

SPECYFICZNE KORELATY I OGÓLNY MECHANIZM PSYCHOLOGICZNY ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

GENERAL AND SPECIFIC INDIVIDUAL
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER-RELATED MECHANISMS AMONG PARAMEDICS

Aleksandra Jasielska¹, Michał Ziarko²

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu / Adam Mickiewicz University, Poznań, Poland
Instytut Psychologii / Institute of Psychology

¹ Zakład Psychologii Ogólnej / Department of General Psychology

² Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej / Department of Health Psychology and Clinical Psychology

STRESZCZENIE

Wstęp: Ratowników medycznych charakteryzuje podwyższone ryzyko wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym. Celem zrealizowanego projektu badawczego było wskazanie specyficznych korelatów zespołu stresu pourazowego pojmowanych w kategoriach zasobów i deficytów emocjonalno-poznawczych pod postaciami aleksytymii, ruminacji i strategii radzenia sobie ze stresem w tej grupie zawodowej. **Materiał i metody:** W 3 niezależnych badaniach, przeprowadzonych w pierwszej połowie 2017 r. w województwie wielkopolskim, uczestniczyło 145 ratowników medycznych. W każdym badaniu oszacowano objawy zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) przy pomocy *Zrewidowanej skali wpływu zdarzeń* (*The Impact of Event Scale-Revised* – IES-R). Dodatkowo w badaniu pierwszym zmierzono poziom aleksytymii za pomocą skali aleksytymii, czyli spolszczonej wersji skali *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), w badaniu drugim – ruminację, wykorzystując *Kwestionariusz ruminacji*, a w badaniu trzecim – strategię radzenia sobie ze stresem, posługując się *Mini-COPE – Inwentarzem do pomiaru radzenia sobie ze stresem* (*Inventory for Measuring Coping with Stress Mini-COPE*). **Wyniki:** Analizy wykazały związki pomiędzy natężeniem stresu potraumatycznego a aleksytymią oraz ruminacjami. Stosowane strategie radzenia sobie generalnie nie wiązały się ze stresem potraumatycznym. Wykonane badanie mediacji wykazało, że intruzjom można przypisać funkcję mediatora relacji łączącej pobudzenie z unikaniem. Cierpiących na PTSD charakteryzuje wysoki poziom unikania sytuacji przypominających zdarzenie traumatyczne, ponieważ wysokie pobudzenie nasila prawdopodobieństwo pojawienia się intruzji. **Wnioski:** Ponad połowa badanych ratowników medycznych deklarowała występowanie objawów stresu pourazowego, co prawdopodobnie jest czynnikiem prognostycznym pojawienia się w dalszej przyszłości klinicznych objawów PTSD u tej grupy zawodowej. Deficyty poznawczo-emocjonalne, aleksytymia i negatywne ruminacje współwystępują z objawami stresu potraumatycznego. Z kolei zasoby strategii radzenia sobie ze stresem są niewystarczającym mechanizmem zaradczym dla stresu traumatycznego. Zespół stresu pourazowego może być ujmowany jako dynamiczna sekwencja. Charakter pracy ratownika medycznego predysponuje go do doświadczania traumy złożonej i/lub wtórnej, które mogłyby być obszarem dalszych badań. *Med. Pr.* 2019;70(1):53–66

Słowa kluczowe: strategia radzenia sobie ze stresem, aleksytymia, ruminacja, ratownicy medyczni, stres traumatyczny, zespół stresu pourazowego

ABSTRACT

Background: Due to the nature of their work, paramedics face an increased risk of developing a post-traumatic stress disorder. The main goal of this research project was to point out specific correlates of post-traumatic stress. The authors decided to approach that issue from the perspective of emotional-cognitive deficits and resources, such as alexithymia, rumination and coping with stress. **Material and Methods:** The authors conducted 3 independent research projects in the first half of the year 2017 in the Wielkopolskie voivodship, that included paramedics. In each one of them, they estimated post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms using *The Impact of Event Scale-Revised* (IES-R). Additionally, in the first study the authors used alexithymia scale, Polish version of *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), in the second – rumination questionnaire, in the third – coping with stress measured with *Inventory for Measuring Coping with Stress Mini-COPE*. **Results:** The analyses demonstrate a relationship between PTSD symptoms and both alexithymia and rumination. There was not any significant relationship between coping strategies and PTSD. The mediation analysis results prove the role of intrusion as a mediator in a relationship between hyperarousal and avoidance. Individuals with PTSD demonstrate high avoidance for situations similar to the original traumatic event because high hyperarousal increases the risk of intrusion. **Conclusions:** More than a half of paramedics demonstrated post-traumatic stress symptoms, which most likely is a prognosis factor for future development of PTSD among them. The emotional-cognitive deficits correlated with traumatic stress symptoms. Resources such as coping strategies were not sufficient enough mechanisms for coping with traumatic stress. Post-traumatic stress disorder may be seen as a dynamic sequence. The nature of paramedics work entails the risk for experiencing complex and/or secondary trauma, which represent the phenomena that should be further examined. *Med Pr.* 2019;70(1):53–66

Key words: stress coping strategy, alexithymia, rumination, paramedics, traumatic stress, post-traumatic stress disorder

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Aleksandra Jasielska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, e-mail: aleksandra.jasielska@amu.edu.pl
Nadesłano: 22 lutego 2018, zatwierdzono: 17 lipca 2018

WSTĘP

Pracownicy służb ratowniczych, w porównaniu do osób o innych profesjach, są szczególnie narażeni na traumatyczne wydarzenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Jednym z zawodów wiążących się z takim ryzykiem, obok profesji żołnierza, policjanta, górnika i strażaka, jest zawód ratownika medycznego. Głównym zadaniem ratowników medycznych jest udzielanie natychmiastowej profesjonalnej pomocy medycznej osobom będącym w nagłych stanach zagrożenia życia, poszkodowanym w wypadkach i katastrofach lub znajdującym się w sytuacjach nagłego kryzysu zdrowotnego [1]. W zawód ten jest zatem wpisane uczestnictwo w różnych wydarzeniach traumatycznych, takich jak wypadki komunikacyjne z umierającymi poszkodowanymi, także z udziałem dzieci, pożary z ofiarami poparzeń, czy samobójstwa. Udział w takich incydentach niesie ze sobą ryzyko pojawienia się zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). Jest ono dodatkowo nasilane poprzez kontakt ze stresorami charakterystycznymi dla pracy ratowników medycznych, do których zalicza się podejmowanie decyzji o zaprzestaniu wysiłków ratujących życie, przekazywanie bliskim zmarłego informacji o zgonie, narażanie własnego życia i zdrowia w sytuacji niesienia pomocy ofiarom katastrof, okresy wzmożonej pracy przeplatające się z okresami bezczynności [2].

Badania nad konsekwencjami udziału ratowników medycznych w wydarzeniach traumatycznych wykazały, że większość z tych, którzy spotkali się z sytuacją powodującą śmierć ofiar, manifestuje objawy typowe dla zespołu stresu pourazowego [3].

Zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD)

Zespół stresu pourazowego klasyfikuje się jako lękowe zaburzenie pojawiające się po wydarzeniu traumatycznym i psychicznie wyczerpującym, np. po klęsce żywiołowej, wypadku komunikacyjnym, gwałcie czy podczas wojny. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 występują 4 główne kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego [4]:

1. „Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- lub długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwe odczuwanie cierpienia u niemal każdego.
2. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub «odżywanie» stresora w postaci zakłócających «przebłysków» (*flashbacks*), żywych wspomnień lub powracających snów, albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim.
3. Pacjent aktualnie unika lub preferuje unikanie okoliczności przypominających stresor lub związanych z nim, co nie występowało przed zetknięciem się z działaniem stresora.
4. Występowanie któregośkolwiek z następujących symptomów:
 - częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem,
 - uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanu wzbudzenia (niewystępujące przed ekspozycją na stresor) w postaci którychkolwiek 2 z poniższych:
 - trudności z zasypianiem i podtrzymaniem snu,
 - drażliwość lub wybuchy gniewu,
 - trudność koncentracji,
 - nadmierna czujność,
 - wzmożona reakcja zaskoczenia”.

