

PRACE REDAKCYJNE

Ludwika Sadowska

Sytuacje trudne i zagrożenia w życiu współczesnego człowieka

Z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego,
Instytut Fizjoterapii

W pracy przedstawiono aktualne wiadomości na temat przyczyn i rodzaju, kryzysu psychologicznego, wypalenia zawodowego oraz mobbingu w miejscu zatrudnienia. Omówiono możliwości profilaktyki i terapii w przedstawionych sytuacjach kryzysowych.

Słowa kluczowe: kryzys psychologiczny, wypalenie zawodowe, mobbing

Difficult situations and threats in the life of a contemporary human being

In the study actual information concerning causes and kinds of psychological crisis, professional burn-out and mobbing in the work place were presented. Possibilities of prophylaxis and therapy in the presented critical situations were discussed.

Key words: psychological crisis, professional burn-out

WSTĘP

Naturalnym pragnieniem każdego człowieka jest życie w dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Tymczasem często jesteśmy poddawani różnego rodzaju stresom. Stresujemy się prawie wszystkim: wydarzeniami na świecie, kłopotami życia codziennego, trudnościami w pracy etc. Całemu naszemu życiu towarzyszą kryzysy i stres, które mogą w dłuższej perspektywie doprowadzić do poważnych dolegliwości zdrowotnych. W niniejszej pracy przedstawiono współczesne poglądy na temat najczęstszych obecnie: kryzysu emocjonalnego, zespołu wypalenia zawodowego i lobbingu.

I. KRYZYS EMOCJONALNY A STRES ORGANIZACYJNY

Kryzysy psychologiczne, inaczej emocjonalne, stanowią naturalną składową ludzkiego losu. Według Z. Płużek [1] termin „kryzys” oznacza w życiu potocznym niebezpiecznie rozwijającą się sytuację, prowadzącą np. w ujęciu medycznym do przesilenia choroby w kierunku pogorszenia i śmierci albo w kierunku wyzdrowienia.

Kryzys bywa niekiedy zamiennie używany z takimi terminami jak stres, konflikt, sytuacja trudna, nienormalna reakcja na utratę kogoś bliskiego (żałoba) albo ogólnie mówiąc sytuacja, która wymaga natychmiastowej pomocy otoczenia i interwencji w środowisku.

Jako źródło kryzysów wskazuje się w psychologii klinicznej np.:

1. trudności pożycia w rodzinie i w małżeństwie
2. napięcia polityczne
3. wojny, rewolucje
4. głód, bezrobocie, inflacja, katastrofy żywiołowe
5. terroryzm, problemy egzystencjalne
6. utrata systemu wartości i sensu życia

Czym właściwie jest kryzys?

Jest to reakcja człowieka zdrowego lub grupy ludzi w sytuacji emocjonalnego i umysłowego stresu wymagająca zmian perspektyw (często zmian struktury osobowości) w krótkim czasie, ze względu na stawiane wymagania, którym sprostać nie potrafi albo jest na granicy swoich możliwości radzenia sobie w sytuacji trudnej.

Kryzys może być rozumiany jako stan psychologiczny o przebiegu chronicznym, albo może posiadać tylko fazę ostrą, trwającą do 6 tygodni, czasem powtarzającą się wielokrotnie u tej samej osoby, która wymaga pomocy w swej bezradności (psychologa, psychiatry, duszpasterza), często walczącej z chęcią rozwiązania swego problemu przez samobójstwo. Wczesna interwencja może zapobiec ujemnym skutkom.

Kryzys może być wywołany sytuacją trudną, ale może być także wywołany radosnymi przeżyciami, które wymagają wielu zmian w codziennym życiu i w strukturze osobowości (np. wyjście za mąż, urodzenie długo oczekiwanego dziecka, awans zawodowy, zmiana miejsca pracy, zamieszkania itp.).

Kryzys występuje, gdy sytuacja trudna wywołuje:

1. silne napięcie nerwowe
2. problem subiektywnie jest bardzo ważny
3. wywołuje bezradność u człowieka wobec problemu
4. dyskomfort psychiczny trwa dłużej niż zwykle w podobnej sytuacji
5. gdy nie znajduje się pomocy ani oparcia w otoczeniu najbliższych osób.

Rodzaje kryzysów osobowościowych wg

D. Kubackiej-Jasieckiej (2):

1. Kryzysy organizmiczne (działanie stresu zewnątrzpochodne) prowadzą do dolegliwości i chorób psychosomatycznych (choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, zawał, nadciśnienie tętnicze i inne). W tym kryzysie widać związek pomiędzy funkcjonowaniem człowieka na poziomie psychiki, emocji i ducha a jego fizjologią. Zwycięstwo daje radość, ale także wielkie wyczerpanie i psychiczne i somatyczne.
2. Kryzysy jako zagrożenia wewnętrznej integracji wg Caplana przebiega w 4 fazach:
I faza: wstępna; występuje dezorientacja, duże napięcie, zagubienie
II faza: napięcie narasta; brak perspektyw dobrego rozwiązania, poczucie daremności
III faza: punkt kulminacyjny; następuje maksymalna mobilizacja energii, ale własne cele ocenia człowiek jako nieosiągalne, obniżenie napięcia ze względu na rozwiązanie problemu lub rezygnacja
IV faza: wyczerpanie psychiczne i fizyczne; jeżeli człowiek nie potrafi z czegoś zrezygnować, następuje emocjonalne załamanie się i zmniejszenie wewnętrznej integracji.

Jeżeli kryzys nie zostanie pozytywnie rozwiązany, ma tendencję do nawrotów, oraz nakładania się innych sytuacji trudnych.

