

AGNIESZKA ROWICKA

Warsaw University of Life Sciences

agnieszka_rowicka@sggw.edu.pl

ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-0643-2213>

IWONA BŁASZCZAK

Warsaw University of Life Sciences

iwona_blaszczak@sggw.edu.pl

ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-3015-6837>

JOURNAL OF MODERN SCIENCE

TOM 1/48/2022 str. 421-435

www.jomswsge.com

DOI: <https://doi.org/10.13166/jms/149839>

POST-TRAUMATIC STRESS IN HIGH RISK PROFESSIONS

STRES POURAZOWY W ZAWODACH WYSOKIEGO RYZYKA

ABSTRACT

The overall positioning of the functioning of an individual in a professional work has been a subject of interest in numerous fields of science. Nowadays, a great amount of consideration has been given to the subject of high-risk professions, which entail severe disorders in professional activity. The aim of this article is to present the impact of stress on the professionals who work in the uniformed services of the police, fire department, correctional department, therefore such individuals who are carrying out their chores under conditions of being particularly at risk of experiencing various types of traumatic incidents. The article, based on the both theoretical and empirical researches of the experts of this issue, presents the main criteria, symptoms and factors conditioning development of the post-traumatic stress disorder. It also presents data indicating the scale of this phenomenon and the effects of the trauma associated with acting a stressful professional role. The interest for this issue stems from the fact of an increasing amount of the traumatic experiences in the world.

It is estimated that ca. 70% of the population has experienced in their life this kind of occurrence, while the post-traumatic stress disorder is considered as one of the most severe of its consequences, leading to negative psychosomatic symptoms, which disorganise a hitherto functioning in all of the life spheres. The aspects addressed in this article, represent a cognitive value, since they expose the widely understood traumatic situation of the individuals working in the high-risk professions. Furthermore, another value added of this paper is its diagnostic character due to the presentation of the knowledge not only about the issue of trauma, but also of the criteria of the post-traumatic stress disorder.

KEYWORDS: *post-traumatic stress disorder (PTSD), high-risk professions, uniformed services, traumatic incidents, trauma, factors contributing to the development of PTSD, effects of the PTSD*

WPROWADZENIE

Psychospołeczne czynniki pracy współcześnie należą do priorytetowych obszarów licznych badań empiryczno-teoretycznych. Dotyczą one przede wszystkim profesji wysokiego ryzyka, które niosą poważne zagrożenie zaburzeń w funkcjonowaniu zawodowym, rodzinnym i osobistym. Do tej grupy przypisuje się pracowników różnych służb mundurowych wojska, policji, straży pożarnej, więziennictwa, zespołów ratowniczych, a także przedstawicieli innych stresujących zawodów, takich jak: dziennikarze, reporterzy i korespondenci wojenni, lekarze, pracownicy wymiaru sprawiedliwości. Przyczyn ponoszenia niekorzystnych konsekwencji własnej aktywności zawodowej należy upatrywać w specyfice pracy, z którą wiążą się niebezpieczne treści oraz trudne warunki. W rezultacie stan ten sprzyja nadmiernym i długotrwałym napięciom, których źródłem jest chroniczny stres wynikający z realizacji zadań obarczonych wysokim ryzykiem i odpowiedzialnością. Należy też wyraźnie zaznaczyć, że narażenie na zdarzenia traumatyczne na stałe wpisany jest w charakter tego rodzaju działań zawodowych i z zasady trwa do osiągnięcia wieku emerytalnego. Szczególny rodzaj stresu stanowią okoliczności, w których pracownik doświadcza zagrożenia utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu czy też jakiegokolwiek przemocy. Tego rodzaju