Aby stwierdzić wystąpienie zespołu stresu pourazowego, kryteria 2, 3 i 4 muszą zostać spełnione w przebiegu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora [4].

Obecnie uznaje się, że narażone na wystąpienie zespołu stresu pourazowego są zarówno osoby poszkodowane, jak i przedstawiciele służb udzielający im pomocy, np. strażacy, policjanci lub ratownicy medyczni [5–7].

Zespół stresu pourazowego u ratowników medycznych

Wyczerpujący przegląd piśmiennictwa na temat epidemiologii PTSD u ratowników medycznych dostarczyła Ogińska-Bulik [5]. Konkluzja z przytoczonych przez

autorkę opracowań badań jest następująca: ratownicy medyczni – podobnie jak inni pracownicy służb ratowniczych – są narażeni na PTSD z racji wykonywanego zawodu. Odsetek ratowników medycznych, u których występują objawy PTSD, waha się od 10% (badania populacji holenderskiej zespołu karetek pogotowia ratunkowego [8]) do 22% (badania populacji brytyjskich pracowników pogotowia ratunkowego [9]). Rozpiętość ta wynika prawdopodobnie z różnych narzędzi pomiarowych używanych w poszczególnych badaniach. W ostatnich 10 latach powstało niewiele studiów teoretycznych [7,10] i empirycznych dotyczących populacji polskich ratowników medycznych [2,5,11–14] w stosunku do liczby interwencji, jakie podejmuje ta grupa zawodowa. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2017 r. [15] wynika, że na terenie kraju było 1540 zespołów ratownictwa medycznego, które wyjechały/wyleciały 3,2 mln razy na miejsce zdarzenia. W objętym badaniem województwie wielkopolskim w 2017 r. liczba zespołów ratownictwa medycznego wynosiła 117. Udzieliły one świadczeń zdrowotnych 202,4 tys. poszkodowanych. Wskaźnikiem ilustrującym dostępność do świadczeń medycznych udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego jest liczba zespołów przypadająca na 100 tys. ludności. W 2017 r. wskaźnik ten – dla województwa wielkopolskiego – był jednym z najniższych w kraju i wynosił 3,4. Na podstawie przywołanych danych można stwierdzić, że ratownicy medyczni są osobami nadmiernie obciążonymi pracą, a to może wiązać się z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia u nich zarówno zespołu wypalenia zawodowego, jak i PTSD.

Problematyka badań własnych

Celem zrealizowanego projektu badawczego było wskazanie specyficznych korelatów zespołu stresu pourazowego pojmowanych w kategoriach zasobów i deficytów emocjonalno-poznawczych pod postaciami aleksytymii, ruminalacji i strategii radzenia sobie ze stresem. Dobierając korelaty, kierowano się zespołem objawów, które występują u osób doświadczających PTSD. Założono, że aleksytymia z racji swojej komponenty emocjonalnej i dominacji przeżycia negatywnego wiąże się z objawami nadmiernego pobudzenia. Z kolei ruminalacje, podobnie jak intruzje, wynikają z odpowiedzi systemu poznawczego na zaistniałą sytuację. Natomiast unikanie bodźców przypominających o traumie jest zachowaniem zaradczym, regulacyjnym, podobnym do strategii radzenia sobie ze stresem. Przyjęto, że:

- Hipoteza 1: nadmierna pobudliwość będzie wykazywała współzmiennność z aleksytymią. Aleksytymia

jest zaburzeniem, w którym pojawiają się deficyty związane z poznawczym opracowaniem doświadczenia emocjonalnego. Można założyć, że zawyżone pobudzenie w PTSD, przejawiające się np. nadmiernie silną reakcją na niespodziewane bodźce, będzie bardziej nasilone u osób aleksytymicznych, które identyfikują pobudzenie w sposób niespecyficzny, przez co nie potrafią odróżnić pobudzenia cielesnego od pobudzenia afektywnego. W związku z tym pojawiają się m.in. trudności z identyfikowaniem pobudzenia emocjonalnego, co może wystąpić w przypadku charakterystycznych dla PTSD drażliwości lub wybuchów gniewu [16].

- Hipoteza 2: intruzja będzie wykazywała współzmiennność z ruminalciami. Spontaniczne pojawianie się natrętnych i uporczywych treści poznawczych (np. wspomnienia zdarzenia obejmujące wyobrażenia, myśli i spostrzeżenia) czy doznań afektywnych (np. powracające dysstresujące sny dotyczące zdarzenia) związanych z urazem jest zbliżone do ruminalacji, czyli nawykowego sposobu wielokrotnego powracania myślami do negatywnych wydarzeń i uczuć z nimi związanych [13]. Podobieństwo jednego zjawiska do drugiego wskazują Ogińska-Bulik i Juczyński [14], twierdząc, że ruminalacje „to pojęcie zbliżone do intruzji – traktowanej jako objaw PTSD. Intruzje odnoszą się, podobnie jak ruminalacje, do powracających myśli, obrazów i emocji związanych z traumą, lecz trwają na ogół krótko i odzwierciedlają doświadczenie samego urazu. Ruminalacje natomiast są ujmowane jako ciąg myśli będących następstwem doświadczonego zdarzenia, ale o dłuższym czasie trwania”. Autorzy podkreślają różnice w organizacji temporalnej ruminalacji i intruzji. To, co z kolei może świadczyć o ich podobieństwie, to deficyty w zakresie funkcji wykonawczych pamięci roboczej. Badania oceniające wpływ negatywnego nastroju na wykonywanie zadań poznawczych dowodziły znacznego osłabienia mechanizmu kontrolnego pamięci roboczej, powodującego pojawianie się intruzywnych myśli związanych z nastrojem, utrudniających realizację zadań poznawczych [17]. Podobne zależności wskazywane są w badaniach osób cierpiących na depresję, u których ruminalacje występują dlatego, że funkcja wykonawcza pamięci roboczej jest osłabiona i pacjent nie podejmuje zadań niezwiązanych z aktualnie doświadczanym nastrojem [17].
- Hipoteza 3: Unikanie będzie wykazywało współzmiennność ze strategiami radzenia sobie ze stresem. Omijanie bodźców, m.in. przedmiotów, ludzi czy

miejsc kojarzonych z urazem, przypomina w przebiegu strategię radzenia sobie podejmowane przez jednostkę wobec stresu. Z racji tego, że unikanie może mieć różne formy, takie jak unikanie behawioralne (np. unikanie aktywności, miejsc i ludzi wywołujących wspomnienia związane z urazem), emocjonalne (np. anestezja emocjonalna) czy poznawcze (np. poczucie braku perspektywy), powinno w odmienny sposób korespondować z grupą strategii skoncentrowanych na problemie (związek ujemny), skupionych na emocjach (związek ujemny) i strategiach dysfunkcjonalnych (związek dodatni).

