

doc. dr hab. BOHDAN DUDEK
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

Stres traumatyczny związany z pracą – skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie

W pracy można doświadczyć dwóch rodzajów stresu: chronicznego i traumatycznego. Pierwszy rodzaj stresu wywołany jest codziennymi lub często powtarzającymi się trudnościami, kłopotami, dolegliwościami, których w pracy jest zwykle bardzo dużo i które wywołują stan napięcia w organizmie nie powodujący po jednorazowym wystąpieniu, wyraźnych negatywnych skutków zdrowotnych. Drugi rodzaj stresu wywołany jest zdarzeniami traumatycznymi.

Zdarzenie traumatyczne jest nagle pojawiającą się sytuacją wywołującą przerażenie i poczucie paniki wśród osób uczestniczących w tej sytuacji. Czasami już po jednorazowym doświadczeniu takiego zdarzenia występują u uczestników głębokie zaburzenia psychiczne i zakłócenia w codziennym zachowaniu.

Do zdarzeń traumatycznych można zaliczyć takie sytuacje, jak katastrofy spowodowane przez siły natury lub człowieka oraz różne sytuacje związane z prze-

mocą, jaką ludzie stosują wobec siebie. Zdarzeń traumatycznych ludzie doznają nie tylko w życiu prywatnym, ale również w zawodowym. Miejsce pracy należy do środowiska, w którym występuje zwiększone ryzyko zajścia zdarzenia traumatycznego. Są zawody, w których narażenie na zdarzenie traumatyczne jest wpisane w rolę zawodową. Dotyczy to np. zawodu policjanta, strażaka, pracowników pogotowia ratunkowego oraz członków innych zespołów ratowniczych. Potoczna wiedza o pracy w tych zawodach zawiera wystarczająco wiele przykładów sytuacji, w których dochodzi do zagrożenia życia lub zdrowia pracowników. Są również przedsiębiorstwa, w których z powodu wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia katastrofy z dużą liczbą ofiar (w przemyśle chemicznym, w zakładach produkujących materiały wybuchowe itp.) można oczekiwać dużej liczby osób doświadczających traumy. Ponadto, w miejscu pracy mogą sporadycznie, w sposób losowy, występować takie zdarzenia traumatyczne, jak napady rabunkowe ze śmiertelnymi ofiarami (banki), samobójstwa, czyny szaleńców itp. Takie zdarzenia, choć występujące stosunkowo rzadko, mogą oddziaływać traumatycznie na duże grupy pracowników.

Kierownicy, lekarze służby medycyny pracy, inspektorzy bhp, mimo braku wykształcenia w dziedzinie psychiatrii, powinni być przygotowani do racjonalnego działania w warunkach zdarzenia traumatycznego i przygotować swoją instytucję do skutecznego radzenia sobie z takimi zdarzeniami oraz zapobiegania rozwojowi u pracowników zaburzeń, które mogą mieć miejsce po stresie traumatycznym.

Zdarzenia traumatyczne nie należą do rzadkich zjawisk. Badania wykonane na reprezentatywnej próbie społeczeństwa amerykańskiego wykazały, że 61% mężczyzn i 51% kobiet było, w ciągu swojego

życia, narażonych na zdarzenie traumatyczne [1]. Są grupy zawodowe, w których częstość narażenia może być wyższa [2]. W badaniach polskich strażaków stwierdzono, że 86% funkcjonariuszy przeżyło zdarzenie traumatyczne przynajmniej jeden raz w ciągu służby [3].

Jakie skutki może spowodować doświadczenie zdarzenia traumatycznego?

Osoby uczestniczące w zdarzeniu traumatycznym przeżywają bardzo silny wstrząs emocjonalny, którego następstwem jest zespół takich reakcji, jak:

- natrętne nawracanie obrazów i przykrych doznań związanych ze zdarzeniem
- silna skłonność do unikania myśli, uczuć, miejsc, przypominających zdarzenie
- utrzymywanie się objawów zwiększonego pobudzenia, których nie było przed traumą.

Jeżeli wymienione symptomy utrzymują się krótko po zdarzeniu i po kilku dniach osłabną bądź zanikną, uznaje się je za naturalną reakcję człowieka na nienaturalną, ekstremalną sytuację. Jeżeli te symptomy utrzymują się przez dłuższy czas, do 1 miesiąca, i występują dość często z dużym nasileniem, wówczas rozpoznaje się u takiej osoby ostre zaburzenie po-traumatyczne. Jeżeli taki stan utrzymuje się powyżej 1 miesiąca i do tego dają się zauważyć u cierpiącej osoby zaburzenia w funkcjonowaniu na terenie rodzinnym lub zawodowym, wówczas stawia się diagnozę – *zaburzenia po stresie traumatycznym (posttraumatic stress disorder – PTSD)* [4].

