



Powrót do wykonywania zawodu po traumie: opis przypadku

Returning to work after psychosocial trauma: case report

ZDZISŁAW KOBOS, OLGIERD ORTYŃSKI

Z Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie

STRESZCZENIE. *Opisano przypadek pilota, który na skutek przeżytej traumy psychospołecznej utracił możliwość wykonywania zawodu. Po okresie trzyletnich oddziaływań psychoterapeutycznych powrócił do wykonywania zawodu.*

SUMMARY. *A case of a pilot is presented who has lost his ability to perform his profession in consequence of psychosocial trauma. After three-year psychotherapy he returned to his work.*

Słowa kluczowe: trauma psychospołeczna / pilot / opis przypadku

Key words: psychosocial trauma / pilot / case report

Mimo bardzo dużego postępu technicznego w zakresie konstrukcji lotniczych, kontroli i wspomagania lotów, wypadki i katastrofy zdarzają się z różnych przyczyn we wszystkich niemal krajach. W latach 1959–1986 zdarzyło się na świecie prawie czterysta wypadków lotniczych, co ukazuje tabl. 1.

Tablica 1. Przyczyny wypadków

Czynnik wypadku	Liczba
Załoga	236
Samolot	39
Obsługa	5
Pogoda	17
Lotnisko	14
Inne	10
Razem	368

nego podejmowania środków zaradczych (hospitalizacja, sanatorium, obóz kondycyjny itp.). Skłania to także do szukania dla celów profilaktycznych przyczyn tych tragicznych zdarzeń [6].

Analizę zagrożeń lotniczych prowadzą zespoły multidyscyplinarne odwołujące się do funkcjonalnego układu pilot-samolot, jako klasie układów: człowiek-maszyna, gdzie stwierdza się hierarchiczną strukturę poziomu zagrożeń [8]. Zawodność wymienionego układu jest większa niż elementów technicznych. Wiąże się to z większą częstością występowania błędów sporadycznych u człowieka, oprócz błędów systematycznych i losowych, niż w systemach technicznych [9]. Dlatego też udział czynnika ludzkiego w wypadkach lotniczych jest wysoki i w analizach długookresowych jest względnie stały, kształtując się na poziomie 50–90% [2, 3]. Większość wypadków lotniczych na świecie i w Polsce zdarza się głównie z powodu zawodności działania personelu lotniczego (załogi) warunkowanego w większości sprawnością psychiczną [1, 4, 10].

Ważnym czynnikiem w zakresie profilaktyki jest więc systematyczna (okresowa) ocena

Statystyka zagrożeń zwraca uwagę, iż najczęściej krytycznych zdarzeń w lotnictwie zostało spowodowanych tzw. czynnikiem ludzkim. Dlatego też sprawność psychofizyczna personelu lotnictwa wymaga stałego nadzoru i systematycznej oceny możliwości wykonywania zadań lub zakazu latania i ewentual-

stanu fizycznego i psychicznego kandydatów i czynnych zawodowo pilotów.

Problemy analizy stanu psychicznego personelu lotniczego

Przedmiotem analizy jest możliwie wyczerpujący ilościowy i jakościowy opis tych składowych psychiki, które są odpowiedzialne za określone zachowania załogi w powietrzu w normie i podczas zagrożenia. Dotyczy on zasadniczo czterech obszarów psychiki [5, 8]:

-
-
- stanu gotowości percepcyjnej, czyli natężenia uwagi i możliwości odbioru bodźców różnych modalności (wzroku, słuchu, równowagi itp.) związanych z pilotowaniem,
 - sprawności procesów umysłowych, poziomu wykształcenia, sprawności pamięci związanych z podjęciem klasyfikacji stopnia zagrożenia i ustalenia repertuaru możliwych rozwiązań w sytuacji zagrożenia,
 - cech osobowości, przede wszystkim przebiegu procesów emocjonalno-motywacyjnych, związanych z podejmowaniem decyzji w sytuacji zagrożenia,
 - cech motorycznych, antropometrycznych i biomechanicznych związanych ze sterowaniem samolotem.
-
-

W Polsce nad stanem zdrowia i kondycją psychofizyczną czuwają komisje lotniczo-lekarskie prowadzące okresowo (półrocznie lub corocznie) certyfikację stanu zdrowia. Oprócz tego, pracodawca może w każdej chwili skierować pilota na badania okolicznościowe, również sam pilot zobligowany jest, w przypadku pogorszenia się samopoczucia lub udziału w zdarzeniach traumatycznych, zgłosić się na badania komisyjne.