Celem badania było zweryfikowanie hipotez i sprawdzenie korelatów PTSD dla uzyskania informacji o czynnikach predysponujących do jego rozwoju. Zidentyfikowanie samych determinantów nie dostarcza bowiem wiedzy o wewnętrznej dynamice zaburzenia. Dlatego dodatkowym celem przeprowadzonego badania było określenie ogólnego mechanizmu i możliwych dynamicznych zależności, jakie można zaobserwować między poszczególnymi objawami PTSD. Weryfikacji poddano model mediacyjny, w którym zmienną niezależną było pobudzenie, zmienną zależną – unikanie, natomiast mediatorem – intruzje. Za takim ujęciem powiązań zachodzących pomiędzy objawami PTSD przemawiają przesłanki pochodzące z literatury przedmiotu, wskazujące na współistnienie i udział w powstawaniu PTSD 2 uzupełniających się mechanizmów – neurologicznego i psychologicznego [13]. W takim ujęciu pobudzenie, polegające na wzmożonej czujności, lęku, zniecierpliwieniu i trudnościach w koncentracji uwagi, korespondowałoby z mechanizmem neurologicznym. Mechanizm ten zakłada, że PTSD powstaje w efekcie neurologicznej nadwrażliwości oraz utrzymania po wydarzeniu traumatycznym podkorowych struktur układu limbicznego w stanie pobudzenia [18]. Z kolei intruzje, rozumiane jako powracające obrazy, sny, myśli i wrażenia percepcyjne związane z traumą, odpowiadałyby mechanizmowi psychologicznemu. W mechanizmie tym kluczową rolę przypisuje się przekonaniom jednostki na temat przyszłości, przewidywalności czy bezpieczeństwa, które są nieadekwatne do aktualnego doświadczenia traumy – nie można ich, jako nowych treści, w łatwy sposób dopasować do własnych poglądów, co skutkuje długotrwałym procesem ich asymilowania. Współistnienie mechanizmów neurologicznego i psychologicznego może w rezultacie prowadzić osobę, która doświadczyła traumy, do unikania, czyli podejmowania celowego wysiłku, aby uciec od treści poznawczych (tu intruzji) czy przeżyć emocjonalnych (tu pobudzenia) z nią związanych.

Przeprowadzona analiza mediacji miała dać odpowiedź na pytanie o specyficzną dynamikę PTSD. Wydaje się bowiem, że podobnie jak w przypadku wszystkich wydarzeń krytycznych będących zagrożeniem, to właśnie w reakcji na wydarzenie o takim charakterze w pierwszej kolejności dochodzi do pobudzenia psychofizjologicznego. Kiedy przekroczy ono wartość krytyczną, a samo wydarzenie ma cechy traumy, jednostka instynktownie podejmuje zachowania zabezpieczające, np. unikanie. Na początku jest to unikanie behawioralne, np. zaprzestawanie danej aktywności, omijanie miejsc i ludzi wywołujących wspomnienia związane z urazem. Dopiero w dalszej kolejności pojawia się opracowanie poznawcze zaistniałej sytuacji pod postacią intruzji, które mogą pośrednio decydować o efektywności procesu unikania, jak również wprowadzać elementy unikania treści poznawczych, np. myśli związanych z traumą. Niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu oraz unikanie doświadczeniowe mają wówczas postać zawężonego odczuwania afektu czy „anestezji emocjonalnej”. Intruzje stanowią ekwiwalent ponownego przeżywania traumy: jednostka fizycznie bądź psychicznie odczuwa powrót zdarzenia albo – przy ekspozycji na wewnętrzne i zewnętrzne wpływy symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia – pojawia się u niej fizjologiczna reaktywność. Jeżeli intruzje są nasilone, zaczynają zwrócić pobudzać jednostkę, stając się przedmiotem unikania. Pierwotne unikanie pobudzenia związanego z traumą może zejść na dalszy plan, jeśli dotyczy ono intruzji będących konsekwencją traumy. Metodę analizy statystycznej pod postacią mediacji dobrano tak, aby zweryfikować przedstawioną dynamikę PTSD.

Testowany model wpisuje się w nurt badań nad strukturą objawów PTSD realizowanych do tej pory w grupie ofiar wypadków samochodowych [19]. Określając strukturę, dąży się do identyfikacji układu elementów oraz wzajemnych relacji między nimi. W zaprojektowanych badaniach układ elementów był znany, tzn. objawami PTSD są pobudzenie, unikanie, intruzje, natomiast zidentyfikowania wymagały ich wzajemne relacje.

MATERIAŁ I METODY

Badania miały charakter kwestionariuszowy. Uczestnicy wypełnili zestaw kwestionariuszy, w skład którego wchodziły następujące narzędzia: *Zrewidowana skala wpływu zdarzeń* (*The Impact of Event Scale-Revised – IES-R*) [20] oraz:

- w badaniu pierwszym – do pomiaru aleksytymii zastosowano skalę aleksytymii [21], czyli spolsz-

czoną wersję skali *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20) [22],

- w badaniu drugim – *Kwestionariusz ruminacji* [23],
- w badaniu trzecim – *Mini-COPE – Inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem (Inventory for Measuring Coping with Stress Mini-COPE)* [24].

Podstawowe statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zawarte są w tabeli 1.

Zrewidowana skala wpływu zdarzeń służy do oceny nasilenia objawów PTSD. Składa się z 22 twierdzeń i uwzględnia 3 wymiary PTSD: intruzję (np. „Miałem trudności z przespaniem całej nocy”), unikanie

Tabela 1. Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności oraz wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa uzyskane dla zmiennych dotyczących zasobów i deficytów emocjonalno-poznawczych na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród ratowników medycznych w województwie wielkopolskim w 2017 r.

Table 1. Descriptive statistics, reliability coefficients and the Kolmogorov-Smirnov test's value obtained for variables of emotional-cognitive deficits and resources collected on the basis of the survey carried out among paramedics in the Wielkopolskie voivodship in 2017

Zmienna Variable	Min.	Maks. Max	M	SD	α	Test Kołmogorowa-Smirnowa Kolmogorov-Smirnov test	
						Z	p
PTSD ogółem / Total PTSD	0	3,55	1,59	0,99	0,95	0,07	0,2
intruzje / intrusions	0	3,63	1,56	1,01	0,89	0,15	< 0,001
pobudzenie / arousal	0	3,71	1,43	1,10	0,89	0,09	0,085
unikanie / avoidance	0	3,57	1,64	0,99	0,84	0,10	0,061
Aleksytymia ogółem / Total alexithymia	28	72	52	11,33	0,79	0,08	0,2
trudności w opisywaniu uczuć / difficulty describing feelings	5	23	12,50	4,02	0,77	0,10	0,2
trudności w identyfikacji uczuć / difficulty identifying feelings	7	28	16	5,72	0,69	0,10	0,2
myślenie operacyjne / externally-oriented thinking	13	30	22	3,72	0,85	0,11	0,168
Ruminacje ogółem / Total ruminations	20	96	56,21	15,06	0,94	0,09	0,2
o świecie / about the world	10	48	29,64	7,38	0,88	0,12	0,057
o sobie / about myself	10	48	26,57	9,46	0,96	0,11	0,089
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie – ogółem / Total coping focused on problem	0	18	10,95	3,01	0,79	0,12	0,007
aktywne radzenie sobie / active coping ^a	0	6	4,20	1,13	0,40**	0,23	< 0,001
planowanie / planning ^a	0	6	3,97	1,33	0,56**	0,26	< 0,001
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego / use of instrumental support ^a	0	6	2,77	1,25	0,49**	0,22	< 0,001
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach – ogółem / Total coping focused on emotions	0	27	15,11	4,46	0,72	0,15	< 0,001
zwrot ku religii / turn to religion ^a	0	6	1,74	1,70	0,51**	0,20	< 0,001
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego / use of emotional support ^a	0	6	3,19	1,56	0,65**	0,14	0,001
pozytywne przewartościowanie / positive reframing ^a	0	6	3,95	1,18	0,30**	0,25	< 0,001
akceptacja / acceptance ^a	0	6	3,65	1,30	0,47**	0,27	< 0,001
poczucie humoru / sense of humor ^a	0	6	2,59	1,37	0,26*	0,16	< 0,001
Dysfunkcjonalne radzenie sobie – ogółem / Total dysfunctional coping	0	29	13,36	4,72	0,73	0,09	0,193
czynności zastępcze / substitute activities ^a	0	6	3,44	1,19	0,12	0,219	< 0,001
zażywanie substancji psychoaktywnych / psychoactive substance use ^a	0	5	1,40	1,46	0,62**	0,24	< 0,001

Tabela 1. Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności oraz wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa uzyskane dla zmiennych dotyczących zasobów i deficytów emocjonalno-poznawczych na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród ratowników medycznych w województwie wielkopolskim w 2017 r. – cd.