doznania wywołują stany kryzysu prowadzące do rozwoju i utrzymywania się podstawowego zaburzenia po stresie traumatycznym określanym jako zespół stresu pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder*, PTSD), który to w 1980 r. został uznany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne za jednostkę chorobową oraz wprowadzony do podręcznika klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Celem artykułu jest ukazanie wpływu stresu zawodowego na pracowników służb mundurowych, którzy narażeni są na stały kontakt ze zdarzeniami traumatycznymi, czego pokłosiem w wielu przypadkach jest doznawanie zespołu stresu pourazowego i jego chorobowych symptomów. Na podstawie teoretycznych i empirycznych badań znawców problematyki przedstawiono typologię traumatycznych zdarzeń, aktualne definicje pojęcia traumy oraz wynikające z niej zaburzenia. Wyszczególniono także główne kryteria, objawy i czynniki wpływające na rozwój tego stanu. Przede wszystkim jednak skupiono się na negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencjach doświadczania traumy oraz na ukazaniu wyników badań na temat rozpowszechnienia stresu pourazowego, z których wyraźnie wynika, że powszechność występowania zdarzeń traumatycznych na całym świecie rośnie, a zespół stresu pourazowego uważany jest za jedną z jego najpoważniejszych konsekwencji.

ZABURZENIE STRESU POURAZOWEGO (PTSD) – DOŚWIADCZENIA TRAUMATYCZNE

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele rozmaitych ujęć terminu „trauma”. Precyzyjne zdefiniowanie tego określenia umożliwiło badaczom rozpoznanie mechanizmów rozwoju i utrzymywania się potraumatycznych zaburzeń. Nina Ogińska-Bulik (2013, s. 13) traumę definiuje także jako uraz będący źródłem negatywnego psychicznego napięcia wywołującego silne emocje i trwały ślad w psychice, który prowadzi do zaburzeń w zachowaniu. Autorka podkreśla, że efektem sytuacji traumatycznej są silne negatywne emocje w postaci strachu i przerażenia, prowadzące niejednokrotnie do zespołu stresu ostrego czy też zespołu stresu pourazowego. Zdaniem badaczki występowanie tych przykrych doznań różni traumę od stresu.

W dzisiejszym rozumieniu prezentowane pojęcie zostało rozszerzone o nowy zakres stresorów o charakterze traumatycznym. Zgodnie z podręcznikiem *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5* „trauma” oznacza:

Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:

1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego (np. pierwsze osoby zbierające ludzkie szczątki; policjanci stale narażeni na obserwowanie krzywdzenia dzieci)” (APA, 2013, s. 330).

Przytoczona definicja wyraźnie wskazuje na rolę doświadczania zagrożenia życia lub konfrontacji z jego utratą albo też na antycypację obu tych elementów w rozwoju i utrzymywaniu się podstawowego zaburzenia po traumie, czyli zespołu stresu pourazowego.

Przedstawione powyższej bodźce wywołujące stres nie są jedynym kryterium diagnostycznym PTSD. Istotne są również uwidocznione w DSM-5 doznawane objawy, które przypisano do czterech niżej wymienionych kategorii:

1. Ponownego przeżywania zdarzenia traumatycznego.
2. Unikania bodźców związanych z traumą.
3. Zmian w procesach poznawczych i w nastroju.
4. Nadmiernego pobudzenia.

Pierwsza grupa objawów – ponowne przeżywanie zdarzenia traumatycznego – charakteryzuje się nawracającymi, natrętnymi oraz dręczącymi snami i wspomnieniami wstrząsającego wydarzenia. Występują tu także reakcje dysocjacyjne powodujące, że osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia. Zdaniem znawców

problematyki wspomnienia dotyczące traumy są niezależne od woli i natrętnie „wdzierają się” (ang. *flashback*) do świadomości w postaci wrażeń zmysłowych – intensywnych obrazów, dźwięków, zapachów. Pojawiają się także koszmary senne i halucynacje, przywołujące zdarzenie lub jego elementy (Zdankiewicz-Ścigała, 2017, s. 41).

Druga grupa objawów odnosi się do utrwalonego unikania bodźców związanych z traumą i zaliczana jest do najprostszych sposobów kontroli subiektywnie zagrażających sytuacji. Zazwyczaj sprowadza się to do unikania miejsc, rozmów z ludźmi, przedmiotów, wykonywanych czynności, sytuacji dotyczących lub blisko związanych z przeżytą traumą. W tej grupie oznak typowymi reakcjami jest ponadto tłumienie dręczących wspomnień, myśli, uczuć, a także wycofanie się z codziennego funkcjonowania i angażowania w aktywności, które wcześniej stanowiły źródło satysfakcji.