3. Kryzysy powodujące duże zmiany w przestrzeni życiowej (zmiana stanu zdrowia, światopoglądu, kalectwo itp.).
4. Kryzysy interpersonalne i socjokulturowe (kryzys matki lub ojca jest kryzysem całej rodziny). Erikson [3] wyróżnia w rodzinie jako powody kryzysów: śmierć lub utrata lub przybycie jednej osoby (dziecko, chory, krewny, alkoholik lub przestępca, samobójca w rodzinie i poczucie winy za śmierć).
5. Kryzysy wynikające z braków dostatecznej informacji np. podczas kataklizmów – trzęsienia ziemi, powodzi, huraganu – dotyczą dużych grup ludzkich – kryzysy kolektywne wg Lindemanna.
6. Kryzysy rozwojowe, związane z naturalnym procesem przemian w ciągu życia od niemowlęstwa aż po wiek starczy. Erikson [3] wyróżnia 2 kategorie kryzysów rozwojowych związanych z osiąganiem wyższego poziomu dojrzałości człowieka:
 - dotyczące okresu podstawowego rozwoju osobowości w wieku dziecięcym i młodzieńczym, w którym dochodzi do radykalnej zmiany tożsamości od dziecięcej do dorosłej i dojrzałej;
 - kryzysy dojrzałej osobowości związane z osiąganiem wyższego poziomu dojrzałości występujące w różnym wieku u ludzi dorosłych poszukujących swoich dróg do samookreślenia się, wiążą się ze świadomym podejmowaniem wysiłku własnego, dążeniem do samourzeczywistnienia się. Źródłem kryzysów jest tu lęk przed zmianą, trud podejmowania decyzji i wyboru wartości, walka o ich realizację i stałe umacnianie.

Dziecko jest wychowywane, a człowiek dorosły wychowuje się sam, samodzielnie i odpowiedzialnie. Oczywiście w obu procesach rozwój dokonuje się w społeczności, ale niezależnie od niej. Niemniej proces przemian rozwojowych jest procesem bardzo indywidualnym i bardzo osobistym. W określonych fazach rozwoju występuje jeden główny konflikt odpowiedzialny za kryzys tej fazy, a osiągnięcie jest rezultatem przejścia danej fazy.

W wieku dojrzałym następuje przekształcenie młodzieńczej osobowości w dojrzałą w pełni ukształtowaną. „Stawanie się osobowością (...) jest najważniejszym zadaniem, jakiego człowiek na tej

Stadium rozwoju	Kryzys rozwojowy (konflikt)	Określona wartość, jako znak osiągnięcia danego stadium rozwojowego
niemowlęcy	zdobywanie zaufania – brak zaufania	NADZIEJA
wczesne dzieciństwo	poczucie autonomii – wstyd, niepewność	SIŁA WOLI
okres zabaw	rozwijanie inicjatywy – poczucie winy	OSIĄGANIE WARTOŚCIOWYCH CELÓW
okres szkolny	pracowitość – poczucie niższości	WSPÓŁZAWODNICTWO
dorastanie	poczucie tożsamości – zagubienie roli	ZDOLNOŚĆ PODEJMOWANIA ZADAŃ
wczesno-dorosły	bliskie kontakty – izolacja	MIŁOŚĆ
dorosły	tworzenie czegoś – stagnacja	TROSKA O INNYCH
dojrzałość	integralność ego – rozpacz	MĄDROŚĆ

ziemi podjąć się może” mówi C.G. Jung [4]. Według niego kryzysy są punktami kulminacyjnymi przemian i są związane bezpośrednio z walką o własną tożsamość i autentyczność, własną drogę życia. Kryzysy wynikają przede wszystkim z ogromnego bogactwa osobowości i ludzkiego wnętrza.

7. Kryzysy wieku średniego, „połowy życia” albo przełomu życia dotyczą ludzi inteligentnych i dojrzałych, a od stanów nerwicy różnią się tym, że dotyczą obecnej sytuacji, a nie sięgają w przeszłość.

- Jednym z rodzajów kryzysu wieku średniego jest tzw. zespół wypalenia, częściej występujący u mężczyzn niż kobiet, u osób silnych i ambitnych, kierujących się w życiu potrzebą osiągnięć, pracujących z dużym nakładem wysiłku, z objawami „uzależnienia od pracy” z coraz większą odpowiedzialnością. Czasem łączy się to z nałogami alkoholizmu, niktynizmu. Po czasie brakuje sił psychicznych i fizycznych wobec refleksji o bezcelowości i bezsensowności wysiłku.
- Kryzys „przełomu życia” uruchomiony przez konieczność zmiany stylu życia wobec bilansu swego życia dokonanego przez człowieka. Zaczyna się zwykle od konfliktu pomiędzy obniżeniem biologicznym sprawności a silnym wzrostem życia psychicznego i duchowego.

Transformacja osobowości w kryzysie „zenitu życia” pogłębia refleksję nad sobą samym, pogłębia introwersję, staje się mniej egocentrycznym, a bardziej ujawnia się ekspresja emocjonalna i więcej pojawia się transcendencji. Człowiek nabiera dystansu do wielu spraw, odkrywa w sobie aktu-

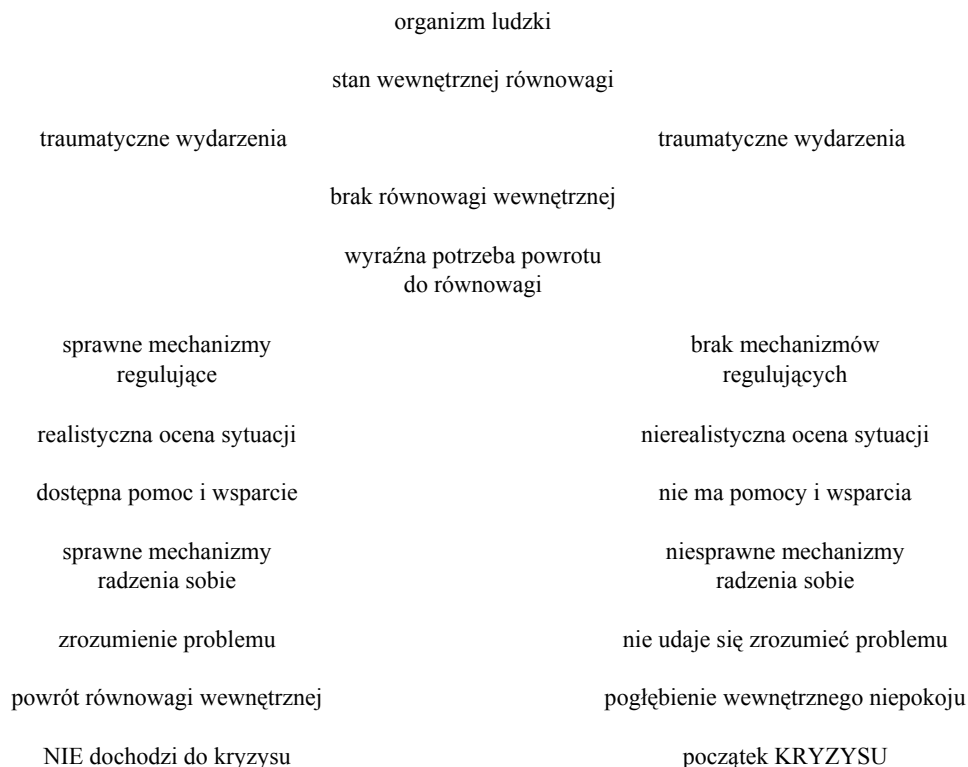
alnie przeżywane problemy religijne albo gdzieś zagubione, utracone i zapomniane w ciągu życia. Kryzys połowy życia bardzo często staje się kryzysem religijnym, z objawami cierpienia somatycznego i psychicznego, spowolnieniem w pracy i zatrzymaniem się w pogoni za uciekającym czasem i pracą.