PTSD rzadko występuje samodzielnie. Zwykle współwystępują z nim inne zaburzenia psychiczne, jak: depresje, krótkotrwałe psychozy reaktywne, fobie, uogólnione zaburzenia lękowe, tendencje samobójcze, antyspołeczne zaburzenia osobowości, alkoholizm i narkomania [5].



Jakie czynniki zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju PTSD?

Nie każde uczestnictwo w zdarzeniu traumatycznym kończy się rozwojem PTSD. Wyniki badań wskazują, że na zaburzenie po stresie traumatycznym cierpi od 5 do 58% uczestników [6].

Prawdopodobieństwo rozwoju PTSD zależy od wielu czynników. Ich ustalenie jest ważne z dwóch powodów:

- umożliwi rozpoznanie osób o zwiększonym ryzyku rozwoju PTSD, co może być wykorzystane w organizowaniu działalności profilaktycznej

- na podstawie modelu czynników ryzyka można formułować hipotezy dotyczące mechanizmu powstawania PTSD, a następnie można przystąpić do ich weryfikacji, dzięki czemu uzyskuje się pełniejszą wiedzę o rozwoju PTSD.

O tym, czy dojdzie do powstania PTSD decyduje spłot czynników, które wystąpiły w trzech okresach [7]:

- **okres przedtraumatyczny** – obejmuje dwie grupy czynników: po pierwsze, cechy, które ukształtowały się u jednostki zanim znalazła się ona w traumatycznej sytuacji i które predysponują ją do specyficznego reagowania i oceniania zjawisk zachodzących w jej otoczeniu; po drugie, stan, w jakim jednostka znajdowała się zanim zaczęła doświadczać traumy

- **okres traumy** – czas, w którym trwa zdarzenie traumatyczne i w sposób ciągły oddziałuje na jednostkę; o sile i rodzaju doznań jednostki w tym czasie decyduje charakter zdarzenia traumatycznego, jego fizyczne parametry i psychologiczne znaczenie; w zasadzie, o funkcji zdarzenia w rozwoju PTSD decyduje nie tyle jego obiektywna charakterystyka, co jego subiektywny odbiór, reprezentacje poznawcze zdarzenia, jakie powstają w umyśle jednostki

- **okres potraumatyczny** – zaczyna się w momencie, kiedy zdarzenie traumatyczne przestało realnie istnieć, choć istnieje w umyśle, w świadomości jednostki. Jest to okres, w którym zachodzą naprzemiennie natrętne wspomnienia trau-

my i próby ich unikania. Jednostka próbuje przetworzyć informacje, których źródłem jest zdarzenie traumatyczne oraz zasymilować i zakodować je z posiadanymi strukturami poznawczymi. O sile emocji doświadczanej w tej fazie decydują: cechy jednostki; poziom emocji w trakcie traumy; strategie zaradcze, które mogą być skierowane na obniżanie emocji lub na rozwiązanie zadania; kontekst społeczny, w jakim funkcjonuje jednostka.

Czy można zapobiegać rozwojowi zaburzenia po stresie traumatycznym?

Ponieważ nie można przewidzieć, kiedy wystąpi zdarzenie traumatyczne, instytucje w których jest ono prawdopodobne powinny być przygotowane do uruchomienia procedur zapobiegawczych zanim zdarzenie wystąpi. W literaturze przedmiotu można znaleźć opis dwóch procedur zapobiegających rozwojowi PTSD, są to: **debriefing i model gotowości kryzysowej**.

Pierwszą procedurę powinno się stosować w instytucjach, w których prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia traumatycznego jest bardzo wysokie (np. w takich służbach ratowniczych, jak straż pożarna, policja), natomiast drugą – w tych organizacjach, w których prawdopodobieństwo zdarzenia jest niskie (np. w bankach, w przedsiębiorstwach zajmujących się produkcją materiałów wybuchowych).