Trzecia grupa objawów dotyczy zmian procesów poznawczych i nastroju, i odnosi się do osób, które wyróżnia złożona struktura poznawcza będąca reprezentacją traumy. Zdaniem Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały (2017, s. 46) owe patologiczne struktury strachu zawierają zafałszowany obraz w postaci m.in. silnego skojarzenia między nieszkodliwymi bodźcami a reakcjami ucieczki lub działaniami unikowymi. Typowe są również trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów wydarzenia traumatycznego, a także utrwalone i zniekształcone postrzeganie jego przyczyn i skutków, prowadzących zwykle do obwiniania siebie lub innych osób. Pojawiają się ponadto trwałe stany negatywnych emocji, jak: lęk, przerażenie, złość, wina, wstyd oraz poczucie odseparowania od innych osób lub też oziębienia stosunków z nimi. Występują natomiast problemy w wyrażaniu pozytywnych uczuć radości, zadowolenia, miłości.

Czwarta grupa objawów – nadmiernego pobudzenia – wskazuje na wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości. Specyficzna jest tu drażliwość i wybuchy gniewu, pomimo braku jakiegokolwiek prowokacji ze strony innych osób. Pojawia się zwykle agresja wyrażana słownie lub fizycznie w stosunku do ludzi lub przedmiotów, a także niekontrolowane lub nawet autodestrukcyjne zachowania. Do tej grupy objawów przypisuje się nadto nadmierną nieuzasadnioną czujność, wzmożone reakcje na różnego rodzaju zaskoczenia, jak i problemy związane z koncentracją czy też trudnościami ze snem.

Należy podkreślić, że podstawowe znaczenie w diagnostyce PTSD ma czas trwania jego symptomów, które powinny utrzymywać się więcej niż miesiąc oraz skutkować znaczącym klinicznie cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach.

CZYNNIKI ROZWOJU ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO

W obszarze empirycznych i teoretycznych poszukiwań czynników ryzyka zwiększających podatność na powstanie PTSD intensywne badania znawców tego problemu trwają już od lat 90. ubiegłego stulecia.

Bohdan Dudek (2003, s. 51–56) uważa, że o tym, czy dojdzie do powstania traumatycznego zaburzenia, decyduje splot wielu czynników, które naukowiec umiejscowił w trzech okresach.

Pierwszy z nich, zwany okresem przedtraumatycznym, obejmuje dwie grupy. Do pierwszej badacz zaliczył takie osobliwe cechy, jak: względnie stałe różnice indywidualne, uwarunkowania społeczne i biologiczne ukształtowane zanim osoba doznała traumatycznego zdarzenia, a następnie podzielił je na właściwości osobowościowe, temperamentalne, uzdolnienia oraz sprawności nabyte w toku zbierania życiowych doświadczeń. Dudek podkreśla również, że to od nich zależy subiektywna ocena zdarzenia oraz podjęta aktywność w trakcie jego trwania. Dowodzą tego wyniki badań przeprowadzonych przez Naomi Breslau i jej współpracowników (1995, s. 529–535), które wykazały, że osoby o wysokim wskaźniku neurotyczności i ekstrawersji częściej niż inne narażone są na traumatyczne zdarzenia, a tym samym na zespół stresu pourazowego. Pozytywny związek między neurotycznością i trudnościami z wyrażaniem emocji a poziomem rozwoju PTSD dowiódł także zespół badaczy pod kierunkiem Ingrida Carliera (1997, s. 498–506). Badania Bohdana Dudka i Jerzego Koniarka (2003, s. 57) przeprowadzone wśród polskich strażaków wykazały, że negatywne doświadczenia z okresu młodości mogą w późniejszym wieku uwrażliwiać i wpływać na wyższy poziom traumatycznych doznań. Z kolei Nina Ogińska-Bulik (2016, s. 123–132) badaniami objęła 100 polskich żołnierzy zawodowych uczestniczących w misjach pokojowych