Table 1. Descriptive statistics, reliability coefficients and the Kolmogorov-Smirnov test's value obtained for variables of emotional-cognitive deficits and resources collected on the basis of the survey carried out among paramedics in the Wielkopolskie voivodship in 2017 – cont.

Zmienna Variable	Min.	Maks. Max	M	SD	α	Test Kołmogorowa-Smirnowa Kolmogorov-Smirnov test	
						Z	p
Dysfunkcyjne radzenie sobie – ogółem – cd. / Total dysfunctional coping – cont.	0	29	13,36	4,72	0,73	0,09	0,193
zaprzeczenie działań / behavioral disengagement ^a	0	4	1,82	1,25	0,18	0,22	< 0,001
obwinianie siebie / self-blame ^a	0	6	2,35	1,27	0,37**	0,21	< 0,001
zaprzeczanie / denial ^a	0	5	1,90	1,29	0,36**	0,18	< 0,001
wyładowanie / venting ^a	0	6	2,45	1,11	0,14	0,23	< 0,001

α – test Cronbacha / Cronbach test.

PTSD – zespół stresu pourazowego / post-traumatic stress disorder.

^a Subskale tworzą 2 pozycje, dlatego do obliczenia rzetelności wykorzystano współczynniki korelacji pomiędzy itemami tworzącymi daną podskalę / Because 2 items consist scale for the reliability the correlation was calculated for each subscale's items.

* p < 0,05, ** p < 0,01.

(np. „Starałem się unikać rozmów o tym zdarzeniu”) oraz pobudzenie (np. „Miałem trudności z koncentracją”). Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń na 5-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „wcale nie”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Otrzymane wyniki obrazują subiektywny poziom dyskomfortu w związku z traumą osoby badanej. Na ich podstawie można wyłonić grupy o niskim i umiarkowanym/wysokim natężeniu objawów PTSD. Graniczną wartością są 33 pkt (lub M = 1,5 pkt) [20].

Toronto Alexithymia Scale-20 służy do pomiaru aleksytymii. Skala składa się z 20 stwierdzeń oraz zawiera 3 podskale mierzące: trudności w opisywaniu uczuć/emocji (np. „Trudno jest mi znaleźć odpowiednie słowa dla wyrażania moich uczuć”), trudności w identyfikacji uczuć/emocji (np. „Często jestem zakłopotany, gdy próbuję określić jakie emocje odczuwam”) oraz operacyjny, zorientowany na zewnątrz styl myślenia (np. „Wolę rozmawiać z ludźmi o codziennych zajęciach niż o ich uczuciach”). Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „całkowicie się nie zgadzam”, a 5 – „całkowicie się zgadzam”.

Kwestionariusz ruminaacji służy do pomiaru ruminaacji. Twierdzenia odnoszą się do częstotliwości niechcianych myśli: 10 stwierdzeń dotyczy ruminaacji na temat świata (np. „Nie mogę uwolnić się od myśli o różnych niegodziwościach naszego świata”), a kolejne 10 – ruminaacji na własny temat (np. „Wyrzucam sobie nieod-

powiedni sposób postępowania w przeszłości”). Osoba badana odpowiada za pomocą 5-stopniowej skali, której krańce opisane są od 1 – „nigdy” do 5 – „bardzo często”.

Mini-COPE – Inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem składa się z 28 twierdzeń, umożliwiających pomiar 14 strategii radzenia sobie z sytuacją trudną. Są nimi: aktywne radzenie sobie (np. „Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację”), planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, czynności zastępcze, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzeczenie działań i obwinianie siebie. Odpowiedzi udzielane są na 4-punktowej skali, której krańce opisane są jako 0 – „nigdy tak nie postępuję”, 4 – „zawsze tak postępuję”. Wynik oblicza się jako sumę odpowiedzi w poszczególnej podskali. Ze względu na dużą liczbę strategii radzenia sobie w celu dokonania ogólnych analiz skorzystano z propozycji Coolidge i wsp. [25], klasyfikując wyodrębnione strategie radzenia sobie do 3 grup: radzenie sobie skoncentrowane na problemie, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach oraz dysfunkcyjne radzenie sobie.

Analiza wielkości współczynników rzetelności wykazała, że 2 z podskal – *Zaprzeczenie działań* i *Wyładowanie* – są nierzetelne. Dlatego zdecydowano się wyłączyć je z dalszych analiz.

Uczestnicy badań

W badaniach wzięło udział 145 aktywnych zawodowo ratowników medycznych pracujących na terenie województwa wielkopolskiego w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (badanie pierwsze: $N = 52$, badanie drugie: $N = 53$, badanie trzecie: $N = 40$). Testy były anonimowe i dobrowolne. Zdecydowano się przeprowadzić 3 niezależne badania, aby nie obciążać nadmiernie ich uczestników – dostępne dane wskazują, że średni czas pracy dużego odsetka ratowników wynosi ponad 8 godz. dziennie [2]. Założono, że taka organizacja badań pozwoli dotrzeć do większej liczby osób (choć z mniejszą liczbą metod) przy zachowaniu standardów etycznych związanych z minimalizowaniem negatywnych skutków dla ich uczestników (*Kodeks etyczno-zawodowy psychologa*, pkt 32–34 [26]), w tym przypadku przemęczenia.

W badanej próbie przeważali mężczyźni – było ich 96 (66,21%), co odzwierciedla fakt, że w zawodzie ratownika medycznego płęć ta dominuje. Średni wiek badanych wynosił 31,04 roku ($SD = 5,91$), a staż pracy – 7,35 roku ($SD = 5,98$). Kobiety i mężczyźni uczestniczący w badaniu byli w podobnym wieku ($M_K = 30,58$, $SD_K = 6,37$; $M_M = 30,01$, $SD_M = 5,85$; $t = 0,493$, $p = 0,623$). Sprawdzone również, czy zmienne socjodemograficzne różnicowały poziom PTSD. Przeprowadzone porównania międzygrupowe wykazały, że:

- płęć nie różnicowała poziomu PTSD ($M_K = 34,96$, $SD_K = 19,87$; $M_M = 31,66$, $SD_M = 19,61$; $t = 1,032$, $p = 0,303$),
- staż pracy nie różnicował poziomu PTSD (osoby wykonujące zawód ratownika do 9 lat – $M_K = 32,12$, $SD_K = 24,22$, osoby wykonujące zawód ratownika ≥ 9 lat – $M_K = 34,35$, $SD_K = 20,03$; $t = -0,364$, $p = 0,718$).

Dodatkowo wiek ($r = 0,06$, $p = 0,458$), liczba miejsc pracy ($r = -0,15$, $p = 0,274$) oraz liczba przepracowanych przez uczestników badań godzin w miesiącu ($r = -0,25$, $p = 0,074$) nie wiązały się z poziomem PTSD.

WYNIKI

Badanie pierwsze – związek aleksytymii z PTSD

W badaniu pierwszym weryfikowano występowanie współzmienności między wymiarem PTSD pod postacią nadmiernego pobudzenia a aleksytymią [11]. Pomędzy wszystkimi analizowanymi czynnikami (z wyjątkiem pobudzenia i myślenia operacyjnego) zaobserwowano dodatni związek – od słabego do silnego (tabela 2). Uzyskane wyniki potwierdziły, że trudności

w identyfikowaniu uczuć i odróżnianiu ich od reakcji fizjologicznych są cechą aleksytymii, która w najwyższym stopniu koreluje z PTSD.

