

Joanna Radko

Koszalińska Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych

Wtórny zespół stresu pourazowego w pracy strażaków i pracowników pogotowia ratunkowego – przegląd badań

STRESZCZENIE W artykule omówiono konsekwencje zdarzeń traumatycznych w postaci zespołu stresu pourazowego (PTSD) oraz wtórnego zespołu stresu pourazowego (STSD) u strażaków i ratowników medycznych. Omówiono częstość występowania zaburzenia PTSD i STSD oraz jego kryteria diagnostyczne. Dokonano przeglądu badań nad rozpowszechnieniem STSD w wybranych grupach zawodowych. Przedstawiono istotę *debriefingu* jako metody zapobiegania STSD w służbach ratowniczych. Wskazano także na potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

SŁOWA KLUCZOWE PTSD,
STSD, DEBRIEFING,
ZDARZENIA
TRAUMATYCZNE,
STRAŻACY, RATOWNICY
MEDYCZNI

Wprowadzenie

W ostatnich latach pojawiło się wiele prac badawczych dotyczących zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym. Jak podaje B. Dudek (2003), zdarzenie traumatyczne wywołuje zagrożenie życia lub fizycznej integralności ludzi, prowadząc do intensywnych reakcji strachu, przerażenia i poczucia bezradności u ofiar oraz uczestników zdarzenia. Takiemu zdarzeniu nie można sprostać, gdyż zawodzą dotychczasowe strategie i sposoby działania. Zalicza się tu zarówno katastrofy naturalne (trzęsienia

ziemi, powodzie, huragany), jak i spowodowane działalnością człowieka (wypadki drogowe, pożary), a także przemoc (wojna, gwałty, akty terroru). Zdarzenie o charakterze traumatycznym może wywrzeć znaczący i długotrwały wpływ na psychikę uczestnika zdarzenia. U osób, które doświadczyły silnego wstrząsu emocjonalnego może rozwinąć się zespół stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) i/lub depresja, a także wiele innych zaburzeń. To ustalenie potwierdzają badania M. Bravo i współpracowników (1990) nad powodzianami w Puerto Rico. Badania, które prowadzono rok przed katastrofą i po jej wystąpieniu, wykazały nie tylko występowanie objawów PTSD, ale także znaczny wzrost osób z objawami depresji (McFarlane 2007: 37–63). Przy okazji tego typu badań ujawniono występowanie innego zaburzenia, które nazwano Wtórny Zespołem Stresu Pourazowego (Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD). Niestety, w Polsce brakuje badań na ten temat, dlatego też w niniejszym artykule dokonano przeglądu literatury zagranicznej.

Badania nad zaburzeniami po stresie traumatycznym skupiają się głównie na ofiarach traumatycznych przeżyć. Do niedawna zdrowie psychiczne pracowników służb ratowniczych było rzadko badane przez naukowców. Właściwie dopiero po ataku na World Trade Center – 11 września 2001 roku – zwrócono uwagę na niebezpieczeństwa związane z pracą strażaków i przedstawicieli innych służb ratowniczych (Ben, Scotti, Chen, Forston 2006: 37–48). Stałym elementem ich pracy jest bycie świadkiem ranienia i śmierci innych ludzi. Służby ratownicze często muszą opanować rozpacz i ból innych osób lub też przekazywać tragiczne wiadomości rodzinom poszkodowanych. Odczuwane wówczas poczucie bezradności, kiedy ratownik nie potrafił podjąć odpowiedniego działania, może spowodować poczucie winy i utrwalić przekonanie, że nie zrobił wszystkiego, co należało uczynić. Stąd też może czuć się odpowiedzialny za nieudaną akcję. Takie przeżycia mogą prowadzić do wielu zaburzeń, w tym PTSD/STSD. Pracownicy służb ratowniczych są stale narażeni na widok śmierci i okaleczeń, na przemoc i stres. Muszą szybko podejmować działania, zapewniać poszkodowanym opiekę medyczną w mało komfortowych warunkach i w niesprzyjających okolicznościach, na oczach przechodniów czy członków rodziny. Odpowiadają za zdrowie i życie innych ludzi oraz muszą sobie radzić z emocjami ofiar i ich rodzin. Jednocześnie narażają własne życie i zdrowie, gdyż mogą być zaatakowani przez osoby chore psychicznie, agresywne, zrozpaczone, pozostające pod wpływem substancji psychoaktywnych. Mogą być również zarażeni różnymi chorobami (Sterud, Hem, Lau, Ekeberg 2011). Osoby, które na co dzień pomagają uczestnikom wydarzeń traumatycznych, mogą doświadczać podobnych objawów jak ofiary kataklizmów, wypadków, katastrof. Naukowcy są coraz bardziej świadomi konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie ze sobą tego rodzaju praca.

