywane. Jest on określoną reakcją biologiczną. Powstaje, gdy przedłuża się rozbieżność między oczekiwanym a faktycznym stanem środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego. Odgrywa pozytywną rolę w życiu organizmu. Przygotowuje go do znalezienia nowych zachowań adaptacyjnych. Problemem jest przedłużający się stres lub sytuacja stresowa powtarzająca się bardzo często. Stres przewlekły reakcją adaptacyjną nie jest. Często towarzyszą mu lęk, obniżony nastrój, niepokój, zaburzenia snu, łaknienia. Bardzo niekorzystnie na rozwój stresu wpływa poczucie braku kontroli nad swoim losem. Natomiast nastawienie zadaniowe, brak skłonności do uogólniania negatywnych doświadczeń to cechy ułatwiające rozwiązanie stresu, zwłaszcza w przypadku stresorów psychologicznych. Zasoby radzenia sobie, które można uznać za względnie stałe cechy osobowości, określają rodzaj wypracowanych i stosowanych przez dane osoby strategii postępowania w sytuacjach trudnych. Istotne jest odniesienie do modelu predyspozycja-stres. Czyli do tego, że w patogenezie wszystkich chorób, w tym zaburzeń psychicznych, rolę odgrywają czynniki biologiczne i psychospołeczne (model genetyczno-środowiskowy). Tak więc zaburzenie stresowe pourazowe jest poprzedzone silnym i traumatyzującym przeżyciem. Nie jest ono jednak czynnikiem wystarczającym. Współlistnieć muszą szczególne predyspozycje biologiczne. Wiele wskazuje, że należy je wiązać z zaburzeniami osi przysadkowo-podwzgórzowo-nadnerczowej [23]. W jakimś stopniu oddaje to cechy biologiczne i psychiczne sprzyjające, lub nie, pracy w ratownictwie.

Skutki stresu przewlekłego

Jak wspomniano, w „Psychologii w ratownictwie” wiele uwagi poświęcono skutkom traumatyzujących zdarzeń. Przede wszystkim zaburzeniu stresowemu

pourazowemu (ang. post-traumatic stress disorder - PTSD). Wymieniono także: ostrą reakcję na stres, stres pourazowy typu wtórnego (ang. secondary traumatic stress disorder - STSD), złożony zespół stresu pourazowego (ang. complex PTSD), niespecyficzne zaburzenia związane ze stresem pourazowym (ang. disorders of extreme stress not otherwise specification - DESNOS), zespół medycznie niewyjaśnionych objawów fizycznych (ang. medical unexplained physical symptoms - MUPS), masywny uraz psychiczny (ang. massive psychic trauma - MPT) i zespół wypalenia zawodowego [1]. PTSD po raz pierwszy uwzględniono w amerykańskim systemie diagnostycznym zaburzeń psychicznych DSM-III w 1980 roku. W roku 1992 włączony został do klasyfikacji ICD-10, w grupie reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych [24]. Ostra reakcja na stres wywołwana jest przez stresor fizyczny lub psychiczny o znacznej sile. Pojawia się w ciągu godziny od zadziałania stresora a objawy łagodnieją nie później niż po 48 godzinach [25]. STSD jest zaburzeniem nerwicowym, z objawami takimi jak PTSD, wywołanym przez bycie świadkiem traumatyzującego wydarzenia, występuje u ratowników. Pojęcie złożonego PTSD wprowadzono, by lepiej zobrazować doznania ofiar traumy. DESNOS uwzględnia objawy niewystępujące w PTSD. Pojęcie MUPS odniesiono do występujących w przebiegu PTSD objawów psychosomatycznych. MPT związany jest z tak zwanym transferem międzypokoleniowym. Doznany, na przykład przez ratowników, uraz wywiera w przyszłości wpływ na ich dzieci. Z pracą w ratownictwie wiąże się także znaczne narażenie na wypalenie zawodowe [1]. W zasadzie zaburzenia te mają wiele cech wspólnych. Objawy PTSD to, przede wszystkim, natrętne wspomnienia urazu, sny na ten temat, odrętwienie uczuciowe, bezsenność, pobudzenie układu autonomicznego, unikanie podobnych sytuacji [24]. W DESNOS występują zaburzenia jedzenia, zachowania autodestrukcyjne, poczucie bezradności, winy, rozpacz, nieadekwatność reakcji emocjonalnych, przewlekłe bóle, zaburzenia seksualne, ze strony układu krążenia, oddechowego, pokarmowego [1]. Mieszczą się w tym objawy depresji i zaburzeń nerwicowych, na przykład neurastenii, którą cechują uporczywe zmęczenie, bóle mięśni, głowy, drażliwość, zaburzenia snu [25]. Warto pamiętać, że u części chorych na PTSD współwystępują choroby afektywne. U 1/3 nawracająca depresja, u 10% choroba afektywna dwubiegunowa [24]. Interesujący jest, wspomniany wyżej, transfer międzypokoleniowy skutków znacznego urazu