w Iraku i Afganistanie w celu ustalenia roli zasobów osobistych, w tym optymizmu życiowego oraz poczucia własnej skuteczności, w występowaniu skutków zdarzeń o charakterze traumatycznym. Wymienione zasoby mogą istotnie chronić i zapobiegać rozwojowi zespołu stresu pourazowego oraz sprzyjać pojawieniu się potraumatycznego wzrostu. Rola poczucia własnej skuteczności jako czynnika chroniącego potwierdzona została w badaniach przeprowadzonych wśród 250 amerykańskich strażaków. Okazało się, że wyższe poczucie własnej skuteczności powoduje niższy stopień odczuwania negatywnych symptomów, natomiast dłuższy staż pracy ma mniejsze znaczenie ochronne przed zaburzeniem niż badany zasób (Mockało, 2009, s. 4). Bohdan Dudek do drugiej grupy czynników w okresie przedtraumatycznym zaliczył stan jednostki, oznaczający jej aktualną kondycję psychiczną i fizyczną uwarunkowaną sytuacją, w jakiej znajdowała się przed traumą. Na przykład pracownicy służb mundurowych przeżywający silne napięcie spowodowane trudnościami i stresorami zawodowymi czy też zaangażowaniem w czynności, które osłabiły ich możliwości adekwatnego reagowania z powodu przemęczenia, niewyspania, poirytowania, są narażeni na złą kondycję psychofizyczną, a co za tym idzie – są bardziej podatni na przeżywanie skrajnych emocji oraz błędne zachowania w sytuacjach, w których aktualnie się znajdują.

Drugi okres, zwany okresem traumy, obejmuje czas, w którym zdarzenie traumatyczne oddziałuje na jednostkę. Badania pokazały, że nie wszystkie cechy zdarzeń podobnie wpływają na emocje i reakcje jednostki. Bardzo istotna jest ich treść i siła oddziaływania oraz to, kogo one dotyczą, a więc czy w konkretnym przypadku bierze udział nieznajoma osoba czy też członek rodziny, dziecko, przyjaciel, i wreszcie czy mamy do czynienia z zagrożeniem utraty życia lub zdrowia. Tak więc silniejsze stresory wywołują wyższy poziom symptomów i wiążą się z większą częstotliwością występowania zespołu stresu pourazowego. Potwierdzono to m.in. u weteranów wojennych, zestawiając ze sobą grupę niebiorących bezpośredniego udziału w akcjach bojowych z wielokrotnie biorącymi w nich udział z narażeniem życia, ze świadkami wielu okrucieństw, mordów cywili, którzy doznali nierzadko poważnych okaleczeń. Także badania wśród polskich strażaków wykazały, że liczba traumatyzujących czynników występujących podczas zdarzenia ma istotny wpływ na poziom odczuwania stresu (Dudek, 2003, s. 58).

Trzeci okres, zwany potraumatycznym, ma miejsce bezpośrednio po zakończeniu zdarzenia, jednakże nadal trwa w umyśle i świadomości jednostki. Zdaniem Mardiego Horowitza (1986) w tym okresie występują na przemian natrętne wspomnienia traumy i próby ich unikania. Osoba poszukuje przyczyn zdarzenia oraz próbuje określić swoją rolę w jego powstaniu. Tak więc następuje proces przetworzenia sytuacji, który potrzebny jest do uwolnienia się od traumy. Decydującą rolę przypisuje się tu sile i rodzajowi emocji, które wpływają na bolesność doznań oraz reakcje ucieczki przed traumatycznymi wspomnieniami. Czynniki wyznaczające siłę emocji czynią daną osobę mniej lub bardziej podatną na rozwój PTSD. Należą do nich: ocena zdarzenia i cechy jednostki, np. wysoki poziom lęku, reaktywność, neurotyczność, ekstrawersja. Ważny jest również poziom emocji w trakcie doświadczania traumy, bowiem im jest wyższy w czasie zdarzenia, tym silniejsze wywołuje emocje podczas wspomnień. Nie mniej istotne są także strategie zaradcze, które mogą służyć obniżeniu emocji lub rozwiązaniu problemu zakończenia przetwarzania traumy. Za ważny czynnik został uznany także kontekst społeczny, w którym funkcjonuje jednostka. Jego istotą są reakcje najbliższego otoczenia, a mianowicie to, czy dana osoba doświadczona zdarzeniem traumatycznym doznaje wsparcia ze strony współpracowników, czy też jest obwiniana za jego powstanie. W odniesieniu do zawodów służb mundurowych i ratowniczych wsparcie zazwyczaj ogranicza się do współpracowników uczestniczących w obciążonej wysokim ryzykiem sytuacji. Za przykład może posłużyć służba w więziennictwie, gdzie w zakładzie karnym jakiegokolwiek wsparcie z zewnątrz jest zredukowane do minimum z uwagi na specyficzne warunki pracy w izolacji zakratowanych pomieszczeń i żelaznej bramy, oddzielających funkcjonariuszy od reszty społeczeństwa. Dlatego też m.in. praca w służbie więziennej ze względu na wykonywanie obowiązków służbowych w szczególnie niebezpiecznych i trudnych warunkach plasuje się w pierwszej dziesiątce najbardziej stresujących zawodów (Korczyńska, 2004, s. 320). Dowiedziono również, że staż pracy w zawodach wysokiego ryzyka należy do czynników społeczno-demograficznych, który istotnie wiąże się z powstawaniem PTSD. Badania pracowników straży pożarnej pod względem stażu pracy, a co za tym idzie doświadczenia zawodowego, wykazały, że osoby z krótszym stażem miały niższy poziom chorobowych