Z badań J. Mitchella i G. Brea (1990) wynika, że większość pracowników służb ratowniczych, którzy mieli do czynienia ze śmiertelnymi wypadkami, doświadczyła reakcji typowych dla stresu pourazowego. Wielu z nich szybko zdrowieje, natomiast u niektórych jeszcze długo utrzymują się reakcje potraumatyczne (tj. natrętne myśli i obrazy związane z traumą), zaburzając ich funkcjonowanie w pracy i w domu (Hetherington 2004). Jak ustalono, zawodowe doświadczanie zdarzeń traumatycznych może się przyczynić do powstania negatywnych skutków zdrowotnych, między innymi – do zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD).

Zespół ostrego stresu (ASD) i stresu pourazowego (PTSD)

Naturalną i bezpośrednią reakcją na wydarzenie traumatyczne jest zespół ostrego stresu (Acute Stress Disorder – ASD), który trwa od dwóch dni do około czterech tygodni. Kryteria diagnostyczne ASD są odzwierciedleniem kryteriów opisujących PTSD. Warunkiem

koniecznym do zaistnienia ASD i PTSD, według systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV), opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1994 roku (Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska 2002), jest doznanie, bycie świadkiem lub konfrontacja ze zdarzeniem lub zdarzeniami, w wyniku których jednostka doświadczyła zagrożenia życia, zranienia, zagrożenia fizycznej integralności siebie lub innych (Kryterium A1) i zareagowała intensywnym strachem, przerażeniem, bezradnością (Kryterium A2). Inne kryteria diagnostyczne PTSD, to:

1. Kryterium B: stałe przeżywanie na nowo traumatycznego zdarzenia, przejawiające się w powracających intruzywnych wspomnieniach, koszmarnych snach, intensywnym dystresie przejawianym podczas ponownego kontaktu z zewnętrznymi lub wewnętrznymi sygnałami przypominającymi to zdarzenie.

2. Kryterium C: uporczywe unikanie bodźców kojarzących się z traumą i zmniejszenie ogólnej reaktywności, np. unikanie myśli, uczuć i rozmów na temat traumy, poczucie wyobcowania i odizolowania od innych ludzi, niemożność przypomnienia sobie niektórych aspektów traumy.

3. Kryterium D: zwiększone pobudzenie, m.in.: trudności z zasypianiem, drażliwość, wybuchy gniewu, nadmierna czujność.

W przypadku PTSD wymienione objawy muszą się utrzymywać dłużej niż przez miesiąc. Oprócz czasu trwania, PTSD od ASD odróżniają objawy dysocjacyjne, na przykład uczucie derealizacji i alienacji oraz depersonalizacja dotyczą jedynie ASD (Fullerton, Ursano 2005).

W ciągu swego życia traumatycznych wydarzeń doświadcza ok. 50–70% Amerykanów, a PTSD rozwija się u 5–12% z nich (Fullerton, Ursano 2005: 13–36). Jak ustalono, częstość rozpoznań PTSD zależy od rodzaju zdarzenia traumatycznego, od ok. 10–20% wypadków drogowych (Kuch, Cox, Evans 1996: 429–434), ok. 48% katastrof naturalnych (Gokalp 2005: 137–144), ok. 34% ataków terrorystycznych (Fullerton, Ursano 2005: 13–36) do ok. 50% gwałtów i działań wojennych (Bremner i wsp. 1993; za: Ayala, Ochotorena 2005: 57–62; Rothbaum 1992; za: Dudek 2003). Można zatem stwierdzić, że częstość PTSD wśród ofiar traumatycznych wydarzeń waha się od ok. 10% do 50%. Liczba osób wykazujących objawy PTSD zależy również od czasu pomiaru objawów. Im więcej czasu upływa od momentu katastrofy, tym mniej osób przejawia zaburzenia (Gokalp 2005: 137–144). Z badań wynika także, że osobom doświadczającym PTSD często towarzyszą inne zaburzenia, takie jak: depresja, uogólniony lęk i panika. Badania J. Ayala i J. Ochotorena (2005: 57–62) wykazały ponadto istotne statystycznie różnice między kobietami a mężczyznami, przy czym większy odsetek kobiet wykazuje objawy PTSD i dotyczy to wszystkich wydarzeń traumatycznych.