8. Kryzysy samobójcze.

Każdy kryzys, niezależnie od rodzaju i przyczyn jego wywołania, może w fazie destabilizacji, wtedy gdy narasta poczucie beznadziejności i bezradności, stanowić zagrożenie życia. Próby samobójcze dokonują się w czasie ostrej fazy kryzysu. W praktyce Achte – suicydolog dzieli kryzysy ze względu na dominujące zespoły cech objawów na: społeczne, somatyczne i psychosomatyczne. Często komponenty te są połączone, choć zaczynają się od dolegliwości somatycznych – męczliwość, bóle serca, żołądka, głowy, bezsenność, utrata łaknienia, osłabienie.

Kryzysy spowodowane osłabieniem mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych ilustruje schemat opracowany przez Aquilera i Messicka [6]. W komentarzu do tego schematu można podkreślić, że dla zaistnienia kryzysu psychologicznego nie wystarcza tylko zaistnienie jakiejś sytuacji traumatycznej, lecz istotne staje się to, czy człowiek posiada silne mechanizmy obronne i umiejętność radzenia sobie w sytuacji trudnej. Drugim czynnikiem broniącym przed kryzysem jest znalezienie kogoś bliskiego, kto udzieli wsparcia, pomocy, kto potrafi zrozumieć i dopiero w dialogu z tym człowiekiem można zrozumieć swój problem i zaakceptować trudność.

Schemat kryzysu proponowany przez Aquilera i Messicka wskazuje również na podkreślaną zawsze rolę pomocnej dłoni drugiego człowieka.



RYS. 1 Model kryzysu wg Aquilera, Messicka [6]

9. Kryzysy spowodowane osłabieniem mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Interpretując model należy zwrócić uwagę, że dla zaistnienia kryzysu psychologicznego nie wystarcza zaistnienie sytuacji traumatycznej, lecz istotne staje się to, czy człowiek posiada silne mechanizmy obronne i umiejętność radzenia sobie w sytuacji trudnej oraz czy istnieje możliwość znalezienia kogoś bliskiego, kto udzieli wsparcia, pomocy, a w dialogu pomoże zrozumieć swój problem i zaakceptować trudności. D. Kubacka-Jasiecka [2] rozważa odniesienie zjawiska kryzysu do szerszej kategorii stresu psychologicznego, jako pojęcia nadrzędnego, ale szczególnego rodzaju o określonych cechach. Do rozwoju kryzysu dochodzi, gdy stres posiada następujący charakter:

- złożony (zagrożenie ma charakter całościowy i uogólniony, dotyczy całego życia i funkcjonowania, stwarza zagrożenie dla podstaw egzystencji człowieka;
- całościowy, „zgeneralizowany” – rozgrywa się na wszystkich płaszczyznach biofizjologicznej, psychicznej i behawioralnej;
- powiązany z podstawowymi wartościami jednostki (nagła utrata osoby lub czegoś, co jest ważne dla jej egzystencji);

- stres całkowicie zawładnie osobą tak, że nie można znaleźć drogi wyjścia ani rozwiązania;
- kryzys pojawia się, gdy interpretacja wypadków krytycznych ogranicza zdolność do radzenia sobie i korzystanie z zasobów społecznych oraz znalezienie ulgi i odprężenia staje się niemożliwe;
- reakcja na stres wyzwala indywidualne parametry odporności w zależności od stopnia doświadczanego stresu, szczególnego ryzyka „wystawienia” na tego typu stres, osobowej podatności i zdolności adaptacji do stresu.

Negatywne, niekonstruktywne wyjścia z kryzysu w postaci wystąpienia zaburzeń psychicznych, przemocy wobec innych, samobójstwa, uzależnienia zwiększają podatność na kolejne stresowe wydarzenia życiowe, tworząc cykl zależności zwrotnych pomiędzy stresem, kryzysem a destrukcyjnym wyjściem z kryzysu [7].

Objawy i rozpoznanie kryzysu należy rozpatrywać na następujących 4 płaszczyznach:

- a) emocjonalnej – przez przeżywanie nasilonego lęku, wstrząsu emocjonalnego (uczucie przerażenia, utrata kontroli, niezdolność do skupienia się na jednej sprawie, poczucie bezradności i beznadziejności;

- b) biofizjologicznej – rozstrojenie i dezintegracja procesów fizjologicznych (pocenie się, biegunki, nudności, wymioty, częstomocz, nieregularne miesiączkowanie, brak zainteresowania seksem);
- c) poznawczej – upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, zniekształcenie percepcji, poczucie zamknięcia umysłowego, nie wie kim jest i co potrafi robić;
- d) zmiany zachowania są efektem przeżywanego lęku, niepokoju oraz złości i gniewu, a także niezdolności do dalszego działania i wszelkiej aktywności
 - niezdolność do normalnego życia
 - trudności w opanowaniu emocji
 - działania impulsywne, nieprzemyślane, destruktywne, przestępcze
 - zachowanie niespójne emocjonalnie (np. śmiech w sytuacji napięcia)
 - zachowanie nietypowe (alkohol, narkotyki, sekty przestępcze)
 - niezdolność do wykorzystania dostępnej pomocy.

Ludzie w kryzysie są osobami normalnymi, nawet jeśli są w stanie lęku i napięcia (nie ma tu

niewydolności umysłowej), chociaż ekstremalny lęk i stres mogą zaburzać funkcje poznawcze takie jak pamięć, zdolność podejmowania decyzji, nie oznacza to jednak, że kryzys można sprowadzić do zaburzeń psychicznych czy emocjonalnych. Osoby dotknięte kryzysem chcą i są zdolne pomóc sobie. Ludzie są społeczni z natury, żyją w warunkach kulturowych społeczności, co nie zawsze jest wynikiem wyboru.