Ratownicy byli badani w 2 grupach zgodnie z kryterium podziału przedstawionym w opisie narzędzia [20]. Wyniki ponad połowy uczestników ($N = 27$) wskazują na występowanie objawów zespołu stresu pourazowego. Wyodrębnione grupy zostały następnie porównane w zakresie poziomu aleksytymii – wyniki wykazały znacząco wyższy poziom aleksytymii i dwóch z jej komponentów: werbalizacji i identyfikacji emocji w grupie ratowników manifestujących symptomy stresu pourazowego (tabela 3). Warto podkreślić, że odnotowany efekt w każdym przypadku jest silny. Porównywane grupy nie różniły się w zakresie myślenia operacyjnego.

Badanie drugie – związek ruminacji z PTSD

W badaniu drugim sprawdzono znaczenie czynnika poznawczego pod postacią obsesyjnych myśli – ruminacji – dla wystąpienia symptomów stresu pourazowego [11]. Uzyskane współczynniki korelacji świadczą o istnieniu istotnych statystycznie związków pomiędzy ruminacjami (o sobie i świecie) a stresem potraumatycznym i jego komponentami (tabela 2). Ogólny wskaźnik ruminacji korelował umiarkowanie dodatnio ze wszystkimi wskaźnikami stresu potraumatycznego. Siła związku ruminacji o świecie a ogólnym natężeniem stresu potraumatycznego i jego wymiarami była niższa niż siła ruminacji o sobie.

Dodatkowo badanych ratowników podzielono na podgrupy: z symptomami stresu pourazowego i bez nich (por. badanie pierwsze). W całej grupie przeważały osoby bez objawów PTSD – 63%. Następnie porównano podgrupy w zakresie poziomu ruminacji. Wyniki analiz ujawniły istnienie silnych istotnie statystycznych różnic w zakresie ogólnego poziomu ruminacji – ruminacji o świecie i sobie. Ratownicy, u których można rozpoznać symptomy PTSD, przejawiają silniejszą tendencję do ruminacji, zarówno o sobie, jak i o świecie (tabela 2).

Badanie trzecie – związek strategii radzenia sobie ze stresem z PTSD

Badanie trzecie było poświęcone określeniu związków pomiędzy zachowaniem ratowników medycznych, którego przejawem były stosowane strategie radzenia sobie, a nasileniem stresu potraumatycznego [11]. Przeprowadzone analizy wykazały niewiele istotnych statystycznie relacji pomiędzy tymi zmiennymi. Dla radzenia sobie skoncentrowanego na problemie i jego składowych nie zidentyfikowano żadnego istotnego statystycznie związku (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi dotyczącymi deficytów i zasobów emocjonalno-poznawczych oraz ich komponentami a zespołem stresu pourazowego (PTSD) i jego komponentami
Table 2. Correlation coefficients between variables of emotional-cognitive deficits and resources and their components and post-traumatic stress disorder (PTSD) and its components

Zmienna Variable	PTSD ogółem Total PTSD	Intruzje ^a Intrusions ^a	Pobudzenie Arousal	Unikanie Avoidance
Aleksytymia ogółem / Total alexithymia	0,57**	0,67**	0,50**	0,50**
trudności w opisywaniu uczuć / difficulty describing feelings	0,43**	0,51**	0,39**	0,36**
trudności w identyfikacji uczuć / difficulty identifying feelings	0,62**	0,72**	0,56**	0,54**
myślenie operacyjne / externally-oriented thinking	0,33*	0,40**	0,25	0,32*
Ruminacje ogółem / Total ruminations	0,61**	0,57**	0,56**	0,53**
o świecie / about the world	0,20**	0,38**	0,49**	0,47**
o sobie / about myself	0,59**	0,59**	0,54**	0,47**
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie – ogółem / Total coping focused on problem	0,08	0,17	0,09	-0,09
aktywne radzenie sobie / active coping ^a	0,02	0,09	0,01	0,08
planowanie / planning ^a	0,01	0,12	0,02	-0,14
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego / use of instrumental support ^a	0,15	0,16	0,17	0,06
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach – ogółem / / Total coping focused on emotions	0,12	0,19	0,15	-0,01
zwrot ku religii / turn to religion ^a	0,12	0,13	0,12	0,19
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego / use of emotional support ^a	0,14	0,13	0,16	0,06
pozytywne przewartościowanie / positive reframing ^a	0,14	0,22	0,16	0,01
akceptacja / acceptance ^a	0,05	0,12	0,07	-0,08
poczucie humoru / sense of humor ^a	0,12	0,16	0,13	-0,01
Dysfunkcjonalne radzenie sobie – ogółem / Total dysfunctional coping	0,31*	0,27*	0,31	0,34*
czynności zastępcze / substitute activities ^a	0,10	0,10	0,09	0,05
zażywanie substancji psychoaktywnych / psychoactive substance use ^a	0,15	0,16	0,22*	0,06
obwinianie siebie / self-blame ^a	0,26*	0,28*	0,28*	0,12
zaprzeczanie / denial ^a	0,28*	0,17	0,24*	0,41**

^a Wyniki uzyskane w teście Kolmogorowa-Smirnowa są niezgodne z rozkładem normalnym, dlatego podano współczynnik ρ Spearmana z wyjątkiem związków łączących dysfunkcjonalne radzenie sobie z wynikiem ogólnym stresu potraumatycznego, pobudzeniem i unikaniem / The Kolmogorov-Smirnov test's values are inconsistent with the normal distribution, so Spearman's ρ coefficient was given except for the correlation between dysfunctional coping with total post-traumatic stress, arousal and avoidance.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach i jego składowe nie wiązały się z poziomem stresu potraumatycznego (tabela 2).

Analizując związki pomiędzy poszczególnymi strategiami dysfunkcjonalnego radzenia sobie a stresem potraumatycznym, odnotowano 10 istotnych statystycznie korelacji (po 3 dla ogólnego wskaźnika dysfunkcjonal-

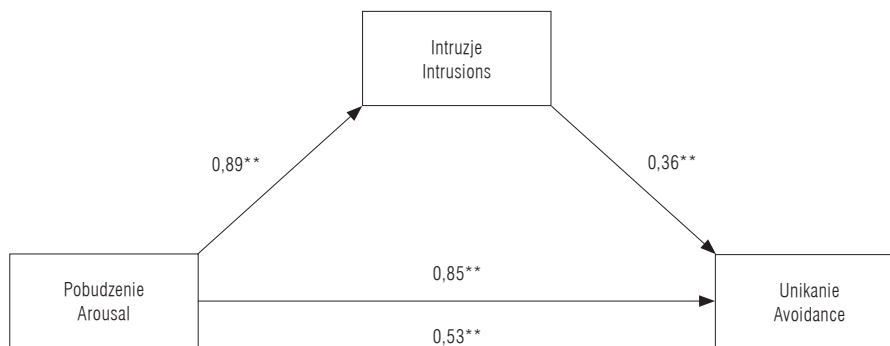
nego radzenia sobie, obwiniania siebie i zaprzeczania oraz 1 dla używania substancji psychoaktywnych) (tabela 3).