Konsekwencje traumatycznych zdarzeń dotyczą nie tylko bezpośrednich ofiar, ale także osób, które narażone są na nie w sposób pośredni, np. ze służb ratowniczych. Przykładowo badania (Koniarek, Dudek 2001: 177–183) przeprowadzone na reprezentacyjnej próbie 974 polskich strażaków zatrudnionych w wylosowanych jednostkach ratowniczo-gaśniczych Państwowej Straży Pożarnej pokazały, że ok. 86% badanych co najmniej raz doświadczyło traumatycznego zdarzenia, z czego 7,4% wykazywało objawy PTSD. U 21 strażaków (2,5%) wystąpiły symptomy właściwe dla PTSD, które trwały co najmniej przez miesiąc. Stwierdzono, że skutki doświadczeń traumatycznych wpływają na stosunek do pracy i na postrzeganie jej jako bardziej wyczerpującej fizycznie i psychicznie oraz zakłócającej życie prywatne. Stwierdzono także, że konsekwencją ekspozycji na zdarzenia traumatyczne może być rezygnacja z pracy. Zespół Stresu Pourazowego u ratowników medycznych zatrudnionych w pogotowiu ratunkowym był przedmiotem zainteresowania szwedzkich badaczy. Badania przeprowadzone przez Jonsson i współpracowników (2003: 79–84,

2004: 226–234) wykazały występowanie objawów PTSD u 12%, a przy zastosowaniu innej skali – u ponad 20% pracowników pogotowia ratunkowego. Niemal 62% badanych zgłosiło wystąpienie traumatycznego zdarzenia podczas swojej pracy, najczęściej wiążąc je z udziałem dzieci. Wyniki badań pokazują zależność między wiekiem i stażem pracy a liczbą zgłaszanych objawów stresu. Dłuższy staż pracy łączy się z nasileniem objawów stresu ze względu na zwiększoną ekspozycję na zdarzenia traumatyczne. Ponadto, ważnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia PTSD jest ciągła ekspozycja, intensywność i czas trwania traumatycznego wydarzenia. Można więc założyć, że częstość występowania PTSD u ratowników medycznych jest podobna do obserwowanej u strażaków.

Wtórny Zespół Stresu Pourazowego (STSD) w pracy służb ratowniczych

Jak wspomniano, w Polsce brakuje badań nad Wtórny Zespołem Stresu Pourazowego. W literaturze zagranicznej na określenie tego zaburzenia używa się zamiennie pojęcia Zmęczenie Współczuciem (Compassion Fatigue). Niezależnie od stosowanej nazwy, chodzi o naturalne zachowania i emocje, będące skutkiem traumatycznych doświadczeń doznanych pod wpływem silnego stresu, związanego z udzielaniem pomocy osobom po traumie (Figley 1995). Jest to swoisty koszt opieki nad ofiarami, który może obejmować pełen zakres objawów PTSD, tj.: natrętne myśli, traumatyczne wspomnienia, koszmary senne, bezsenność, drażliwość, trudności z koncentracją, wybuchy złości. Wszak specjaliści, zajmujący się osobami po traumie, słuchają opowieści o strachu, bólu, cierpieniu, więc mogą odczuwać podobny strach, ból i cierpienie jak pacjenci. Terapeuci pracujący z ofiarami gwałtów mogą odczuwać odrazę do gwałciicieli, a nawet do ogółu mężczyzn. Terapeuci pracujący z ofiarami innych przestępstw mogą się bać o własne bezpieczeństwo. Zatem STSD dotyczy osób, które nie są bezpośrednio narażone na traumatyczne wydarzenie, ale cierpią z powodu podobnych objawów, jak ofiary traumy. Na rozwój wtórnego zespołu stresu pourazowego mają wpływ takie czynniki jak: wysoki poziom ekspozycji na zdarzenia traumatyczne, wysoki poziom empatii i niewystarczająca sieć wsparcia społecznego (Macritchie 2006).

Na przykład badania przeprowadzone przez Renshawa i współpracowników (2011: 461–469) wśród żon weteranów wojennych pozwoliły na rozpoznanie objawów PTSD/STSD u ok. 21,6–41,6% z nich. W badaniu wzięło udział 190 par małżeńskich. Ze 170 żon przejawiających przynajmniej niektóre objawy PTSD – 106 (62,4%) wskazało, że nie są one związane z doświadczeniami mężów lecz z wydarzeniami z ich własnego życia; 42 kobiety (24,7%) oświadczyły, że objawy są związane zarówno z doświadczeniami mężów, jak i z doświadczeniami z własnego życia, a 22 z nich (12,9%) odpowiedziało, że objawy wystąpiły wyłącznie z powodu doświadczeń mężów. Niestety nie ustalono, czy objawy STSD u badanych kobiet wynikały z wiedzy na temat traumatycznych przeżyć mężów czy też zostały spowodowane ich zachowaniami, takimi jak kłótniowość, wybuchy złości itp.