psychicznego. Dr Kliszcz cytuje badania Marii Lis-Turlejskiej, według których w Polsce 10-16% dorosłych cierpi na zaburzenia pourazowe, gdy tylko około 3,5% Amerykanów. Tak znaczny odsetek miałby być uwarunkowany naszą historią. Mianowicie osoby, które doznały silnej traumy wojny przekazały swoim dzieciom podatność na zaburzenia lękowe, w tym PTSD. Być może jednak rzadkość zaburzeń pourazowych u Amerykanów wynika nie tyle z braku traumy wojny, ile z tego, co Peter C. Whybrow nazwał „amerykańską manią” [26]. To oczywiście tylko „gdymanie”. Trudno jednak przyjąć bez wątpliwości tak wysokie wskaźniki zaburzeń pourazowych dla polskiej populacji. Nie negując przy tym samej idei transferu międzypokoleniowego. Po prostu zbyt duże są różnice w ocenie występowania zaburzeń pourazowych w grupach zwiększonego ryzyka. Należą do nich ratownicy różnych służb, policjanci, strażacy, żołnierze [1]. Według cytowanych w „Psychologii w ratownictwie” badań, PTSD rozwijał się u 4% ratowników, częściej u mężczyzn. Nie odnotowano ani jednego przypadku PTSD u 145 pracowników pogotowia. Wśród strażaków PTSD doświadczało 5-8%, jego niektóre objawy występowały u 15%. PTSD rozwijał się u 4,4% polskich policjantów, którzy - w trakcie akcji - użyli broni palnej. W innym badaniu 100% ankietowanych ratowników podawało, że odczuwa różne dolegliwości somatyczne wynikające z doznanego w pracy stresu. Według innego jeszcze badania, wszyscy ratownicy medyczni doznawali stresu pourazowego różnego stopnia. Jeśli tak trudno ustalić realne wskaźniki zaburzeń pourazowych w specyficznych grupach zawodowych, to tym bardziej trudno je oszacować w populacji ogólnej. To jednak, że w tych grupach przeważają wskaźniki stosunkowo niskie, to trudno za realne uznać zacytowane wskaźniki dla polskiej populacji. Nawet, jeśli wziąć pod uwagę, że do szeroko pojętego ratownictwa trafiają raczej osoby o wyższych od przeciętnych zasobach odporności na stres. W każdym razie jest to cecha w ratownictwie pożądana. Są bowiem ludzie, którzy dążą do przebywania w okolicznościach o pewnym stopniu ryzyka. Sytuacje stresowe mogą u nich podwyższać sprawność działania, poprawiać samopoczucie [27].