Kryzysy mają swój początek w wydarzeniach biegu życia i można wyróżnić:

- uniwersalne – od których nie można uciec, bo wynikają z rozwojowego charakteru życia (od zapłodnienia do śmierci) i są udziałem wszystkich ludzi;
- osobiste – indywidualne, które wiążą się ze stanami przejściowymi sygnalizującymi zmiany statusu społecznego, np. przejście na emeryturę, podjęcie pracy, ukończenie szkoły. Kryzysy te są zazwyczaj antycypowane i na ogół ludzie prędzej czy później przystosowują się do nich, stosunkowo łatwo poddają się interwencji, zwłaszcza te niepowikłane czynnikami kulturowo-ekonomicznymi.

TABELA 1. Kryzys - szansa na rozwój czy ryzyko zaburzeń

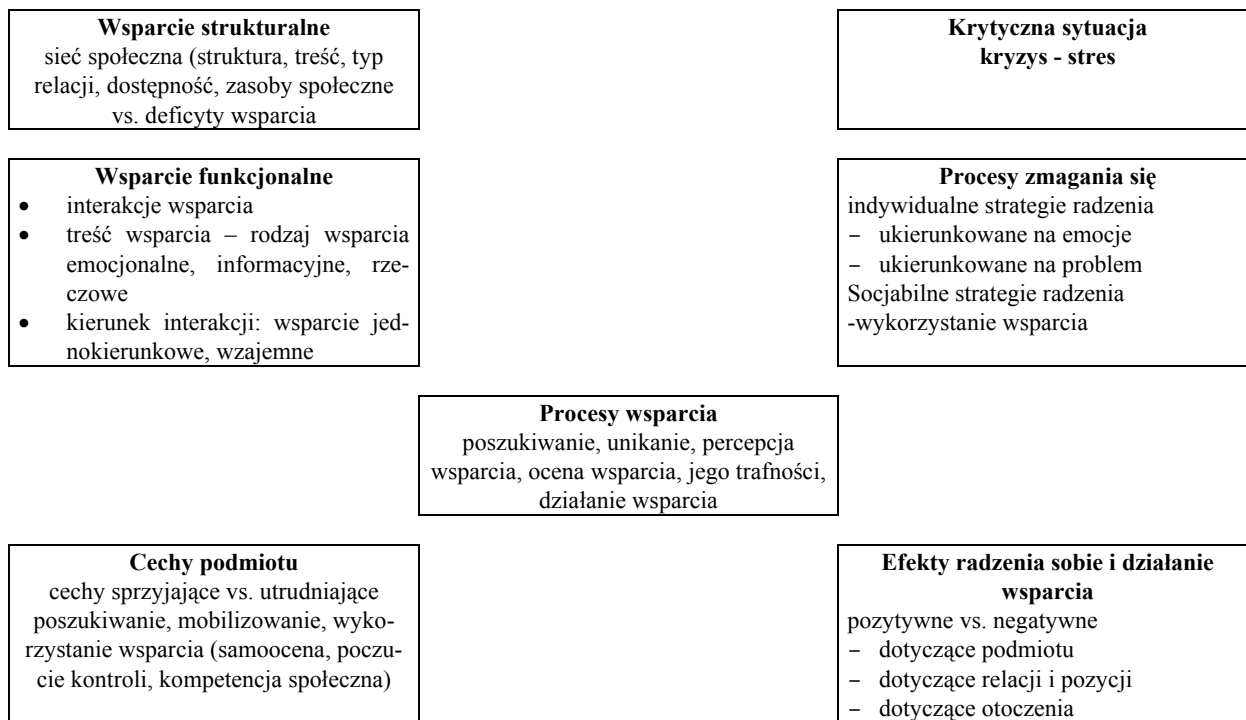
Zestawienie chronicznych problemów kryzysu oraz strategii interwencji	
Chroniczne problemy	Kryzysy
1. Niezgoda w małżeństwie	1. Próba samobójcza nastolatka
2. Nieskuteczność w pełnieniu roli rodzicielskiej	2. Ucieczka nastolatka
3. Wagary i niepowodzenia w szkole narkotyków	3. Aresztowanie nastolatka za posiadanie lub akt przemocy
4. Alkoholizm lub chroniczna choroba umysłowa	4. Eksmisja z mieszkania lub niepłacenie czynszu
5. Brak stałej pracy	5. Bicie i/lub bezdomność
6. Ubóstwo	
7. Depresja	
Dostępne strategie interwencji	
1. Terapia małżeńska lub rodzinna	1. Nagła opieka medyczna, interwencja kryzysowa
2,3 Trening skuteczności rodzicielskiej	2,3 Ucieczka, schronienie w azylu, konsultacje z siecią społeczną (szkoła, rodzice, wymiar sprawiedliwości, nastolatek)
4. Anonimowi Alkoholicy, partnerskie grupy wsparcia dla pacjentów psychiatrycznych	4. Obrona domu, ucieczka fizyczna
5,6 Rehabilitacja zawodowa, pomoc finansowa	5. Ucieczka, kryzysowa grupa wsparcia, gorąca linia, „Anonimowi Rodzice” dla rodziców dzieci zagrożonych uzależnieniami
7. Psychoterapia indywidualna	

Wg Hoff [6] pozytywne wyjście z kryzysu może uczynić człowieka silniejszym i bogatszym, z poszerzeniem świadomości i zdolności radzenia sobie z trudami życia przy wsparciu społecznym, zaś negatywne rozwiązanie można traktować jako efekt braku wysiłków opanowania i kontrolowania przebiegu kryzysu. W tabeli przedstawiono sku-

teczne i nieskuteczne radzenie sobie z kryzysem w odniesieniu do epizodów kryzysu utraty dziecka czy znęcania się partnera. Radzenie skuteczne wiąże się z pełnym przeżyciem emocji doświadczanej, w tym wypadku cierpienia, akceptacją negatywnych wydarzeń, nastawieniem na niezależność i zmianą życia, sprzeciwem wobec prze-

mocy, poszukiwaniem pomocy u innych – partnerskiej grupy wsparcia, w schronisku, aktywnej pracy na rzecz zmian społecznych. Według Sękowej [7] niektórym osobom latami nie udaje się przezwyciężyć kryzysu, a czasem nigdy, gdyż

tracą satysfakcję życiową, bowiem istotną rolę w pozytywnym rozwiązaniu kryzysu odgrywa system wsparcia społecznego – oparcie w osobach bliskich – krewnych i przyjaciółach, ułatwia zmaganie się z ciężarem kryzysu.