Interesujące badania przeprowadzili J.G. Devilly, R. Wright i T. Varker (2009: 373–385), które objęły 152 osoby, w tym: 125 psychologów, 15 psychoterapeutów, jedną pielęgniarkę, sześciu społecznych pracowników klinicznych i cztery inne osoby. Wszyscy badani pracowali z pacjentami wykazującymi zaburzenia po stresie traumatycznym. Na podstawie analizy wyników wyróżniono 34 osoby o niskiej ekspozycji na pacjentów urazowych i 44 osoby o wysokiej ekspozycji na pacjentów urazowych. W badaniach nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie występowania objawów STSD oraz poziomu wypalenia zawodowego między pracownikami należącymi do obu grup.

Niewiele jest badań dotyczących występowania STSD w służbach ratowniczych. Badania dotyczące STSD w tej grupie zawodowej najczęściej można znaleźć w literaturze

zagranicznej przy okazji badań nad PTSD, stresem czy też wypaleniem zawodowym. Badania przeprowadzone przez Beaton i Murphyego (1995) wykazały, że w sytuacji silnego stresu osoby pomagające mogą doświadczać podobnych objawów jak ofiary wydarzeń traumatycznych, co stwarza ryzyko wystąpienia STSD. Zdarzenia traumatyczne, które mogą prowadzić do rozwoju PTSD i STSD u strażaków i ratowników medycznych są związane z doświadczaniem sytuacji zarówno zagrażających ich życiu i zdrowiu, jak i z przeżywaniem cierpienia, okaleczenia i śmierci innych ludzi. Jedne z pierwszych badań dotyczących populacji o wysokim ryzyku wystąpienia objawów PTSD i STSD oraz objawów współwystępujących (tj. zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych) w wyniku codziennej pracy, przeprowadzono przez D. Wagnera, M. Heinrichsa i U. Ehlertha (1998: 1727–1732) na reprezentatywnej próbie 402 zawodowych strażaków. Badano nie tylko częstość występowania objawów PTSD, ale także wtórny zespół stresu pourazowego, na który strażacy byli narażeni. Objawy PTSD zarejestrowano u 18,2% badanych i ustalono, że im dłuższy staż pracy i częstsze uczestnictwo w traumatycznych wydarzeniach, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju PTSD/STSD, a także takich zaburzeń jak: nastrojów depresyjny, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia psychosomatyczne. Badacze doszli do wniosku, że duże rozpowszechnienie PTSD i innych zaburzeń wynika z faktu, iż strażacy nie radzą sobie z pierwotnym stresem, a także ze stresem wtórnym. Uznali, że strażacy należą do populacji wysokiego ryzyka wystąpienia zarówno PTSD, jak i STSD.

11 września 2001 roku zginęło 342 strażaków, którzy pomagali ofiarom ataku terrorystycznego na WTC. Beaton i współpracownicy (2004: 7–16) zbadali 261 zawodowych strażaków zatrudnionych w nowojorskiej straży pożarnej. Okazało się, że w pierwszym tygodniu po ataku ponad 40% badanych wykazywało objawy STSD i ten wynik był dwukrotnie wyższy niż kiedykolwiek przedtem odnotowano w literaturze. Po upływie 1–2 tygodni i miesiąca po ataku nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w porównaniu z wynikami badań przeprowadzonych przed atakiem, tj. 10 września. Dokonane analizy wskazują, że ocena występowania symptomów STSD u strażaków w USA waha się w granicach 5–37% i zależy od zastosowanego narzędzia badawczego, grupy badawczej i kategorii zdarzenia traumatycznego. Przykładowo, zbadano 131 strażaków z dwóch stanów USA, oceniając nie tylko występowanie PTSD i STSD, ale także stresu doświadczanego na co dzień. Pytano badanych o najgorsze wydarzenie, jakiego doświadczyli podczas pracy. Na to pytanie odpowiedziało 88% uczestników. Najczęstsze odpowiedzi to: śmierć osoby dorosłej (38%), śmierć dziecka (34%), katastrofa samolotu (3%), śmierć strażaka (2%) (Ben, Scotti, Chen, Forston 2006: 37–48).