symptomów. Tak więc im starsza była osoba, tym więcej objawów stresu doznawała (Mockało, 2009, s. 3).

Przyczynowy model zespołu stresu pourazowego uwzględnia zatem szereg czynników predysponujących do rozwoju tegoż zaburzenia, w tym indywidualne predyspozycje, jak i charakterystyczne cechy stresora oddziałującego na organizm. Warto jednakże podkreślić, że są osoby odporne na urazy, u których pomimo doświadczania traumatycznych zdarzeń nie rozwinię się PTSD.

SKUTKI DOŚWIADCZANEJ TRAUMY

Wzrastająca liczba danych pochodzących z badań empirycznych oraz klinicznych obserwacji przyczyniła się do pogłębienia i większej precyzji nakreślenia obrazu psychologicznych konsekwencji traumatycznego stresu. Znacznymi poruszanej problematyki Zdankiewicz-Ścigała (2017, s. 22–26) uważa, że każde traumatyczne doświadczenie wywołuje kryzys psychiczny. W obliczu straty, i to często nieodwracalnej, np. trwałego uszczerbku na zdrowiu czy okaleczenia będącego przyczyną niezdolności do dalszej pracy lub wykonywania jej z uciążliwymi niedogodnościami, wymaga od osoby uruchomienia nowych sposobów radzenia sobie oraz zrozumienia siebie i „swojego świata”. Ponadto ofiara chronicznej traumy doświadczanej w warunkach wieloletniej służby zagrażającej życiu lub zdrowiu jest w stanie stałego kryzysu, w efekcie którego doznaje złożonych procesów zniekształcania rzeczywistości, w jakiej zmuszona jest funkcjonować. Niezwykle istotną konsekwencją traumy jest uraz, który może przybrać postać cielesną w przypadku zdarzeń skutkujących okaleczeniem fizycznym, a także wymiar psychiczny „wynikający ze świadomości i odczuć rozpadania się pod wpływem niemożliwych do uniesienia stanów psychicznych zwiastujących możliwość utraty życia czy wręcz śmierci” (Zdankiewicz-Ścigała, 2017, s. 20). Z prowadzonych analiz wynika, że im bardziej intensywny i ekstremalny jest uraz, tym częściej pojawiają się patologiczne następstwa (Goma-i-Freixanet, 2004, s. 200).