Analizując różnice pomiędzy dwoma grupami osób przejawiających symptomy PTSD i nieprzejawiających tych symptomów w zakresie korzystania z dysfunkcjonalnych strategii radzenia sobie, zaobserwowano, że

Tabela 3. Porównanie osób, u których wystąpił i u których nie wystąpił zespół stresu pourazowego (PTSD) w zakresie zmiennych dotyczących deficytów i zasobów emocjonalno-poznawczych oraz ich komponentów – na podstawie badania przeprowadzonego wśród ratowników medycznych pracujących w województwie wielkopolskim w 2017 r.
Table 3. Comparison of people who experienced and did not experience post-traumatic stress disorder (PTSD) in the scope of variables of emotional-cognitive deficits and resources and their components based on the study conducted among paramedics in the Wielkopolskie voivodship in 2017

Zmienna Variable	PTSD (M±SD)		t	df	test Manna-Whitneya Mann Whitney U test	P	Δ Glassa Glass Δ	d
	obecny present	nieobecny absent						
Aleksytymia ogółem / Total alexithymia	56,41±10,37 (N = 27)	44,64±9,02 (N = 25)	-4,372	49,815		< 0,001		1,21
trudności w opisywaniu uczuć / / difficulty describing feelings	14,26±3,98	10,64±3,17	-3,640	48,970		0,001		1,01
trudności w identyfikacji uczuć / / difficulty identifying feelings	18,78±4,86	12,32±4,62	-4,913	49,965		< 0,001		1,36
myślenie operacyjne / / externally-oriented thinking	23,37±3,86	21,68±3,41	-1,675	49,895		0,100		-
Ruminacje ogółem / Total ruminations	68,26±13,24 (N = 19)	49,47±11,46 (N = 34)	-5,194	33,066		< 0,001		1,52
o świecie / about the world	34,32±7,08	27,03±6,23	-3,748	33,528		0,001		1,10
o sobie / about myself	33,95±8,66	22,44±7,16	-4,928	31,843		< 0,000		1,46
Dysfunkcjonalne radzenie sobie – ogółem / Total dysfunctional coping	15,08±3,4 (N = 25)	11,73±6,91 (N = 15)	-2,053	38		0,047		0,65
czynności zastępcze / substitute activities ^a	3,52±0,96	3,4±1,4			776,5	0,827	-	
zazywanie substancji psychoaktywnych / psychoactive substance use ^a	1,52±1,39	1±1,51			586,5	0,030	0,37	
obwinianie siebie / self-blame ^a	2,72±1,1	2,07±1,44			514	0,004	0,61	
zaprzeczanie / denial ^a	2,28±1,02	1,33±1,59		-	537	0,010	0,93	

d – test Cohena / Cohen test, t – test t-Studenta / Student's t-test.
 Objasnienia jak w tabeli 2 / Explanations as in Table 2.



** $p < 0,01$.

Test Sobela / Sobel test: $z = 3,76$, $p < 0,01$, 95% CI: 0,06, 0,24.

Rycina 1. Mediacyjny udział intruzji w relacji pomiędzy pobudzeniem a unikaniem
Figure 1. Mediation of intrusion in the relation between arousal and avoidance

różnią się one w zakresie tych strategii oraz zaprzeczania. Osoby manifestujące symptomy PTSD deklarowały częstsze korzystanie z dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie oraz zaprzeczanie istniejącym trudnościom. Biorąc pod uwagę wielkość efektu, zaobserwowane różnice były umiarkowane (tabela 2).

Ogólny mechanizm (dynamika) PTSD – analiza mediacji

Aby odpowiedzieć na pytanie o pośredniczącą rolę intruzji w relacji między pobudzeniem a unikaniem, przeprowadzono w 3 krokach analizę mediacji uzupełnioną testem Sobela. W pierwszym kroku potwierdzono bezpośrednią zależność między pobudzeniem a unikaniem – model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych. Wskazywał, że im wyższe pobudzenie, tym wyższe unikanie. W drugim kroku analizy testowano relację między zmienną pobudzenia a intruzją – mediatorem. Także tu relacja okazała się istotna, a cały model dobrze dopasowany do danych. W modelu całościowym uwzględniającym jednocześnie mediator (intruzję) i zmienną niezależną (pobudzenie) jego rola zmalała, podczas gdy mediator (intruzja) był silnie powiązany ze zmienną zależną – unikaniem. Rycina 1 jest ilustracją uzyskanych współczynników β .

Wynik został potwierdzony testem Aroiana, który okazał się istotny statystycznie ($Z = 3,76$, $p < 0,001$) i wskazuje na częściową mediację intruzji.

OMÓWIENIE

Uzyskana w badaniu zależność między aleksytymią a PTSD koresponduje z wynikami, które otrzymano,

badając weteranów wojny w Wietnamie [27] czy ofiary przemocy domowej [28]. Mimo to nie można jednoznacznie – na podstawie badań poprzecznych – rozstrzygnąć, czy aleksytymia to czynnik ryzyka, czy też skutek PTSD. Jest bowiem wysoce prawdopodobne, że u ratowników medycznych występuje mechanizm zaradczy pod postacią tzw. wtórnej aleksytymii, z czego być może wynikają tak silne zaobserwowane zależności. W takim ujęciu aleksytymię należy rozpatrywać jako strategię ochronną represyjnego radzenia sobie z emocjami o charakterze reaktywnym [11]. Uznaje się ją za konsekwencję przewlekłego stresu towarzyszącego m.in. traumie [29]. Dzięki mechanizmowi aleksytymii wtórnej osoba doświadczająca silnych emocji związanych z traumą nie musi tworzyć z nich przedmiotu przetwarzania poznawczego, przez co optymalizuje swoje funkcjonowanie psychiczne.

Współzależności między ruminacjami a PTSD korespondują z wynikami innych badań prowadzonych w grupie ratowników [13,14,30]. Zależność ta wydaje się czytelna, ruminację bowiem uznaje się za formy opracowania poznawczego czy regulacji emocji negatywnych, które mają charakter nieadaptacyjny [31]. Przedmiotem pomiaru w badaniach były ruminacje nieadaptacyjne dotyczące siebie i świata. Zakładana najsilniejsza współzależność wystąpiła między wymiarem PTSD, jakim są intruzje, a ruminacjami – z racji podobieństwa tych 2 zjawisk. Z kolei silniejszą korelację między ruminacjami o sobie a intruzjami można wyjaśnić treścią przekonań, jakie jednostka posiada na swój temat. Model psychologiczny PTSD odwołujący się do założeń terapii poznawczo-behawioralnej sugeruje, że bardziej narażone na wstępowanie zespołu stresu poura-

zowego są osoby, które posiadają dysfunkcyjne (np. sztywne, wąskie i mało racjonalne) schematy poznawcze o skrajnie pozytywnych lub negatywnych treściach dotyczących świata i siebie [32]. Zatem ruminowanie na temat samego siebie, które np. przyjmuje postać myśli autokrytycznych i samooskarżających, może wynikać z przekonań kluczowych o bezradności (np. „Jestem bezradny” czy „Jestem narażony na ciosy”). Zarówno taka treść opinii, jak i skłonność do nieadaptacyjnych ruminacji mogą mieć charakter dyspozycyjny i w sytuacji wydarzenia traumatycznego prowadzić do intruzji [30].

Obraz zależności, które uzyskano, badając związek strategii radzenia sobie ze stresem i PTSD, jest niezgodny z przewidywaniami. Jedyna oczekiwana współzmiennność, która została potwierdzona w badaniu, to pozytywny związek między PTSD a dysfunkcyjnym radzeniem sobie, szczególnie strategią zaprzeczania. Zaobserwowana zależność świadczy o tym, że osoby deklarujące większą częstotliwość stosowania strategii dysfunkcyjnych, manifestują wyższe natężenie PTSD, szczególnie w zakresie unikania. Odnotowane wybiórcze związki między strategiami radzenia sobie ze stresem a PTSD mogą wynikać z faktu, że przedmiotem pomiaru była ogólna dyspozycja do radzenia sobie ze stresem, a nie specyficzna, jaką jest radzenie sobie ze stresem występującym w konsekwencji urazu [13]. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że teoretyczny podział na dysfunkcyjne i funkcjonalne strategie radzenia sobie nie jest uzasadniony empirycznie, np. unikanie w pewnych sytuacjach może być dla jednostki strategią adaptacyjną. Jest zatem prawdopodobne, że charakter wydarzenia traumatycznego uruchamia odmienne, bardziej masywne i tym samym mniej wyrafinowane strategie radzenia sobie. Niewykluczone, że właśnie unikanie, które stanowi jeden z symptomów PTSD, jest taką formą radzenia sobie z konsekwencjami traumy, jaką mogą być nadmierne pobudzenie i intruzje, i przypomina strategię odcięcia czy ucieczki od treści poznawczych (myśli, wspomnień, wyobrażeń) oraz emocjonalnych (por. strategie poprzedzające regulację emocji) [33].