Na podstawie przytoczonych danych należy stwierdzić, że występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym dotyczy ok. 8–40% pracowników straży pożarnej, a ocena ich natężenia prawdopodobnie zależy od użytych narzędzi badawczych, czasu jaki minął od momentu traumatycznego zdarzenia i kategorii zdarzenia traumatycznego.

Jak podkreśla Figley (1995: 1–20), istotnym czynnikiem, zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia STSD jest poziom empatii, emocjonalny związek z ofiarą traumy (za: Macritchie 2006). W USA zbadano 225 pracowników pogotowia ratunkowego, stwierdzając występowanie objawów PTSD u 20% badanych. Sprawdzano także poziom empatii, który okazał się dość niski, co może mieć związek z mechanizmem obronnym, pomocnym w funkcjonowaniu w stresującym środowisku pracy (Grevin 1996: 483–495). Podobnie wysokie wskaźniki PTSD odnotowano w Kanadzie (Regehr, Goldberg, Hughes 2002: 505–513). Badacze stwierdzili, że ratownicy nauczyli się radzić sobie z codzienną traumą. Jeśli jednak w pewnych okolicznościach rozwinął się emocjonalny związek z ofiarą lub

jej rodziną, wówczas zwiększały się objawy stresu traumatycznego. Najczęściej działo się tak, gdy zdarzenie traumatyczne dotyczyło dzieci. Holenderskie badania, przeprowadzone przez E. Ploega i R. Klebera (2003: 40–46) wśród 123 pracowników pogotowia wskazują na występowanie objawów PTSD u ponad 10% z nich. Badania dotyczyły potraumatycznego stresu, wypalenia zawodowego i zmęczenia występującego ze względu na ostry i chroniczny stres doświadczany w miejscu pracy. W badaniach wzięli udział ratownicy i kierowcy karettek pogotowia z 10 regionów. Za najbardziej stresujące badani uznali konfrontację: ze zmarłymi dziećmi, ze zdesperowanymi, zrozpaczonymi ludźmi, a także z dziećmi wykorzystywanymi seksualnie.

Z powyższych badań wynika, że ratownikom medycznym najtrudniej jest poradzić sobie w momencie, gdy zaangażują się emocjonalnie, gdy wytworzy się więź między nimi a ofiarą, gdy ich poziom empatii jest wysoki. Jeśli dodatkowo nie otrzymują oni wsparcia emocjonalnego, może to doprowadzić do rozwoju STSD, jednak badania w tej grupie zawodowej koncentrują się jedynie na PTSD, pomijając wtórny zespół stresu pourazowego.

Jak wynika z badań, dolegliwości psychofizyczne mogą być związane z cechami osobowości (neurotyczność) oraz z czynnikami społecznymi, jak np. wsparcie społeczne. O tym, czy rozwinie się PTSD, decyduje wiele czynników, które mogą występować w następujących okresach: 1) przedtraumatycznym (istotne są tu cechy osobowości, które predysponują do specyficznego reagowania i oceniania zjawisk oraz ogólny stan psychiczny i fizyczny); 2) traumy (o sile i rodzaju doznań decyduje charakter zdarzenia traumatycznego, jego odbiór i ocena); 3) potraumatycznym (o sile emocji decydują cechy jednostkowe, poziom emocji doświadczonych podczas traumy, sposoby radzenia sobie z emocjami i kontekst społeczny) (Dudek 2002: 2–4).

Zapobieganie rozwojowi STSD w służbach ratowniczych

Ponieważ w służbach ratowniczych istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia traumatycznego, powinny być przygotowane procedury służące zapobieganiu rozwojowi PTSD i STSD.

Do najczęściej stosowanych oddziaływań terapeutycznych w zaburzeniach związanych z wydarzeniami traumatycznymi należy *debriefing* – ustrukturyzowane spotkanie, zorganizowane po akcji ratunkowej i/lub pomocowej, skoncentrowane na rekonstrukcji traumatycznego zdarzenia (Dudek 2003). Spotkanie odbywa się w ciągu 24–72 godzin od zdarzenia i jest prowadzone przez psychologa lub psychiatrę oraz kilku ratowników nie będących członkami grupy *debriefingowej*. Jest to więc dyskusja nad zdarzeniem traumatycznym prowadzona w odpowiednich warunkach. Organizuje się ją wówczas, gdy zdarzenie było nadzwyczajne, gdy ratownicy przejawiają zmiany w zachowaniu i zaczynają popełniać błędy oraz gdy sami proszą o taką pomoc. Celem spotkania jest odreagowanie emocji powstałych podczas akcji, jak również innych przeżyć związanych z traumatycznym wydarzeniem. Spotkanie służy przetworzeniu i asymilacji informacji związanych z wydarzeniem traumatycznym. Właśnie ten proces uznaje się za podstawowy – taki, który ułatwia wychodzenie z traumy. Głównie chodzi o zredukowanie wpływu krytycznego wydarzenia na psychikę oraz o przyspieszenie powrotu do równowagi.