Debriefing jest spotkaniem zorganizowanym według określonych zasad, w którym wiodącą rolę pełni psycholog wraz z dwoma, trzema wolontariuszami. W spotkaniu uczestniczą osoby, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego i podczas tego spotkania uzyskują możliwość odtworzenia swoich reakcji, emocji, myśli i obrazów związanych ze zdarzeniem. Dzięki temu mogą odreagować swoje lęki i napięcia oraz przekonać się, że ich reakcje nie są czymś dziwnym i nadzwyczajnym, ale dość powszechnym sposobem odbioru i zachowania się w zdarzeniu traumatycznym. Spotkanie



stwarza sposobność do przetworzenia i asymilacji informacji związanych z traumą, co uznaje się za podstawowy proces ułatwiający wychodzenie z traumy [8].

Zespół, którego zadaniem ma być prowadzenie debriefingu nie może być organizowany, dopiero wówczas, gdy jest potrzebny. Powinien być wyłaniany z większego – 20-40-osobowego zespołu, który jest aktywny cały czas i zajmuje się propagowaniem wiedzy o stresie i sposobach jego zwalczania. Celami zespołu debriefingowego są:

- przygotowanie personelu służb ratowniczych do radzenia sobie ze stresem związanym z pracą

- udzielenie pomocy tym osobom, u których wystąpiły negatywne skutki spowodowane uczestnictwem w zdarzeniu traumatycznym.

Biorąc pod uwagę skład osobowy zespołu i konieczność zorganizowania odpowiedniego szkolenia członków oraz logistycznego zabezpieczenia jego funkcjonowania, utrzymywanie zespołu debriefingowego jest przedsięwzięciem kosztownym. W związku z tym, instytucje nieznacznie zagrożone zdarzeniami traumatycznymi nie będą chciały tych kosztów ponieść.

Chcąc się przygotować do niwelowania negatywnych skutków psychologicznych w przypadku wystąpienia zdarzenia traumatycznego, takie instytucje mogą realizować **model interwencji kryzysowej opracowany przez Bravermana** [9].

Model ten obejmuje pięć etapów. W pierwszym zaleca się, aby w danej instytucji opracować **plan gotowości kryzysowej**. Powinien on zawierać: wskazówki dotyczące rozpoznawania zdarzeń, które będą wymagały interwencji; opis procedur obejmujących ciąg działań w sytuacji kryzysowej; szkolenie członków kierownictwa i pracowników z różnych poziomów organizacji na temat stresu traumatycznego, jego charakteru i skutków.

Następne etapy modelu uruchamiane są wtedy, gdy wystąpi zdarzenie uznane za traumatyczne.

Drugi etap obejmuje **konsultacje kierownictwa instytucji ze specjalistami**, w czasie których dochodzi do powołania zespołu kryzysowego i ustalenia planu jego działania. Kierownictwo, wspólnie z konsultantem, powinno w tym czasie ustalić skład zespołu kryzysowego, który powinien składać się ze specjalistów od zdarzeń traumatycznych oraz członków kierownictwa najwyższego szczebla i działu (wydziału), który został dotknięty zdarzeniem traumatycznym, reprezentantów działów personalnych, bhp, służby zdrowia, specjaliści od spraw *public relation* i przedstawiciele związków zawodowych. Pierwszym zadaniem jest określenie zakresu oddziaływania krytycznego zdarzenia. Powinno się ustalić jakie grupy pracowników były narażone i czy są to grupy naturalne. Ważne jest, aby rozszerzyć krąg osób narażonych tak szeroko, jak to będzie możliwe oraz tak, aby nikogo nie pominąć i objąć działaniem zespołu nawet tych pracowników, którzy nie byli bezpośrednimi uczestnikami krytycznego zdarzenia.

Kolejnym zadaniem zespołu będzie określenie procedur komunikowania się z pracownikami. Jest niesłychanie ważne, aby informacje pochodziły od kierownictwa. Proces informowania musi być zorganizowany i skoordynowany, muszą być podjęte decyzje, czy informacje będą przekazywane na piśmie, czy na bezpośrednich spotkaniach z zespołem. Należy ustalić cel, jakemu informacja ma służyć, w jakim czasie będzie przekazana i w jakim miejscu, jakie fakty (uwzględniając kwestie prawne i poufność pewnych danych) mogą być przekazane i za pośrednictwem jakich kanałów. Konsultanci od spraw kryzysowych, we współpracy z odpowiednimi członkami zespołu odpowie-

dzialnymi za sprawy personalne i zdrowotne, powinni ustalić osoby, które szczególnie silnie mogły być narażone na traumatyczne zdarzenie, bowiem w nim bezpośrednio uczestniczyli lub byli w ścisłych i zażyłych kontaktach z ofiarami zdarzenia lub są szczególnie podatne na działanie zdarzenia, ponieważ niedawno utraciły kogoś bliskiego, doświadczyły jakiegoś zdarzenia traumatycznego czy miały poważne problemy zdrowotne.