Ponadto w analizowanym przypadku badań u ratowników medycznych zasadne wydaje się rozpatrywanie wystąpienia zarówno traumy zastępczej (wtórnej) [10], jak i traumy złożonej [34]. Mianem wtórnego zespołu stresu pourazowego (*secondary traumatic stress disorder* – STSD), inaczej zmęczeniem współczuciem (*compassion fatigue*), określa się uczucia doznawane pod wpływem silnego stresu związanego z udzielaniem pomocy osobom po traumie [35]. Wtórny zespół stre-

su pourazowego dotyczy np. terapeutów, pracowników służb emergencyjnych, lekarzy, pielęgniarek czy bliskich ofiar, którzy nie są bezpośrednio narażeni na traumatyczne wydarzenie, ale doznają objawów PTSD podobnych do objawów zgłaszanych przez osoby poszkodowane. Taki stan rzeczy może pogłębiać także sytuacja niewystarczającego wsparcia społecznego, jakie otrzymują pracownicy służb ratowniczych [13]. Z badań przeprowadzonych w Kanadzie [36] wynika, że wielu ratowników medycznych nie zwierza się ze swoich przeżyć zawodowych najbliższemu – bardziej cenią sobie rozmowy z innymi członkami załóg ratunkowych, co niestety może zwrócić powodować obciążenie współpracowników. W polskich opracowaniach wskazuje się, że 88% badanych ratowników medycznych nigdy nie korzystało z pomocy psychologa [11]. Można zatem przypuszczać, że przedmiotem przeprowadzonego w tej grupie zawodowej badania było STSD, choć nie należy wykluczyć także PTSD.

Podobnie jest ze złożonym zespołem stresu pourazowego (*disorders of extreme stress not otherwise specified* – DESNOS lub *complex PTSD*) [33]. Jest to zespół objawów będących konsekwencją długotrwałej, powtarzającej się traumy. Został on wprowadzony do opisywania objawów występujących u osób maltretowanych, ale pewne jego elementy można również zaobserwować u ratowników medycznych. Stanowisko takie uzasadniają dane świadczące o wielokrotnej ekspozycji tej grupy zawodowej na wydarzenia traumatyczne – najstarsze dane wskazują, że 64% ratowników medycznych doświadczyło zdarzenia traumatycznego 2 razy i więcej [17]. Występowanie co najmniej kilku wydarzeń o tym charakterze raportowało 56% badanych [13], a 20% ratowników wspominało o wystąpieniu przynajmniej 2 traumatycznych wydarzeń w tygodniu poprzedzającym badanie [11].

Zaprezentowany model mediacyjny ujmuje zespół stresu pourazowego jako trójfazową, dynamiczną sekwencję [37]. Takie rozumienie jest uzasadnione, kiedy uznamy nadmierną pobudliwość, objawiającą się np. wzmożoną czujnością, drażliwością czy wybuchami gniewu, za rozhamowanie elementarnej mobilizacji fizjologicznej organizmu pod postacią nadwrażliwości neurologicznej.

Z kolei intruzje (np. uporczywe i natrętne wspomnienia zdarzenia obejmujące wyobrażenia, myśli i spostrzeżenie) czy ponowne przeżywanie (np. intensywny dystres psychologiczny skutek ekspozycji na coś, co wewnętrznie lub zewnętrznie symbolizuje lub przypomina pewien aspekt zdarzenia) należy wtedy pojmować jako odpowiedź bardziej zaawansowanych procesów emo-

cjonalno-poznawczego opracowania. Ich mediujący charakter w relacji między pobudzeniem a unikaniem wynika z faktu, że komponent fizjologiczny pod postacią nadmiernego pobudzenia zostaje przekształcony w stan umysłu. Następnie staje się elementem intrapsychicznych mechanizmów o charakterze emocjonalnym i poznawczym. Unikanie zaś, rozumiane powszechnie jako strategia regulacyjna, jest niejednorodne. Może bowiem obejmować unikanie o charakterze behawioralnym (zachowanie, unikanie miejsc i ludzi wywołujących wspomnienia związane z urazem), a także unikanie doświadczania (emocji – zawężone odczuwanie afektu i poznania, np. poczucie braku perspektyw) [38]. Z tego faktu prawdopodobnie wynika częściowa mediacja, gdyż w PTSD unikanie traktowane jest jako syndrom jednorodny. Ponieważ dotyczy ono wszelkich podejmowanych przez jednostkę aktywności mających na celu zmniejszenie cierpienia, może także obejmować objawy stresu pourazowego, np. intruzje czy ponowne przeżywanie. Zaobserwowana mediacja częściowa może być też dowodem na sugerowaną dynamikę PTSD. Intruzje, będące przejawem poznawczego opracowania traumy, najpierw skrajnie pobudzają emocjonalnie z racji intensywności i ekspansywności. Wraz z upływem czasu intruzje stają się przedmiotem unikania – przez to na unikanie nadmiernego wzbudzenia jednostce nie starcza już zasobów.

Zasadniczym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest zastosowanie narzędzi samoopisowych do pomiaru poszczególnych zmiennych. Wydaje się to szczególnie słabością w przypadku pomiaru zespołu stresu pourazowego. Badanie dokonane za pomocą *Zrewidowanej skali wpływu zdarzeń* należy traktować w kategoriach prognostycznych, a nie diagnostycznych. Narzędzie to dostarcza bowiem samooceny natężenia objawów stresu pourazowego, a dopiero zastosowanie pogłębionych metod klinicznych pozwala na obiektywną diagnozę PTSD. Z kolei do badania radzenia sobie ze stresem traumatycznym należałoby zastosować narzędzia mierzące strategie specyficzne dla stresu pourazowego (np. *acting-out* czy *odrętwienie*). Badania zostały zrealizowane na niezależnych, izolowanych grupach ratowników medycznych i stosowanie uzyskanych wyników do wyjaśnienia funkcjonowania pracowników innych służb ratowniczych byłoby nieuzasadnioną generalizacją. Natomiast wydaje się, że dalszym obszarem penetracji empirycznych mogłaby być analiza tych samych korelatów PTSD u pracowników wspomnianych służb (np. strażaków czy policjantów) [5] czy personelu medycznego (np. techników radiologów czy chirurgów onkologów) [11].

Uwzględniając wymienione grupy zawodowe, można poszerzyć analizy o słabo poznane konstrukty traumy złożonej czy wtórnej. Obiecującym dalszym kierunkiem badań wydaje się tworzenie bardziej skomplikowanych modeli PTSD uwzględniających kolejne zmienne, pośredniczące w zaobserwowanym modelu mediacyjnym.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że ratownicy medyczni w różny sposób radzą sobie ze swoimi doświadczeniami zawodowymi. Ci, którym brakuje osobistych zasobów, mogą być bardziej podatni na wystąpienie różnych postaci PTSD. Stąd konieczność szybkiego rozpoznawania takich osób i udzielania im profesjonalnej pomocy. Z zaobserwowanych zależności wydaje się wynikać, że skuteczna interwencja powinna dotyczyć zarówno sfery emocjonalnej, jak i poznawczej. Szczególnie przydatne mogłyby być techniki oferowane przez terapię poznawczo-behawioralną [38], takie jak praca na tzw. schematach emocjonalnych czy eksperymenty behawioralne dotyczące unikania afektu [39].