RYS. 2. Model funkcjonowania wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej wg H. Sękowej [7]

Hipotezy wyjaśniające działanie wsparcia społecznego

Działanie wsparcia społecznego wyjaśniano między innymi tzw. efektem głównym lub bezpośrednim. W tym podejściu twierdzi się, że wsparcie pełni ogólnie rolę korzystną dla zdrowia i dobrostanu, gdyż niezależnie od stresu daje człowiekowi poczucie przynależności, które działa ogólnie wzmacniająco. Wsparcie ma więc zawsze pozytywne znaczenie dla człowieka, może samo przez się zapobiec pojawieniu się silnego stresu.

Bardzo szybko tę globalną tezę sfalsyfikowano w badaniach empirycznych. Stwierdzono bowiem, że korzystne działanie wsparcia stwierdza się dopiero w sytuacji podwyższonego stresu.

II. ZESPÓŁ WYPALANIA ZAWODOWEGO

Coraz częściej omawia się problemy ludzi znajdujących się w sytuacji kryzysowej, znacznie rzadziej pisze się o tych, którzy pomagają cierpiącym, o osobach wspierających. Wiadomo, że osoby wspierające mogą być zarówno profesjonalistami (psychologowie, lekarze, pedagodzy, nauczyciele), którzy wybierając zawód „pomagacza”

wspierają innych ludzi niejako z wyboru, jak i nieprofesjonalistami (liderzy grup samopomocy, wolontariusze w hospicjach itp.), będąc przygotowani emocjonalnie do stojących przed nimi zadań. Wiadomo, że osoby wspierające, niosące na swoich barkach, obok własnych problemów, troski i cierpienie innych ludzi, są szczególnie narażone na ubytek posiadanych zasobów empatii sił i energii, których zarówno utrata jak i pozyskanie może prowadzić do stresu i eustresu. Wspieranie wchodzi w zakres działań noszących miano pomocy psychologicznej definiowanej jako „zachowanie społeczne, w którym wykorzystuje się wiedzę psychologiczną, aby w interakcji z człowiekiem potrzebującym zmierzać do rozwiązania problemów życiowych osoby wspomaganej do przezwyciężenia jej trudności, do zapobiegania zaburzeniom i usuwaniu ich” [7].

Wspieranie ludzi, np. przeżywających śmierć, wymaga od pomagającego „oswojenia się” z ideą śmierci człowieka. W sytuacji straty ogromne znaczenie ma towarzyszenie osobie wspieranej i akceptowanie formy przejawianej przez nią reakcji żałoby, okazując gotowość do wysłuchania

skarg, empatię, zrozumienie, szacunek wobec bólu i rozpaczy, a także doraźną pomoc w rozwiązywaniu codziennych kłopotów. Ludzie wspierający z wyboru, podobnie jak wspierający z konieczności, borykają się z obciążeniem emocjonalnym, dlatego potrzebują możliwości uzupełniania zasobów, aby nie doprowadzić do **zespołu wypalenia się sił (burn-out syndrom)** lub **zespołu zmęczenia współczuciem (compassion fatigue)** [8–11].

Zwrócono uwagę, że stres i wypalenie zawodowe są zjawiskami pokrewnymi. Uzasadnia się to stwierdzenie istnieniem podobnych przyczyn ich powstawania. Jako przyczyny wymienia się: zbyt duży czas pracy, brak rozwoju zawodowego; izolację kolegów, zaburzenie lub zanik kontaktów w życiu prywatnym, nierealistyczne oczekiwania zawodowe.

Czasami zespół wypalenia nazywa się stresem zawodowym, spowodowanym przez: wieloznaczność roli, konflikt ról, nałożenie zbyt wielu obowiązków na jedną rolę, ingerencje we własne działanie przekraczające granice organizacyjne, zbyt duże oczekiwania osobiste, odpowiedzialność za dobre samopoczucie innych, brak możliwości podejmowania decyzji.

Zespół wypalenia pozostaje w istotnym związku z zaangażowaniem zawodowym, które z kolei zależy od satysfakcji z pełnionej roli, skuteczności realizacji ważnych zadań, odczuwanej lojalności współpracowników, uzyskania aprobaty i pomocy w razie trudności.

Niekorzystne warunki pracy mogą w znacznym stopniu wzmacniać zagrożenie zespołem wypalenia. Do nich należą między innymi: podawanie niedokładnych informacji początkującemu pracownikowi o jego zadaniach, obciążanie zbyt wieloma obowiązkami i dawanie zbyt małej ilości czasu na ich wykonanie, złe stosunki z kolegami i przełożonymi, brak wsparcia, brak okazji do otwartego wypowiedzania się.

Koncepcja zespołu wypalenia się sił rozumianego jako doświadczanie fizycznego i emocjonalnego wyczerpania [12] pojawiła się w odniesieniu do osób narażonych na nadmierne obciążenie przeżywaniem ich problemów [13]. Badania empiryczne dowiodły, że na tzw. zespół wypalenia najbardziej narażeni są nauczyciele, urzędnicy oraz profesjonalni „pomagacze” – tj. pracownicy socjalni, pielęgniarzy, bowiem praca w tych zawodach wymaga dużego poświęcenia i zaangażowania nierekompensowanego pozycją społeczno-ekonomiczną. Zespół wypalenia towarzyszy rodzicom opiekującym się niepełnosprawnym dzieckiem, np. autystycznym, w poczuciu braku

pomocy i osamotnienia, w efekcie pojawia się spadek energii i motywacji do opieki, a w wypadkach skrajnych zupełne wyczerpanie uniemożliwiające wychowanie dziecka.

Poczucie niemożności dokonania istotnych zmian w życiu, beznadziejności podejmowanych wysiłków, poczucie braku wiedzy i umiejętności, zła atmosfera w domu, poczucie winy, poczucie rezygnacji, zmęczenie fizyczne, stan trwałego napięcia, który może doprowadzić do rozwoju zespołu wypalenia się sił.