Trauma, niezależnie od upływu czasu, zawsze oceniana jest negatywnie. Natomiast w efekcie jej wpływu na życie jednostki może po jakimś okresie otrzymać osąd pozytywny. Nina Ogińska-Bulik (2013) wymienia cztery

możliwe konsekwencje przeżywanej traumy. A mianowicie: (1) poddanie się – rozumiane jako brak adaptacji do zaistniałej sytuacji; (2) przetrwanie – czyli funkcjonowanie, ale na poziomie niższym niż przed traumą, (3) *resilience* (prężność) w znaczeniu pozytywnej adaptacji bez konieczności rozwoju cech własnej osobowości oraz (4) potraumatyczny wzrost, oznaczający wyższy poziom funkcjonowania jednostki niż przed traumą. Etap ten określa jako proces „przebudowy własnego życia” (2016, s. 183), który przez wielu znawców traktowany jest jako „doświadczenie pozytywnej zmiany, która pojawia się w następstwie zmagania się jednostki z trudnymi bądź traumatycznymi wydarzeniami życiowymi” (Tedeschi, Calhoun, 2004, s. 1–18). Przejawia się to większym docenianiem życia, pogłębionymi relacjami interpersonalnymi, zwiększaniem osobistej siły, zmianą systemu wartości oraz wzbogacaniem życia duchowego. Tego rodzaju zmagania z traumatycznymi wydarzeniami mogą doprowadzić do zmian podstawowych przekonań na temat samego siebie, otaczającej rzeczywistości, w tym pełnionej roli zawodowej.

Nina Ogińska-Bulik (2016, s. 183) uważa, iż na powstawanie następstw doświadczonej traumy istotny wpływ ma proces przetwarzania poznawczego (ang. *cognitive processing*), który w istocie odnosi się do integrowania informacji o przeżytym zdarzeniu w celu nadania mu sensu i znaczenia. Do wskaźników efektywnego przetwarzania traumy zalicza: spadek poziomu objawów PTSD (intruzji, unikania, pobudzenia) i negatywnych emocji, a w szczególności poczucia winy i wstydu, większą organizację myśli, asymilację informacji o zdarzeniu polegającą na włączaniu ich w dotychczasowe schematy poznawcze, desensytyzację, rozumianą jako stopniowe zmniejszanie się odczuwanego stresu i negatywnych emocji w wyniku powracania myślami do wydarzenia, akceptację tego, co się zdarzyło, a także dostrzeganie jego pozytywnych aspektów. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają ruminacje, rozumiane jako forma radzenia sobie z emocjami, które mogą stać się przyczyną zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmian potraumatycznych. Pogląd ten został poparty licznymi badaniami, których wyniki z jednej strony potwierdzają, że ruminacje należą do dysfunkcyjnych strategii regulacji emocji przez osoby, które przeżyły traumę (Ehring i Ehlers, 2014), z drugiej zaś ukazują ich ważną funkcję w procesie kształtowania się pozytywnych zmian potraumatycznych, ponieważ w początkowym okresie mogą nasilać poziom stresu

i negatywnych emocji, natomiast w dalszym etapie zmagania się z traumą torują drogę ruminacjom refleksyjnym, które służą przeanalizowaniu sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania (Calhoun i in., 2010, s. 1–14). Badania prowadzone wśród polskich przedstawicieli służb ratowniczych potwierdzają pozytywny wymiar ruminacji refleksyjnych na potraumatyczny rozwój (Ogińska-Bulik, 2015). Zgodne z nimi są również wyniki obserwacji polskich żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych ONZ (Załoski, 2008, s. 95–115). Interesujące wyniki dostarczają badania przeprowadzone przez N. Ogińską-Bulik (2016, s. 123–132) wśród 100 żołnierzy zawodowych uczestniczących w misji w Iraku i Afganistanie, a mianowicie kwerenda uwidoczniła ogólnie niski poziom wzrostu dobrostanu po traumie, tj. zaledwie 14% żołnierzy uznało, że poziom pozytywnych zmian jest wysoki, a nieco ponad 61%, że jest niski. Najwyższy stopień pozytywnych potraumatycznych zmian dotyczył doceniania życia.