W trzecim etapie dochodzi do **spotkania zespołu z grupami pracowników narażonych na zdarzenie traumatyczne**. Przebiega ono według ustalonego programu i ma na celu osłabienie emocji wywołanych przez takie zdarzenie. Takie spotkanie jest połączonym oddziaływaniem informacyjnym, edukacyjnym i rozładowującym emocje. Musi być prowadzone przez kogoś z kierownictwa, zaś rola konsultanta jest wyraźnie określona – nie zarządza on spotkaniem, lecz pełni funkcje usługowe.

Kierownik informuje o faktach, ustala co jest plotką, odpowiada na pytania pracowników, wyjaśnia politykę instytucji w kwestiach związanych z krytycznym zdarzeniem, wprowadza konsultanta i objaśnia jego rolę.

Konsultant powinien w sposób jasny przedstawić teorię stresu, objawy, jakie podczas niego powstają, wykazać, że są to normalne, często występujące objawy oraz powiedzieć, jak sobie radzić ze stresem. Powinien prowadzić dyskusję grupową, w trakcie której kierownictwo i pracownicy mogą ujawniać swoje reakcje na zdarzenia traumatyczne, ustalając ile jest wspólnych odczuć i emocji z tym związanych. Ważną częścią zadania konsultanta jest podsumowanie dyskusji, zwracanie uwagi na dominujące reakcje i zapewnienie pracowników, że są one normalne w warunkach, w jakich się znaleźli.

W czwartym etapie organizuje się **indywidualne poradnictwo kryzysowe** dla osób, które takiej pomocy potrzebują. Może się zdarzyć, że nie wszyscy, którzy takiej pomocy potrzebują, poproszą o nią z własnej chęci. W stosunku do nich trzeba podjąć taktowne i bez nacisków starania, aby spotkali się z konsultantem. Można w tym celu ustalić zasadę, że wszystkie osoby, które były ofiarami lub świadkami zdarzenia kontaktują się z konsultantem w celu sprawdzenia, jakie ślady pozostało w ich świadomości.

W ostatnim, piątym etapie, **przeprowadza się ocenę podjętych działań interwencyjnych i formułuje zalecenia**, które w przyszłości lepiej przygotują instytucję do radzenia sobie z sytuacjami krytycznymi. Te zalecenia mogą być bardzo przydatne dla kierownictwa, ponieważ prowadzą do poprawy funkcjonowania instytucji w różnych aspektach. Zdarzenie traumatyczne można wykorzystać w celu wprowadzenia pożytecznych zmian czy ustalenia nowych zaleceń dotyczących m.in. bezpieczeństwa, stworzenia bardziej efektywnych niż do tej pory form komunikacji między kierownictwem a pracownikami, zorganizowania różnych akcji konsolidujących załogę i zwiększających ich identyfikację z instytucją.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Arch.Gen. Psychiatry, 51(8), 1994, s. 8-19
- [2] Corneil W., Beaton R., Murphy S., Johnson C., Pike K. *Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban fire-fighters in two countries*. J. Occup. Health Psychol., 4(2), 1999, s. 131-141
- [3] Dudek B., Koniarek J. *Ocena zagrożeń zdrowotnych i opracowanie wytycznych dla profilaktyki zdrowia w Państwowej Straży Pożarnej*. Raport końcowy z projektu badawczego PBZ 010-11, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2000
- [4] American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
- [5] Green B.L. *Psychosocial research in traumatic stress: an update*. J. Traumatic Stress, 7(3), 1994, s. 341-362
- [6] Yehuda R., McFarlane A.C. *Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis*. Am. J. Psychiatry, 152(12), 1995, s. 1705-1713
- [7] Dudek B. *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk (w druku)
- [8] Mitchell J.T. *Essentials of critical incident stress management*. W: G.S. Everly, Jr. (red.): *Traumatic stress as a consequence of emergency and disaster response*. W: G.S.Jr. Everly (red.), *Innovation in disaster and trauma psychology*, Vol. One: Applications in Emergency Services and Disaster Response. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, 1995, s. 68-89
- [9] Braverman M. *Posttrauma crisis intervention in the workplace*. W: J.C. Quick, L.R. Murphy, I.I. Hurrell (red.): *Stress and Well-being at Work: Assessments and Interventions for Occupational Mental Health*. American Psychological Association, Washington, 1992, 299-316