Obciążenie zawodowe związane z pilotowaniem i/lub sytuacje rodzinne mogą niekiedy prowadzić do zaburzeń opisywanych pod nazwą: aeronerwica, stres lotniczy, powietrzna neurastenia. Utrata poczucia pewności siebie podczas lotu i wyczerpanie dotyka tak początkujących, jak i doświadczonych pilotów. Na ujawnienie się tego zjawis-

ka istotny wpływ mają cechy osobowości, niedostatki motywacji oraz niedostateczne zrównoważenie emocjonalne, trudności życiowe, urazy psychospołeczne itp.

W dalszej kolejności oddziałują takie czynniki, jak: znużenie pilotażem, reakcje na zmiany w pracy, reakcje na skutki schorzeń fizycznych i wypadków, sytuacje konfliktowe o charakterze służbowym lub osobistym, okresy chorób zakaźnych lub okres ich utajenia, a także rekonwalescencja po tych chorobach. Z analiz epidemiologicznych wynika, że wśród przyczyn dyskwalifikacji, obniżenia grupy zdrowia lub stwierdzenia niezdolności do służby w formacjach lotniczych czołowe miejsce zajmują nerwice, reakcje sytuacyjne oraz niekorzystne zmiany osobowości. W 1996 r. były one na miejscu drugim, po chorobach układu krążenia, zaś w 1997 r. okazały się najczęstszą przyczyną niezdolności do służby w powietrzu. Statystyka orzecznicza wskazuje, że silne przeżycia osobiste, problemy w miejscu pracy, mogą powodować tzw. zmęczenie wykonywaną pracą i prowadzić do dezadaptacji zawodowej.

Niezmiernie rzadko zdarza się, że osoba uznana przez komisję lotniczo-lekarską za niezdolną do latania, po pewnym czasie, uzyskuje zgodę na ponowne podjęcie pracy w powietrzu i przywrócenie do zawodu pilota. Ciekawym wydaje się zreferowanie przypadku pilota, który po okresie uniezdolnienia, przeminięciu traumy i „odpoczynku od lotów”, po ponad dwóch latach uzyskał zgodę na podjęcie pracy w swoim zawodzie.

OPIS PRZYPADKU

Trzydziestotrzyletni mężczyzna, urodzony w 1966 r., kapitan lotnictwa, zgłosił się w dniu 2.02.1994 r., z własnej inicjatywy, na badania okolicznościowe do Głównej Wojskowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej (GWKLL). Wcześniej był wielokrotnie badany w ramach okresowej oceny zdolności do służby w powietrzu przez tę komisję.

Wywiad. Przebył typową drogę w zakresie kariery zawodowej. Ukończył Liceum Lotni-

cze oraz Wyższą Oficerską Szkołę Lotniczą. Pierwszemu badaniu poddany był w wieku 14 lat celem zakwalifikowania do wspomnianego liceum. Nie zgłaszał, ani nie stwierdzono żadnych odchyleń w zakresie stanu somatycznego lub zaburzeń psychicznych. Następnie podczas całego okresu nauki w corocznych badaniach okresowych uzyskiwał pozytywną ocenę stanu zdrowia.

W opiniach kadrowych wymieniano jego zainteresowania sportem i techniką, oceniono jako systematycznego w pracy i nauce, podkreślono takie cechy, jak: serdeczność, umiejętność przystosowania, bystrość, rozważę, ciekawość, odwagę, zdecydowanie i śmiałość. Uznany za uprzejmego, kulturalnego, skromnego, wytrwałego, rozsądnego, odpowiedzialnego, szczerego, solidnego oraz towarzyskiego.