Wyróżnia się najczęściej w początkowym okresie – **fazę wyczerpania** często z chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością. Druga faza nosi nazwę **depersonalizacji** – kiedy wspierający traci podmiotowy stosunek do osoby wspieranej (szuka kontaktu psychicznego, okazuje brak współczucia, ma pretensje, że musi nią się zajmować). Jest to próba psychicznego wyizolowania się od źródła stresu, dająca czasem złudzenie rozwiązania problemu, rezygnuje z walki o życie. Trzecia faza – **zaburzeń przystosowania** może ujawnić się w formie agresywnej lub ucieczkowej, narasta konfliktowość, bezsilność i bezradność. Pojawia się niechęć, zazdrość, poczucie winy, krzywdy i silny lęk. W efekcie spada odporność organizmu, nasilają się objawy somatyczne.

Wśród czynników wzmagających podatność na wypalenie się sił, związanych bezpośrednio z osobą wspierającą, są m. in.:

1. niska samoocena
2. brak wsparcia
3. trudności w opanowaniu emocji
4. nierealistyczna ocena możliwości
5. trudności zaakceptowania cech osoby wspieranej (agresywność, egocentryzm)
6. niechęć do pozostawania w sytuacji obciążającej
7. brak konstruktywnych sposobów radzenia sobie i umiejętności regenerowania sił

Oprócz zespołu wypalenia się sił Fengler [14] opisuje **zespół zmęczenia współczuciem** jako „stan napięcia i koncentracji na pacjencie i jego urazie”, ujawniający się w formie ponownego doświadczenia urazowego zdarzenia (tzw. flashback), któremu towarzyszy uczucie sparaliżowania i koszmarne sny lub unikanie przypominania sobie tego zdarzenia. Mogą też wystąpić objawy stałego pobudzenia, poczucie wyobcowania, wybuchu gniewu, łatwość ulegania panice. Spotykane się ciągle z okrucieństwem i przemocą może doprowadzić u wspierającego do wystąpienia objawów dekompensacji i tzw. zastępczej traumy spowodowanej zachwianiem posiadanego systemu

wartości i przekonań. Poglądy stają się coraz bardziej cyniczne, rośnie pesymizm, zgorzknienie, pojawia się złość na ludzi i cały świat, a nawet natrętne myśli i sny, którym towarzyszą silne emocje i leki.

1.1 Zespół wypalenia i/lub zmęczenia współczuciem u pracowników służby zdrowia

Stres związany z przeciążeniem pracą dotyczyć może zarówno pacjenta, jak i lekarza. „Wypalenie się” może być rozumiane jako utajona, wewnętrzna ucieczka psychiczna przed pracą, nieprzywiązywanie do niej żadnej wagi i utrata zainteresowania wynikającymi z niej obowiązkami. Przewlekające się przeciążenie pracą prowadzić może do wyczerpania się, czyli „wypalenia się” (burnt out), czego przejawem jest utrata zainteresowań i uczuć w stosunku do pacjentów, odporność na ich przeżycia, nawet niezwykle bolesne oraz – przerażające zobojętnienie. Wielu autorów podkreśla, że zespół „wypalenia” jest wynikiem zużycia się jakiś zasobów energetycznych człowieka. Często zespół przeciążenia pracą (wypalenia się) można traktować jako odmianę depresji. Występuje zarówno u lekarzy, jak i pacjentów oraz u opiekujących się niepełnosprawnymi [10, 11, 15, 16].

Dostrzegalne przejawy „zespołu wypalenia się”, to:

- narastająca absencja w pracy,
- spędzanie większej ilości czasu ze sobą niż z pacjentami,
- zaniechania w dokumentacji dotyczącej pacjentów, w śledzeniu piśmiennictwa, w obecności na zebraniach i konferencjach naukowych,
- trudność wypowiadania się w dyskusji i na piśmie,
- wygórowane, „histeryczne” reakcje na słabe bodźce,
- odsuwanie się od pacjentów ku pracy administracyjnej,
- narastająca drażliwość (często agresja) wobec personelu i pacjentów,
- utrata zainteresowania pacjentem,
- cynizm i ośmieszanie chorych i współpracowników,
- utrata innowacyjności,
- zaniechanie w wyglądzie,
- apatia, przygnębienie i niezadowolenie z siebie,
- poczucie rozczarowania, pustki,
- przesadna ocena trudności, lęk i przerażenie w chwili udawania się do pracy,

- gniew, nieufność i doszukiwanie się złych cech u innych.

Przepracowanie, ale także brak pracy, czyli bezrobocie, nieuchronnie związane z gospodarką rynkową są groźną patologią społeczną, stwarzającą określone zagrożenia dla zdrowia i kondycji rodzinnej indywidualnego człowieka i całego społeczeństwa [17]. Sytuacja jest tym groźniejsza, iż w obecnej rzeczywistości w środkach masowego przekazu podważa się etyczne wartości chrześcijańskie związane z cywilizacją łacińską w Europie, a szczególnie w Polsce.

Polski lekarz narażony jest na wyczerpywanie się energii i zmęczenie z powodu podejmowania dodatkowych prac, obciążenia różnymi funkcjami nielekarskimi, co wyzwała u nich uchylanie się od odpowiedzialności osobistej i wzrost postaw roszczeniowych. Zachwianie poczucia bezpieczeństwa i niepokój o jutro u lekarzy wywołują ciągle zmieniające się zarządzenia i przepisy, które nie dają się ściśle przestrzegać, a które potencjalnie zagrożone są różnymi karami. Stwarza to poczucie tymczasowości i niepewności dotyczące zarówno określonego lekarza, jak też placówki czy oddziału [10, 11].

Czynniki ryzyka wystąpienia zespołu wypalenia

Do czynników ryzyka należą:

1. Duża liczba chorych przypadająca na jednego lekarza, większy odsetek chorych przewlekle, zbyt długi czas pracy bez odpoczynku,
2. Poszukiwanie raczej samorealizacji niż satysfakcji z pracy z pacjentami,
3. Poświęcenie dużej ilości czasu czynnościom administracyjnym i towarzyskim,
4. Niepokój i napięcie podczas pracy uczynniające różne mechanizmy obronne, do których należą agresja, zobojętnienie i bunt skierowany wobec pacjenta,
5. Presja przełożonych w kierunku rozwiązań formalnych, często pozornych, nagradzanie tego, co spektakularne, choć nierzadko cyniczne, sprytnie i reklamarskie,
6. Poczucie wyczerpania, nadmiernego obciążenia i niedoceniań wysiłków przez przełożonych,
7. Porażka planów i zamierzeń zawodowych u osób ambitnych i aktywnych, zaangażowanych w pracę, w następstwie rozczarowania, poczucia beznadziei i depresji,

8. Trudna sytuacja materialna w rodzinie, doświadczenia losowe, utrata środków do życia, brak pracy zgodnej z zawodem wyuczonym,
9. Zaistniała sytuacja opowiedzenia się za łamaniem zasad etyki lekarskiej w warunkach ekstremalnych, tj. zgoda na aborcję, eutanazję, eksperymenty genetyczne, niezgodne z interesem pacjenta postępowanie lecznicze i rehabilitacyjne itp.