ROZPOWSZECHNIENIE STRESU POURAZOWEGO

Współcześnie występowanie zdarzeń traumatycznych na całym świecie jest dość powszechne. Szacuje się, że ok. 70% ludzi doświadczyło w swoim życiu jakiegoś wydarzenia traumatycznego (Zawadzki i Popiel, 2014, s. 69–86), a zespół stresu pourazowego uważany jest za jedną z jego najpoważniejszych konsekwencji. Szacuje się, że w wyniku zdarzenia traumatycznego od 5 do 58% jego uczestników doznaje cierpienia w postaci doświadczania objawów zespołu stresu pourazowego (Yehuda i McFarlane, 1995, s. 1705–1713). W większości badanych przypadków, bo aż u 74%, PTSD utrzymywał się przez ponad 6 miesięcy (Breslau i in., 1998, s. 626–632). Z kolei inne badania przeprowadzone w Polsce uwidoczniły, że sytuacje związane z wysokim ryzykiem rozwoju tegoż zespołu dotyczą przede wszystkim pracowników mundurowych. Na przykład zaburzenie takie zdiagnozowano u 7,4% strażaków Państwowej Straży Pożarnej, przy czym ustalono, że 86% badanych (839 osób) doświadczyło zdarzenia traumatycznego, zaś 78% z nich brało udział w więcej niż w jednej stresogennej sytuacji (Dudek i Koniarnek, 2001, s. 177–183). PTSD stwierdzono również u 7% z 262 przebadanych funkcjonariuszy policji, przy czym 34%

przejawiało symptomy w postaci objawów stresu pourazowego (Carlier, 1997). Ponadto szacuje się, że zaburzenie objawiło się u co dziesiątego polskiego żołnierza uczestniczącego w misji pokojowej w Iraku i Afganistanie. Dane Ministerstwa Obrony Narodowej Rzeczypospolitej Polskiej podają, że omawiane zaburzenie zdiagnozowano u 1,6% żołnierzy stacjonujących w Iraku, zaś dane Departamentu Wychowania i Obronności wskazują, że jego objawów doświadcza 3,1% żołnierzy sił lądowych, powietrznych i morskich biorących udział w misjach pokojowych (Ogińska-Bulik, 2016, s. 124). Co ciekawe, doświadczenia polskich żołnierzy, będących pacjentami jednego ze szpitali operacji pokojowych, zdobyte podczas misji stabilizacyjnej w Iraku pokazują, iż nie są oni dostatecznie przygotowani do radzenia sobie ze stresem na polu walki, a z wypowiedzi badań ankietowych żołnierzy Polskich Sił Zbrojnych biorących udział w misjach zagranicznych dowiadujemy się, że jedynie 10% z nich nie zdecydowałaby się ponownie wziąć udział w misji (2012, s. 136). Kolejne niezależne badania przeprowadzone wśród zagranicznych weteranów wojennych wskazują, że PTSD doświadczyło od kilku do kilkudziesięciu procent uczestników różnych działań wojennych. Dostępne dane pokazują, że zaburzenie to zdiagnozowano u 31% weteranów wojny wietnamskiej, u 9% weteranów wojny w Zatoce Perskiej, u 21% walczących w bitwie o Falklandy (Dudek, 2003, s. 49), a także u 18% weteranów wojny w Iraku i 11,5% w Afganistanie. Wśród żołnierzy wojsk lądowych Brytyjskich Sił Zbrojnych najwięcej przypadków wystąpienia zespołu, bo aż 56%, zdiagnozowano u byłych uczestników misji pokojowych w Iraku lub Afganistanie (Groth i in., 2013, s. 297–316), przy czym wykazano, że jego nasilenie wyraźnie wzrasta w obliczu bezpośredniego poczucia zagrożenia zdrowia lub życia. Materiały źródłowe pokazują, że 12,7% żołnierzy biorących udział w wymianie ognia spełniło kryteria diagnostyczne PTSD, a 4,5% żołnierzy niezaangażowanych w wymianę ognia doznało jedynie zaburzeń. Poza tym dowiedziono, że ranni żołnierze są siedmiokrotnie bardziej narażeni na objawy zespołu stresu pourazowego aniżeli ci, którzy nie odnieśli żadnych obrażeń.