Pomoc po traumie

W „Psychologii w ratownictwie” wiele uwagi poświęcono pomocy osobom po traumie. Zarówno tym, które były ofiarami traumatyzującego zdarzenia,

jak i tym, którzy zawodowo niosą im pomoc. Zwrócono uwagę, że ratownicy często sami muszą radzić sobie ze skutkami traumatyzujących przeżyć. Bywa, że sami, z oporami, szukają pomocy u profesjonalisty- psychologa, psychiatry. Opór bierze się z obawy, iż szukanie takiej pomocy może świadczyć o nieprzydatności do zawodu ratownika. Istnieją też niezależne od nich trudności w uzyskaniu takiej pomocy - niedostatki organizacyjne, finansowe. Tymczasem pomoc ze strony innych, profesjonalistów i najbliższego otoczenia, jest ważna, bo nawet zaawansowana technologia nie zastąpi człowieka [1]. W „Psychologii w ratownictwie” przedstawiono, między innymi, takie formy profesjonalnej pomocy jak debriefing (spotkanie po akcji) i defusing (rozbrownienie, stępienie). Pierwsza skupia się na omówieniu celu i korzyści interwencji, podsumowaniu wyników i możliwościach leczenia, w razie potrzeby, skutków traumatyzującego doświadczenia. Druga pozwala na odreagowanie silnych emocji przez krótkie spotkania pracowników służb ratowniczych, w czasie których mogą wyrazić swoje myśli i uczucia związane z wykonywanym zadaniem, w bezpiecznych warunkach [1]. Jednak nie wszyscy odnoszą z tego korzyści. Debriefing może nawet, u niektórych, nasilać reakcje stresowe. Stąd większe docenianie pomocy ze strony kolegów, czyli tych, z którymi dzielą wspólne doświadczenia. Wybrane osoby z danej grupy są doradcami psychologicznymi, których wspierają doświadczeni psychologowie. Skupienie uwagi na potencjale tkwiącym w dobrze znanych ludziach, strategia oparta na koleżeństwie mogą być łatwiejsze do zaakceptowania niż osoba z zewnątrz [1]. Może dlatego, że „ten z zewnątrz” jest wprawdzie specjalistą darzonym szacunkiem, ale i budzącym podejrzliwość, nieufność, zazdrość lub wręcz niechęć. Albo wrogiem, skoro nie podziela ich entuzjazmu, wiary, tradycji, do których są przywiązani [21]. W sumie tak motywowali swoją niechęć do udziału w grupach Balinta pracownicy oddziału zakaźnego, onkologicznego. Wskazywali, że prowadzący terapię/zajęcia nie znają i nie rozumieją specyfiki ich pracy. Innym motywem była niechęć wracania do przeżyć z pracy po zakończeniu dnia roboczego [28].

Istotne jest uwypuklenie w „Psychologii w ratownictwie” znaczenia wpływu środowiska na funkcjonowanie osób poszkodowanych. W odniesieniu do ratowników różnych służb, roli środowiska zawodowego i rodzinnego w redukowaniu napięć związanych z pracą. Ze wskazaniem jednocześnie istotności wypracowania sobie metody na własny użytek, bo

nie ma dwóch osób identycznie reagujących na stres [1]. Odpowiada temu wskazanie, za Krzysztofem Kaniastym, że nie zawsze profesjonalna pomoc jest konieczna. Nie należy więc wprowadzać jej na siłę [1]. Spostrzeżenia czynione nad zachowaniem ludzi w stanach znacznego zagrożenia wskazują, w części przypadków, na szczególną zdolność człowieka do działania zorganizowanego, odważnego i skutecznego. „Paradoksem stresu” nazywana bywa siła i determinacja jednostek astenicznych [27]. Zauważono, że w okresie wojny, nalotów, bombardowań nie notowano wzrostu hospitalizacji z powodu psychoz u ludności cywilnej [29]. Zgodne z tym jest, cytowane w „Psychologii w ratownictwie”, najnowsze podejście do działań wobec tych, którzy przeżyli skrajnie traumatyzującą sytuację. Zakłada ono, że jesteśmy znacznie bardziej odporni, niż nam i specjalistom od psychoterapii się wydaje. Między innymi skutki ataków terrorystycznych na World Trade Center, w roku 2001, udowodniły wielką siłę naturalnych procesów leczniczych, które pomagają uporać się nawet z największą traumą (wg GA Bonnanno) [1].