Najpopularniejszy jest tu model J. Mitchela, nazwany *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Pomysł zrodził się w wyniku obserwacji zachowań i sposobów radzenia sobie ze stresem kolegów z pracy autora (strażaków-ratowników). Spotkanie powinno się składać z siedmiu etapów: 1) wprowadzenie – czyli przedstawienie zasad obowiązujących podczas spotkania; 2) faza faktów – podczas której uczestnicy opisują zdarzenie; 3) faza myśli – podczas której uczestnicy dzielą się myślami, jakie pojawiły się podczas zdarzenia; 4) faza

reakcji – polegająca na dzieleniu się reakcjami emocjonalnymi w odpowiedzi na zdarzenie oraz emocjami pojawiającymi się w trakcie spotkania, a także – na przypisywaniu znaczenia tym doświadczeniom, normalizowaniu symptomów oraz integrowaniu doświadczeń; 5) faza symptomów – rozmowa dotycząca indywidualnych reakcji na stres; 6) faza nauczenia – podczas której uczestnicy uczą się, jak radzić sobie ze stresem; 7) zakończenie – czyli podsumowanie przebiegu spotkania i wskazanie uczestnikom innych źródeł pomocy. Celem opisanego procesu jest redukcja negatywnych konsekwencji zdarzenia traumatycznego przez: dostarczenie uczestnikom wiedzy o stresie i metodach radzenia sobie z nim oraz zachęcanie do dzielenia się doświadczeniami i emocjami związanymi ze zdarzeniem traumatycznym. Uczestnicy otrzymują również informacje o dalszych dostępnych interwencjach (Machała 2006: 45–56).

Zespół *debriefingowy* powinien się składać z ok. 20–40 osób i wykazywać aktywność przez cały czas, a nie tylko w wypadku trudnych akcji. Zadaniem zespołu jest przygotowanie przez pracowników służb ratowniczych do radzenia sobie ze stresem i udzielanie pomocy tym osobom, u których wystąpiły negatywne skutki stresu (Dudek 2003). Mimo pozytywnych opinii uczestników (tj. zredukowanie objawów stresu, lepsze samopoczucie, możliwość wyrażenia emocji, odzyskanie poczucia kontroli, przewyciężenie poczucia winy i bezsilności), skuteczność *debriefingu* wielokrotnie podawano w wątpliwość. Jak podkreśla M. Machała (2006: 45–56), część badań dotyczących tej metody uwypukla płynące z niej korzyści, zaś inne wskazują na negatywne konsekwencje. Podkreśla się, że stosowanie *debriefingu* utrudnia uwzględnienie indywidualnych potrzeb i tempa wychodzenia z kryzysu po traumie. Ponadto spotkanie jest jednorazowe i może nie być wystarczające do wygaszenia emocji związanych z traumatycznymi przeżyciami.

Zapobieganiu PTSD służy także model interwencji kryzysowej, zaproponowany przez Bravermana. Autor modelu wyszedł z następujących założeń (za: Dudek 2002, 2003) – specjaliści biorący udział w zdarzeniu traumatycznym ujawniają typowe dla uczestników tych zdarzeń reakcje i symptomy. Aby je osłabić, należy stworzyć im możliwość wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, dostępnego w miejscu pracy. Braverman przewidział, że w miejscu pracy mogą wystąpić różne bariery uniemożliwiające powrót pracowników do zdrowia, np. zerwanie dotychczasowych więzi koleżeńskich, zmiana relacji z przełożonymi, niemożność wyrażania emocji, lęków czy słabości. Model interwencji kryzysowej dotyczy wspólnego działania kierownictwa, specjalistów od urazów psychicznych i osób dbających o bezpieczeństwo i zdrowie pracowników w danym zakładzie pracy. W modelu uwzględniono pięć elementów, które występują kolejno po sobie. Pierwszym elementem jest gotowość kryzysowa. Zaraz po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego kierownictwo powinno podjąć konieczne działania w sposób wcześniej przemyślany i zaplanowany. Następne etapy modelu uruchamiane są wówczas, gdy wystąpi zdarzenie uważane za traumatyczne. Drugi element to konsultacja z kierownictwem, które w ciągu dwunastu godzin od zdarzenia powinno podjąć decyzję o interwencji, a także ustalić skład zespołu kryzysowego. Następnie powinno się odbyć spotkanie z osobami narażonymi na krytyczne zdarzenie. Czwarty etap to indywidualne poradnictwo kryzysowe dla osób, które go potrzebują. Pracownicy powinni mieć możliwość samodzielnego zwracania się o pomoc. Ostatni element dotyczy oceny działań interwencyjnych i formułuje odpowiednie zalecenia na przyszłość.