Co można by zrobić dla zapobiegania i leczenia zespołu wypalenia się?

1. Uświadomienie sobie możliwości istnienia zespołu wypalenia się i jak najwcześniejsze rozpoznanie jego objawów.
2. Analiza czynników, które mogą ewentualnie korelować z występowaniem zespołu, a które wiążą się z pracą. Zmienić zasady regulaminu pracy, aby więcej czasu poświęcać kontaktom z pacjentami.
3. Zadbać o rzeczywisty podział pracy i odpowiedzialność między członkami zespołu.
4. Zwiększyć częstość kontaktów z przyrodą, sztuką, ludźmi, szczególnie tymi, którzy dostarczają na co dzień oparcia i działają w dużej mierze zapobiegając objawom zniechęcenia i depresji.
5. Przyjęcie postawy godności, związanej z wiernością normom etycznym lekarza. Wobec aktualnych zagrożeń życia ludzkiego wynikających z osiągnięć techniki w zakresie badań genetycznych, hodowli embrionów, klonowania istot ludzkich, sztucznego zapłodnienia należy się zastanowić, jak powinien postępować lekarz, aby medycyna była ludzka, a człowiek chory jej podmiotem (18).

III. MOBBING – TERROR PSYCHICZNY – CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA

Wypalenie zawodowe u lekarzy (i nie tylko u nich) bywa często wzmacniane zjawiskiem mobbingu – psychoterroru, które dopiero w ostatnich latach znalazło się w kręgu zainteresowań psychologów pracy. Termin „mobbing” (od ang. mob – napastować, atakować) do potocznego słownictwa wprowadził w latach 80. XX wieku Heinz Leymann, niemiecki psycholog pracy, a pierwsze opracowanie i badania w zakładach pracy w Norwegii. Mobbing najlepsze warunki rozwoju znajduje w dużych zakładach pracy i firmach.

Zdaniem psychologów, zjawisko to jest trudne do rozpoznania, gdyż jest świadomie maskowane i w przeciwieństwie do np. konfliktu przełożony-podwładny wyklucza dialog i konfrontację.

Początkowo obserwuje się: patologiczne działania kierownictwa w pracy, nękanie pracowników prowadzące do złej atmosfery w środowisku.

Działania mobbingowe bywają prowadzone z reguły według dwóch metod:

Jedna z nich manifestuje się frontalnym atakiem mobbingowca poprzez krytykę, insynuacje, wyśmiewanie ofiary wprost lub poza jej plecami.

Cechy charakterystyczne drugiej metody to lekceważenie, ignorowanie, wykluczanie i pomijanie.

Obie mają na celu świadomie zaplanowane przez mobbingowca doprowadzenie do zachwiania pewności siebie osoby „sekowanej” i doprowadzenie jej do bezsilności. Prześladowca dba, aby pozornie wszystko było w porządku. Cały dramat prześladowanej ofiary rozgrywa się w jej wewnętrznym świecie. Są to powody, dla których mobbing jest trudno rozpoznać i skutecznie z nim walczyć.

Psychologowie wymieniają trzy podstawowe motywy działania mobbingowca:

- chęć władzy i kontroli,
- zazdrość i zawiść
- zysk.

Twierdzą ponadto, że źródłem agresji jawnej lub ukrytej jest zawsze frustracja. Mobbingowiec swoje poczucie bezpieczeństwa opiera na strachu, jaki wywołuje u innych. Jeżeli ktoś dowiedzie jego pomyłki lub okaże się w czymś lepszy, mobbingowiec czuje, że jego pozycja została zachwiana. Niszczy innych, by ją odzyskać, kłamie, oszukuje, manipuluje, by zyskać władzę i poczuć się bezpiecznie.

Jego ofiarą padają najczęściej osoby pracowite, kreatywne, o miłym i spokojnym usposobieniu. Mają te cechy, które mobbingowiec chciałby mieć. Ponieważ z zazdrości przypisuje im nadmierne znaczenie i boi się, że osoby lubiane zyskają uznanie zespołu i przełożonych. Prześladowca nie ma wyrzutów sumienia wobec ofiar terroru psychicznego.

Charakteryzując zjawisko należy zwrócić uwagę, że mobbing tworzą ludzie.

Istnieje scena i aktorzy (prześladowcy i ofiary), ale wszystko odbywa się nie w teatrze, a w rzeczywistości, w wymiarze wertykalnym i horyzontalnym lub wstępującym, lub mieszanym.

Fazy mobbingu:

1. prehistoria (wybór ofiary)
2. perwersyjna inicjacja (zakamuflowane działanie) – najpierw podoba się, chce ofiarę zwabić, uśpić, potem dyskwalifikacja, drobne zarzuty, niezadowolenie z pracy wyrażane publicznie

3. perwersyjna eskalacja – dręczenie ofiary widoczne dla wszystkich, izolacja od grupy, uderzenie w godność osobistą ofiary
4. rozwijają się objawy wyczerpania ofiary, objawy somatyczne, lęki, a mobber nie kryje się, że chce ofiarę usunąć z pracy, co prowadzi do niekorzystnego rozwinięcia kryzysu emocjonalnego, pojawia się poczucie winy, ofiara izoluje się, następuje dekompensacja strukturalnej osobowości

Główne czynniki terroru psychicznego w zakładzie pracy:

- wspólne przebywanie przez dłuższy czas (ktoś komuś staje się niewygodny, zagraża)
- częstotliwe dokuczanie ofierze przynajmniej przez pół roku

Mobber – zwykle inicjuje proces, bo ma cechy charakterystyczne dla człowieka żadnego władzy. Jest to jednostka psychopatyczna, narcystyczna, sfrustrowana, niespełniona, upokarzająca innych, nie ma wyrzutów sumienia. Zwykle w średnim wieku 35–45 lat, specjalista, czasem w wieku przedemerytalnym, niekiedy kobieta samotna lub człowiek młody, na początku kariery zawodowej, wybitnie kompetentny.