To najnowsze podejście, wraz z odkryciem, że posiadamy znaczny potencjał radzenia sobie w sytuacjach trudnych, nie jest ani takie nowe, ani odkrywcz. Nie było dotąd pokolenia wolnego od katastrofy wywołanej siłami natury lub siłami człowieka. Każde też wychodziło z takiej próby zwycięsko. Samuel Pepys opisał, w swoim „Dzienniku”, epidemię dżumy w Londynie, w roku 1665 [30]. Pod datą 16 października zapisał: „... jaka pustka i melancholia na ulicach... i opowiadali mi, że w Westminsterze nie ma żadnego lekarza i tylko jeden aptekarz, bo inni wymarli, ale że nadzieja odżywa, bo jest wielki spadek śmiertelności w tym tygodniu”. A 16 lutego 1666 roku zanotował: „... mieliśmy piękny spacer poranny ulicami miasta, znów bardzo ludnymi”. Zaś poświęcony tej samej epidemii „Dziennik roku zarazy” Daniela Defoe narrator kończy słowami: „Straszna dżuma spadła na Londyn w roku 1665, zmarło 100 tysięcy dusz. A przecież ja żyję!” [wg 31]. Trudno o zwięźlejsze i lepsze podsumowanie odporności rodzaju ludzkiego.

Oczywiście, tam gdzie to konieczne należy zaburzenia pourazowe leczyć dostępnymi środkami. W leczeniu PTSD mogą to być różne metody psychoterapii, głównie behawioralno-poznawcza, oraz farmakologiczne, takie jak leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), niektóre przeciwpadaczkowe (walproinianiany, lamotry-

gina, gabapentyna), które są zalecane również, gdy PTSD współistnieje z chorobami afektywnymi [24]. Dodatkowo u osób z PTSD, przez ograniczony czas, mogą być stosowane leki z grupy benzodiazepiny, dla złagodzenia szczególnie uciążliwych objawów [32].

Zakończenie

Podsumowywanie tak dobrej książki jak "Psychologia w ratownictwie" wydać się może chybione. Tym bardziej, że to, co przedstawiliśmy wyżej jest raczej "wariacjami na temat". Poruszyliśmy wątki, których w niej bezpośrednio nie ma, na przykład „drogę poznawczą na skróty”(heurystykę). Pominęliśmy, obszernie w książce omówiony, udział w czynnościach ratunkowych osób zawodowo z ratownictwem niezwiązanych, jego uwarunkowań społecznych i psychologicznych. Bardziej nawiązaliśmy

do wrodzonej ludziom zdolności do przystosowania i przetrwania w najtrudniejszych sytuacjach niż do pomocy profesjonalnej. Nie było jednak naszym celem powtarzanie treści w książce zawartych. Pisaliśmy to w przekonaniu, że ta bardzo pożyteczna książka warta jest lektury i kolejnych wydań.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Adres do korespondencji:

✉ Stefan Krzywiński
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych
SPZOZ w Ciburzu
Cibórz; 66-213 Skąpe
☎ (+48 68) 341 94 50
✉ szpital@ciborz.eu