Wnioski

Z badań nad PTSD/STSD wynika, że nie u wszystkich osób, które doświadczyły traumatycznego stresu, rozwija się to zaburzenie. U niektórych nie rozwija się w pełni, lecz można zauważyć występowanie jego licznych symptomów. Objawy te są normalną reakcją

i zmniejszają się w ciągu kilku tygodni. Na dłużej pozostają u mniejszej części osób. Ekspozycja na zdarzenia traumatyczne może prowadzić także do innych niż PTSD/STSD i ASD niepożądanych skutków zdrowotnych, takich jak: wypalenie zawodowe, depresja, uogólniony lęk, panika, nadużywanie alkoholu, wycofanie, agresja, przemoc w rodzinie, niechęć do pracy, próby samobójcze (Benedek, Fullerton, Ursano 2007; Fullerton, Ursano 2005: 55–68).

Jak sugeruje Dudek (2002, 2003), istnieje potrzeba przeprowadzenia badań nad rozpoznaniem PTSD (a także STSD) w Polsce. Chodzi bowiem o rozpoznanie obszarów zwiększonego ryzyka występowania tych zaburzeń, o dokonanie porównań międzykulturowych, a także o sformułowanie przewidywań, które osoby są nań szczególnie podatne. Na uwagę zasługuje przede wszystkim zdrowie psychiczne służb ratowniczych. Badania naukowe koncentrują się jednak na objawach stresu pourazowego, zaniedbując wtórny zespół stresu pourazowego doświadczany przez strażaków czy ratowników medycznych. Osoby te niosą pomoc ofiarom traumas, ale same mogą nie radzić sobie z nią. Jak wskazują przytoczone w niniejszym artykule wyniki badań, to konfrontacja ze zdesperowanymi, zrozpaczonymi ludźmi, emocjonalny związek z ofiarą traumy lub jej rodziną dla służb ratowniczych jest najbardziej stresujące. Ponadto, przedstawiciele tych zawodów wyjątkowo często stykają się ze zdarzeniami traumatycznymi, co może utrudniać przepracowywanie kolejnych urazów. Ich negatywne skutki mogą się kumulować, pogłębiając i tak silne reakcje stresowe. Może to zwiększać ryzyko wystąpienia STSD. Polskie badania nad STSD należałoby dlatego zacząć od osób, w odniesieniu do których zachodzi duże ryzyko uczestnictwa w zdarzeniach traumatycznych, czyli m.in. od strażaków i ratowników medycznych. Pojawia się jednak problem dotyczący pomiaru STSD, a co za tym idzie – pilna potrzeba opracowania odpowiedniego kwestionariusza, który oprócz kryteriów B, C i D dla PTSD uwzględniałaby czynniki odnoszące się do pośredniej ekspozycji na zdarzenia traumatyczne.

Nie da się przewidzieć momentu wystąpienia zdarzenia traumatycznego. Służby ratownicze powinny być dlatego przygotowane na zapobieganie ich skutkom nie tylko po zdarzeniu, lecz również przed jego wystąpieniem. Jednak skuteczność najczęściej stosowanej metody prewencyjnej – *debriefingu*, stworzonej specjalnie dla służb ratowniczych – jest wciąż nierozstrzygnięta. Z jednej strony podkreśla się jej korzyści, z drugiej podaje negatywne konsekwencje. Ze względu na brak środków jest ona w Polsce rzadko stosowana. Z kolei model interwencji kryzysowej dotyczy głównie instytucji, w których zdarzenia uznane za traumatyczne występują niezbyt często. Na pomoc psychologiczną częściej mogą liczyć bezpośrednie ofiary zdarzeń traumatycznych. A przecież ratownicy i strażacy również doświadczają silnego stresu. To oni ratują i pomagają innym ludziom oraz często – jak podaje A. Hetherington (2004) – interweniują w wypadku kłótni, konfliktów czy innych sytuacji niebezpiecznych. Warto tym służbom poświęcić więcej uwagi po to, by ich reprezentanci prawidłowo funkcjonowali nie tylko w środowisku pracy, ale i w życiu prywatnym.