Z przeprowadzonych badań wynika, że praca w zawodzie ratownika medycznego jest podwójnie wyczerpująca. Po pierwsze, jak okazało się w jednym z przeprowadzonych przez autorów niniejszego artykułu badań, 37% ratowników zadeklarowało, że spędza w pracy 24 godz. bez przerwy, a ponad 28% pracuje jeszcze dłużej. W tym samym badaniu 60% uczestników stwierdziło, że pracuje 220–360 godz. w miesiącu [11]. Po drugie, poza trybem pracy, tę grupę zawodową obciąża i eksploatuje jej specyfika, co potwierdza zaobserwowane nasilenie objawów PTSD u 46% uczestników badania.

WNIOSKI

1. Prawie połowa badanych ratowników medycznych (48,9%) zgłasza objawy charakterystyczne dla PTSD.
2. U ratowników medycznych występuje dodatnia umiarkowana korelacja między aleksytymią a PTSD.
3. W badanej grupie zawodowej występują dodatnie umiarkowane korelacje między ruminacjami a PTSD, silniejsze w przypadku ruminacji o sobie.
4. U ratowników medycznych zaobserwowano wybiórcze słabe dodatnie korelacje między dysfunkcjonalnymi strategiami radzeniem sobie ze stresem a PTSD. Nie odnotowano współzmienności między strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na emocjach i strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na problemie a PTSD.
5. Model mediacyjny, w którym za zmienną niezależną przyjęto pobudzenie, za zmienną zależną – unika-

- nie, a za mediator – intruzje, trafnie ujmuje zespół stresu pourazowego jako trójfazową, dynamiczną sekwencję o tak zdefiniowanych elementach.
6. Dla dalszych badań nad PTSD istotne byłoby odróżnienie unikania emocjonalnego od unikania behawioralnego.
 7. Uzasadnione wydaje się rozpatrywanie funkcjonowania ratowników medycznych w odniesieniu do zjawisk wtórnej aleksytymii, wtórnej traumy oraz traumy złożonej, zjawisk marginalnie omawianych w literaturze przedmiotu w kontekście służb emergencyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Przewodnik po zawodach. Wyd. 2. Tom II [Internet]. Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003 [cytowany 31 grudnia 2017]. Adres: <http://psz.praca.gov.pl/-/180719-przewodnik-po-zawodach-wydanie-ii>
2. Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. *Hyg. Public Health* 2011;46: 455–461
3. Mitchell J.T., Bray G.P.: *Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York 1990
4. World Health Organization: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – dziesiąta rewizja. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków–Warszawa 2000
5. Ogińska-Bulik N.: Zasoby osobiste a negatywne i pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych u ratowników medycznych. *Med. Pr.* 2016;67(5):635–644, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00409>
6. Ogłodek E.: Nasilenie objawów stresu pourazowego u osób wykonujących zawód ratownika medycznego. *Med. Środ.* 2011;14(3):54–58
7. Papiernik B., Holajn P., Żak-Jasińska K., Basiński A.: Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych. *Anestezjol. Ratown.* 2012;6:339–342
8. Ploeg van der E., Kleber R.J.: Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occup. Environ. Med.* 2003;60(1):40–46
9. Clohessy S., Ehlers A.: PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br. J. Clin. Psychol.* 1999;38:251–265, <https://doi.org/10.1348/014466599162836>
10. Radko J.: Wtórny zespół stresu pourazowego w pracy strażaków i pracowników pogotowia ratunkowego – przegląd badań. *Opusc. Sociol.* 2013;3:73–82
11. Jasielska A., Ziarko, M.: Aleksytymia wtórna – mechanizm zaradczy czy deficyt? XXXVI Kongres PTP „Psychologia dla zdrowia osoby i społeczeństwa”, Gdańsk 2017. Praca niepublikowana
12. Ogińska-Bulik N.: Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju potraumatycznym ratowników medycznych. *Med. Pr.* 2014;65(2):209–217, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2014.024>
13. Ogińska-Bulik N.: *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Difin, Warszawa 2015
14. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Ruminacje jako wyznaczniki negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych u ratowników medycznych. *Med. Pr.* 2016;67(2):201–211, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00321>
15. Główny Urząd Statystyczny: Notatka informacyjna „Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2017 r.” [Internet]. Urząd, Warszawa 2017 [cytowany 2 stycznia 2019]. Adres: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/2/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2017_r.pdf
16. Zdankiewicz-Ścigała E.: *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2017
17. Piotrowski K.T., Wierzchoń M.: Wpływ emocji na funkcjonowanie pamięci roboczej. W: Orzechowski J., Piotrowski K.T., Balas R., Stettner Z. [red.]. *Pamięć robocza*. Wydawnictwo Academica, Warszawa 2009, ss. 133–148
18. Dudek B.: *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003
19. Staniaszek K.: *Dezadaptacyjne schematy i cechy temperamentu a struktura objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) [praca doktorska]*. Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2018
20. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria* 2009;6(1):15–25
21. Kokoszka A, Zdankiewicz-Ścigała E., Borowska A.: Polska adaptacja Toronto Alexithymia Scale-20. Wersja niepublikowana
22. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J.: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.* 1994;38(1):23–32, [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
23. Baryła W., Wojciszke B.: Kwestionariusz Ruminacji. *Stud. Psychol.* 2005;43(4):5–22

24. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009
25. Coolidge F.L., Segal D.L., Hook J.N., Stewart S.: Personality disorders and coping among anxious older adults. *J. Anxiety Disord.* 2000;14(2):157–172, [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00046-8)
26. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa [Internet]. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa [cytowany 2 stycznia 2019]. Adres: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>
27. Hyer L., Woods M.G., Summers M.N., Boudewyns P., Harrison W.R.: Alexithymia among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatr.* 1990;51(6): 243–247
28. Dąbkowska M.: Aleksytymia jako czynnik ryzyka czy skutek PTSD u kobiet – ofiar przemocy domowej. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2007;16(3):221–227
29. Tomalski R.: Aleksytymia i dysocjacja. *Psychoterapia* 2008; 2:35–43
30. Turliuc M.N., Măirean C., Turliuc M.D.: Rumination and suppression as mediators of the relationship between dysfunctional beliefs and traumatic stress. *Int. J. Stress Manag.* 2015;22(3): 306–322, <https://doi.org/10.1037/a0039272>
31. Marszał-Wiśniewska M., Fajkowska M.: Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ) – wyniki badań na polskiej próbie. *Stud. Psychol.* 2010; 49:19–39
32. Foa E.B., Rothbaum B.A.: Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD. Guilford Press, New York 1998
33. Gross J.J., Thompson R.A.: Emotion regulation: Conceptual foundations. W: Goss J.J. [red.]. *Handbook of emotion regulation.* The Guilford Press, New York 2007, ss. 3–24
34. Błaż-Kapusta B.: Złożony Zespół Stresu Pourazowego (DENSOS) – studium przypadku. *Psychoterapia* 2007;3 (142):43–51
35. Figley C.R. [red.]: Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel, New York 1995
36. Regehr C.: Bringing the trauma home: spouses of paramedics. *J. Loss. Trauma* 2005;10:97–114, <https://doi.org/10.1080/15325020590908812>
37. Palmer B., Gignac G., Bates T., Stough C.: Examining the structure of the Trait Meta-Mood Scale. *Aust. J. Psychol.* 2003;55(3):154–158
38. Górska D., Jasielska A.: Kierunki behawioralne i podejście poznawcze w psychologii klinicznej. W: Cierpiałkowska L., Sęk H. [red.]. *Psychologia kliniczna.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, ss. 145–148
39. Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano L.A.: Regulacja emocji w psychoterapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014