Piśmiennictwo

1. Kliszcz J. Psychologia w ratownictwie. Warszawa: Difin SA; 2012.
2. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Księga Przysłów. Warszawa-Poznań: Readers Digest, Wydawnictwo Pallotinum; 2009.
3. Leder S. Empatia. In: Pużyński S, editor. Leksykon psychiatrii. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1993. p. 151-2.
4. Ayd FJ, Jr. Empathy. In: Ayd FJ, Jr, editor. Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences. Baltimore: William & Wilkison. A Waverly Comp.; 1995. p. 245-6.
5. Kokoszka A. Postępowanie w stanach nagłych. In: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J, editors. Psychiatria. T.3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. p. 385-405.
6. Leder S. Niespecyficzne czynniki oddziaływania leczniczego. Pol Tyg Lek 1973;XXVIII:364-7.
7. Murphy BP, Brewer WJ. Wczesna interwencja w psychozie. Kliniczne aspekty leczenia. Psychiatria po Dyplomie 2012;9:13-21.
8. Skarga B. Kwintet metafizyczny. Kraków: TAIWPN UNIVERSITAS; 2005.
9. Mycielski Z. Niby dziennik ostatni 1981-1987. Warszawa: Wydawnictwo Iskry; 2012.
10. Ghyczy (von) T, Oetinger (von) B, Bassford C. Clausewitz o strategii. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2002.
11. Wciórka J, Szafranski T, Świtaj P. Kontekst naukowy- poznanie naukowe a wyzwania psychiatrii. In: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J, editors. Psychiatria. T.3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. p. 718-27.
12. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: Cognitive strategies and detection of bias. Acad Emerg Med 2002;9:1184-204.
13. Crumlsh N, Kelly BD. Jak myślą psychiatrzy. Med Prakt Psychiatr 2011;(3):8-18.
14. Groopman J. Jak myśli lekarz. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie; 2009.
15. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. In: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J, editors. Psychiatria. T.1. Podstawy psychiatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010. p. 305-98.
16. Badurek S. Kwadratura SOR-u. Gazeta Lek 2013;(4):10.
17. Cohen T, Blatter B, Almeida C, Shortliffe E, Patel V. A cognitive blueprint of collaboration in context: Distributed cognition in the psychiatric emergency department. Artif Intell Med 2006;37:73-83.
18. Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry. Harv Rev Psychiatry 2006;14:204-11.
19. Hillman K. Oznaki życia. Przypadki z intensywnej terapii. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2011.
20. Grasso BC, Bates DW. Medication errors in psychiatry. Are patients being harmed? Psychiatr Serv 2003;54:599.
21. Skarga B. Tercet metafizyczny. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2009.
22. Reykowski J. Eksperymentalna psychologia emocji. Warszawa: Książka i Wiedza; 1974.

23. Landowski J. Biologiczne mechanizmy stresu. In: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J, editors. Psychiatria.T.1. Podstawy psychiatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010. p.177-87.
24. Rybakowski J, Jaracz J. Leksykon manii i depresji. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2010.
25. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Pużyński S, Wciórka J, red. przekładu polskiego. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
26. Whybrow PC. American mania. Ciągłe więcej, ale nigdy dość. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2006.
27. Jarosz M. Poznawanie świata. Łódź: Wydawnictwo Piątek Trzynastego; 2003.
28. Leder S, Brykczyńska C, Gwalikowska D, Wysocka T, Grupy Balinta. Część II - Opis pracy grupy Balinta w Centrum Onkologii w Warszawie. Psychoterapia 1997;3:19-26.
29. Lin T-Y, Standley CC. Epidemiologia psychiatryczna. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1972.
30. Dziennik Samuela Pepysa. T. I i II. Wybór, przekład i przypisy Marii Dąbrowskiej. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1966.
31. Herling-Grudziński G. Dziennik pisany nocą. T.1. 1971-1981. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2011.
32. Starcevic V. Benzodiazepiny w zaburzeniach lękowych: maksymalizacja korzyści i minimalizacja zagrożeń. Psychiatria po Dyplomie 2013;10:7-14.

SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe we współpracy ze Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ oraz Zakładem Ratownictwa Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego serdecznie zapraszają na

Ogólnopolską Konferencję Naukową

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

która odbędzie się w dniach 14-15 listopada 2013 r. w hotelu „Lamberton” w Ołtarzewie.

Celem konferencji jest rozpoczęcie dyskusji na temat aspektów psychologicznych funkcjonowania ratownictwa medycznego poprzez analizę zagrożeń wynikających z pracy w systemie lekarzy systemu, ratowników medycznych, pielęgniarek systemu, dyspozytorów w Polsce i na świecie oraz określenie roli psychologa/psychoterapeuty w pomocy zawodom medycznym funkcjonującym w systemie ratownictwa medycznego. Wymiana doświadczeń oraz merytoryczne wykłady wygłoszone przez wybitnych specjalistów z obszaru psychologii i psychoterapii powinny prowadzić do powstania diagnozy i rozwiązań, które dysponenci zespołów ratownictwa medycznego powinni wprowadzić w tym zakresie, aby umieć pomóc swoim pracownikom i zapewnić im optymalną pomoc psychologiczną.