LITERATURA

- Ayala J.L.M., Ochotorena J. 2005, *Post-traumatic stress disorder in victims of traumatic events*, „Psychology in Spain”, 9 (1).
- Beaton R.D., Murphy S., Johnson L.C., Nemuth M. 2004, *Secondary traumatic stress response in fire fighters in the aftermath of 9/11/2001*, „Traumatology”, 10 (1).

- Beaton R., Murphy S. 1995, *Working with people in crisis: research implications*, w: *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatised*, red. C.R. Figley, Brunner/Mazel Publishers, New York.
- Benedek D.M., Fullerton C., Ursano R.J. 2007, *Rescue workers: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers*, „Annual Review of Public Health”, nr 28.
- Ben K.S., Scotti J.R., Chen Y.C., Fortson B.L. 2006, *Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters*, „Work & Stress”, nr 20 (1).
- Devilly G.J., Wright R., Varker T. 2009, *Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 43 (4).
- Dudek B. 2002, *Stres traumatyczny związany z pracą: skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie*, „Bezpieczeństwo Pracy”, nr 11.
- Dudek B. 2003, *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Figley C.R. 1995, *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview*, w: *Compassion fatigue*, red. C.R. Figley, Brunner/Mazel, New York.
- Fullerton C., Ursano R. 2005, *Psychological and psychopathological consequences of disasters*, w: *Disasters and mental health*, red. J.J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj i in., Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
- Gokalp P.G. 2005, *The experience of the Marmara Earthquake*, w: *Disasters and mental health*, red. J.J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj i in., Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
- Grevin F. 1996, *Posttraumatic stress disorder, ego defense mechanisms, and empathy among urban paramedics*, „Psychological Reports”, nr 79.
- Hetherington A. 2004, *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Jonsson A., Segesten K. 2004, *Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel*, „Prehospital and Disaster Medicine”, nr 19 (3).
- Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. 2003, *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*, „Emergency Medicine Journal”, nr 20.
- Koniarek J., Dudek B. 2001, *Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków*, „Medycyna Pracy”, nr 52 (3).
- Kuch K., Cox B., Evans R. 1996, *Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: a multidisciplinary overview*, „The Canadian Journal of Psychiatry”, nr 41.
- Kuch K., Cox B., Evans R., Shulman I. 1994, *Phobias, panic, and pain in 55 survivors of road vehicle accidents*, „Journal of Anxiety Disorders”, nr 8 (2).
- Machała M. 2006, *Skuteczność wybranych metod wczesnej interwencji kryzysowej a zapobieganie PTSD – przegląd badań i wskazówki praktyczne*, „Psychoterapia”, nr 2 (137).
- Macritchie V.J. 2006. *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers*, a dissertation submitted to the Faculty of Arts, University of the Witwatersrand, Johannesburg.

- McFarlane A.C. 2007, *Psychiatric morbidity following disasters: epidemiology, risk and protective factor*, w: *Disasters and mental health*, red. J.J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj i in., Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
- Ploeg E., Kleber R.J. 2003, *Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms*, „Occupational and Environmental Medicine”, nr 60 (1).
- Regehr C., Goldberg G., Hughes J. 2002, *Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics*, „The American Journal of Orthopsychiatry”, nr 72.
- Renshaw K.D., Allen E.S., Rhoades G.K. i in. 2011, *Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: secondary traumatic stress or general psychological distress?*, „Journal of Family Psychology”, nr 25 (4).
- Sterud T., Hem E., Lau B., Ekeberg Ø. 2011, *A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel*, „Journal of Occupational Medicine and Toxicology”, nr 6 (1).
- Wagner D., Heinrichs M., Ehler U. 1998, *Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters*, „The American Journal of Psychiatry”, nr 155.
- Zdankiewicz-Ścigala E., Przybylska M. 2002, *Trauma. Proces i diagnoza*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa.

SECONDARY TRAUMATIC STRESS DISORDER AT WORK OF FIREMEN AND EMERGENCY MEDICAL SERVICE WORKERS – RESEARCH REVIEW

KEYWORDS PTSD, STSD, DEBRIEFING, TRAUMATIC EVENTS, FIREMEN, EMS WORKERS

SUMMARY The consequences of traumatic events in the form of post-traumatic stress disorder (PTSD) as well as secondary traumatic stress disorder (STSD) among firemen and EMS workers were discussed in the article. The frequency of PTSD and STSD symptoms as well as the diagnostic criteria were considered. The review of research on the spread of STSD within chosen professional groups was performed. The essence of debriefing as the method of STSD prevention among emergency medical services was presented. The need of carrying out further research within this scope was indicated.