ZAKOŃCZENIE

Charakterystyczną cechą zawodów wysokiego ryzyka jest powtarzalność, przewlekłość, a także przypadkowość występowania traumatycznego wydarzenia. Praca w warunkach stałego zagrożenia zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń po przeżytej traumie. Jej ofiary często nie są świadome doświadczania licznych konsekwencji chorobowych symptomów, wykonują nadal swoje służbowe obowiązki, doznając coraz dotkliwiej deficytów we własnym dobrostanie i zdrowiu psychicznym. Warto podkreślić, że współczesna wiedza medyczna oferuje skuteczne metody uzdrawiania i niesienia pomocy poszkodowanym. W minionej dekadzie w terapii zaburzeń potraumatycznych, która jest relatywnie nową dziedziną, nastąpił znaczny rozwój specyficznych podejść i technik umożliwiających skuteczniejsze leczenie zaburzeń po traumie. Coraz bardziej popularne stają się techniki ekspozycyjne, np. EMDR (ang. eye movement desensitization and reprocessing, w tłumaczeniu na język polski „terapia odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych”), technika przedłużonej ekspozycji, ekspozycyjna terapia narracyjna, procedura przetwarzania poznawczego czy też poznawcza restrukturyzacja, treningi opanowywania lęku i inne. Jednakże nieocenioną praktyką, szczególnie w zakładach wysokiego ryzyka, okazują się działania profilaktyczne wzmacniające zawodowe i osobiste zasoby pracowników, budujące sieci wsparcia, edukujące w zakresie wiedzy o stresie oraz sposobach radzenia sobie ze skutkami doświadczanej traumy.

REFERENCES

- Breslau, N., Davis G.C., Andreski P. (1995). *Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis*. „*The American Journal of Psychiatry*”, No. 152(4), s. 529–535.
- Breslau, N. i in. (1998). *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: Tbh the 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. „*Archives of General Psychiatry*”, No 55, s. 626–632.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Gersons, B.P.R. (1997). *Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis*. „*Nervous Mental Disease*”, No. 185(8), s. 498–506.
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. (2010). *The posttraumatic growth model: sociocultural considerations*. In: T. Weiss, R. Berger (eds.). *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, s. 1–14.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ehring, T., Ehlers, A. (2014). *Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder?* „*European Journal of Psychotraumatology*”, No. 5, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147084/> (dostęp: 17.12.2020).
- Gałecki, P. i in. (2013). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wydanie 5. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Goma-i-Freixanet, M. (2004). *Co sprawia, że ludzie podejmują ryzykowną pracę?* W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP, s. 200.
- Groth, J., Waszyńska i K., Zyszczyk, B. (2013). *Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych*. „*Studia Edukacyjne*”, No.nr 26, s. 297–316.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. New Jersey, London: Jason Aronson INC.
- Korczyńska, J. (2004). *Temperamentalny czynnik ryzyka wypalenia zawodowego na przykładzie pracowników służby więziennej*. W: J. Strelau (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP, s. 8.
- Koniarnek, J., Dudek B. (2001). *Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków*. „*Medycyna Pracy*”, nr 52(3), s. 177–183.
- Mockało, Z. (2009). *Stres pourazowy w zawodzie strażaka – przegląd badań*. „*Bezpieczeństwo Pracy*”, nr 6, s. 2–4.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). *Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy – rola ruminacji*. „Psychiatria”, nr 16(3), s. 182–187, <http://www.psychiatria.com.pl/index.php/wydawnictwa/2016-vol-16-no-3/negatywne-i-pozytywne-nastepstwa-doswiadczonej-traumy-rola-ruminacji?aid=609> (dostęp: 17.12.2020).
- Ogińska-Bulik, N. (2016). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych — rola zasobów osobistych*. „Psychiatria”, nr 3(3), s. 123–132.
- Piotrowski, A. (2012). *Psychospołeczne konsekwencje stresu operacyjno-bojowego*. „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 2(164), s. 129–143.
- Tedeschi R., Calhoun L. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence*. „Psychological Inquiry”, No. 15(1), s. 1–18.
- Załużski, M. (2008). *Rozwojowe zmiany po doświadczeniach na misjach wojskowych. Doniesienie z badań*. „Sztuka Leczenia”, nr 3–4, s. 95–115.
- Zawadzki, B. i Popiel, A. (2014). *Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11*. „Nauka”, nr 4, s. 69–86.
- Zdankiewicz-Ściagała, E. (2017). *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C. (1995). *Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis*. „American Journal of Psychiatry”, No. 152(12), s. 1705–1713.