Ofiara – zwykle to osoba pracowita, spokojna, wrażliwa, dobry specjalista.

W mobbingu uczestniczą współpracownicy, początkowo nieświadomi, potem zastraszeni, atmosfera w pracy zła, system pracy skorumpowany, złe przepisy i zarządzenia, dużo mowy, mało pracy, słabe efekty

Skutki psychospołeczne mobbingu w zakładzie:

- zwolnienia z pracy z powodu choroby i leczenia,
- straty osobowe – rozwody,
- obniżenie statusu społecznego,
- zła atmosfera,
- agresja,
- absencja w pracy,
- przebywanie długo w pracy (często nocowanie).

Analiza zjawiska mobbingu zezwala na jego negatywną ocenę, dlatego że: mobbing neguje chrześcijańską wizję człowieka, pogwałca zasady równości, prawa człowieka, zaburza proces leczenia w placówkach zdrowia.

Mobbing jest złem, jest grzechem, jest niesprawiedliwym atakiem na godność człowieka, na jego zdrowie psychiczne i na życie. Należy mu się przeciwstawiać poprzez działania antymobbingo-

we, znajdując oparcie w rodzinie, wśród przyjaciół, u specjalistów.

Wskazane są badania relacji między mobbingiem i zespołem wypalenia zawodowego u pracowników, pozwoliłyby one lepiej zrozumieć oba zjawiska i zaproponować skuteczne metody walki z nimi.

Dekalog ofiar mobbingu:

1. bądź cierpliwy;
2. nie poddawaj się zniechęceniu i depresji;
3. nie idź na urlop zdrowotny;
4. nie myśl, że jesteś jedyny (ok. 100 000 pracowników w Polsce poddanych jest temu zjawisku);
5. naucz się stawiać czoło mobberowi (przy pomocy protokołów, BHP, prawników);
6. zbieraj dokumenty (ksero, listy, wypowiedzi ustne, na piśmie, zbieraj fakty);
7. nie izoluj się w środowisku, w rodzinie;
8. nie mów o donosach, pozyskaj przyjaciół, składaj listy do radia, tv, pisz do przełożonych;
9. zapisz się do Stowarzyszenia Antymobbingowego w Polsce (Warszawa, Gdańsk);
10. stosuj środki prawne do walki z mobberem przez partnerski model: lekarz–pielęgniarka–pacjent.

W Polsce pomocą ofiarom mobbingu zajmują się: Centrum Praw Kobiet w Warszawie i Stowarzyszenie Bałtyckie Centrum Gender w Gdańsku.

Kodeks pracy wprowadził zapis z dniem 1 stycznia 2004 zakazujący działań mobbingowych, które zdefiniował jako długotrwałe znęcanie się powtarzające się przez co najmniej pół roku pracodawcy względem podwładnego lub pracowników względem pracodawcy, mające na celu ośmieszanie, krytykowanie, podważanie godności osobistej

W Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim od dwóch lat Pełnomocnik ds. Równości Kobiet i Mężczyzn mgr Ewa Waszkiewicz zajmuje się sprawami mobbingu w ramach działalności Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Antymobbingowego, które rozpatrzyło już ponad 2000 spraw. Świadczy to o istniejącym problemie terroru psychicznego w naszym społeczeństwie, szczególnie w dużych zakładach pracy, które pojawiło się w ostatnich latach w ramach transformacji politycznej, gospodarczej i ekonomicznej państw

PIŚMIENNICTWO

1. Płużek Z.: *Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych*. [w:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-

- Teutsch: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, ALL Kraków 1997, 31–43.
2. Kubacka-Jasiecka D.: *Psychologia kryzysu*, [w:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, ALL Kraków 1997, 11–28
 3. Ericson E.H.: *Childhood and society*, Norton, New York 1950.
 4. Jung C. G.: *Stage of life*. [w:] *Collected works*. Princeton Univ. Press 1960, 8.
 5. Aquilera D. C., Messick J. M.: *Crisis Intervention*, 5-ed. CV Mosby, St. Luis 1986.
 6. Hoff L. A.: *People in Crisis: Understanding and Helping*, 4 ed. Redwood City, CA Edison-Wesly 1995.
 7. Sęk H. red.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, PWN Warszawa 2000.
 8. Badura-Madej W., Piątek J.: *Stres związany z pomaganiem ludziom w kryzysach* [w:] Badura-Madej W. (red) *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Interart, Warszawa 1996, 199–204.
 9. Fengler J.: *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP Gdańsk 2001.
 10. Kośmicki M.: *Przeciążenie pracą i brak pracy, czyli bezrobocie jako problemy lekarza i pacjenta*. (Mat. Sympozjum KSLP pt.: *Pacjent i lekarz. Jak się odnaleźć w okresie reform?* 27.11.1999. Wyd. Fundacja Głos dla Życia 1999, 37–47.
 11. Sadowska L.: *Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy w dobie aktualnych zagrożeń wykonywania pracy zgodnie z sumieniem* [w:] Patkiewicz J. (red.) *Zespół wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*, Wyd. PTWK, Wrocław 2002, 113–119.
 12. Pisula E.: *Zespół wypalania się sił u rodziców dzieci autystycznych*. (Nowiny Psychologiczne 1994, 3, 83–89.
 13. Maslow A. H.: *Motywacja a osobowość*, Pax Warszawa 1990.
 14. Fengler J.: *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP Gdańsk 2001.
 15. Dobrzańska-Sochal B.: *Wspieranie wspierających* [w:] Kubacka-Jasiecka D. (red), Lipowska-Teutsch A.: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Wyd. ALL, Kraków 1997, 178–184.
 16. Więckowska E.: *Zawodowa deformacja osobowości a zespół wypalenia zawodowego u lekarzy - sygnalizacja problemu* [w:] Patkiewicz J. (red.) *Zespół wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*. Wyd. PTWK, Wrocław 2002, 113–119.
 17. Pełnomocnik Rady Ministrów. *Raport o stanie rodzin w Polsce*, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny, Warszawa 1998.
 18. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Wyd. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan 1995

Prof. dr hab. n med. Ludwika
Sadowska
Ul. Okrzei 4/2
51-676 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 27 lipca 2007
Zaakceptowano do druku: 6 sierpnia 2007