Przez kolejne lata wykonywania zawodu, pilot był systematycznie poddawany corocznym badaniom lotniczo-lekarskim, lotniczo-psychologicznym i uzyskiwał certyfikat zdrowotny do wykonywania swojego zawodu.

Na początku lutego 1994 r. pilot zgłosił się na badania okolicznościowe z prośbą od lekarza lotniczego o przeprowadzenie obserwacji w warunkach klinicznych ze względu na „przemęczenie zawodowe”. Ze względu na zgłaszane w izbie przyjęć dolegliwości: ogólne osłabienie, okresowe bóle w podbrzuszu, przemęczenie zawodowe, został skierowany do kliniki internistycznej. Badaniem przedmiotowym, poza cechami stigmatyzacji wegetatywnej, odchyleń od stanu prawidłowego nie stwierdzono odchyleń od normy nie stwierdzono, również w badaniach laboratoryjnych. Wypisano z rozpoznaniem: „Bez uchwytnych zmian chorobowych” i udzielono 14 dni zwolnienia lekarskiego. Komisja lotniczo-lekarska orzekła: „czasowo niezdolny do służby w powietrzu, badanie kontrolne w GWKLL po zakończeniu zwolnienia lekarskiego”.

Po wykorzystaniu zwolnienia poszpitalnego, pacjent skorzystał z urlopu wypoczynkowego za miniony rok. W kwietniu 1994 zgłosił się na zalecone badania kontrolne, pod-

czas których ustalono: obniżony nastrój, brak zdecydowanych planów zawodowych, załamane linii życiowej, negatywną motywację do służby w powietrzu, lęk przed laniem, trudności w koncentracji uwagi. Problemy te pojawiły się po śmierci ojca pod koniec ubiegłego roku. Ustalono, że matka pacjenta zmarła podczas jego porodu, był jednakiem wychowywanym przez ojca, który powtórnie się nie ożenił. Był emocjonalnie związany z ojcem. Nie ożenił się. Poproszono o dodatkową dokumentację kadrową i lekarską z miejsca pracy. W maju 1994 r. podjęto decyzję o niezdolności do służby w powietrzu (§ 67.1) z zaleceniem kontaktów w poradni zdrowia psychicznego.

W grudniu 1996 r. zgłosił się do GWKLL na badania z prośbą o przywrócenie grupy zdrowia i zezwolenie wykonywania lotów na samolotach bojowych. Pacjenta skierowano do kliniki celem przeprowadzenia obserwacji oraz szczegółowych badań lekarskich i psychologicznych. Oceniono wykonywanie zadań pilotażowych na symulatorach lotniczych z dystraktorami w postaci symulowanych awarii. Na podstawie oceny klinicznej dokonano następującej oceny stanu psychicznego: „Orientacja zachowana. W dobrym kontakcie rzeczowym i emocjonalnym. Wypowiedzi logiczne, powiązane. W nastroju dostosowanym do sytuacji. Afekt żywy, modulowany prawidłowo. Sprawny intelektualnie. Bez objawów wytwórczych”. Natomiast na podstawie badań na symulatorze lotów „Japetus” stwierdzono, że lot zapoznawczy, sprawdzający i podejmowane decyzje w zadaniach z dystraktorami były prawidłowe i wykonane bez istotnych błędów. Na podstawie wyników badań podczas hospitalizacji i całokształtu zebranego materiału podczas badań eksperymentalnych dnia 14.01.1997 r. podjęto decyzję o dopuszczeniu do latania na samolotach wielozadaniowych w roli drugiego pilota. Aktualnie pilot ten podlega stałemu monitoringowi lekarza lotniczego w miejscu pracy oraz zgłasza się co kwartał na badania do komisji lotniczo-lekarskiej. Uzyskiwane wyniki badań komisyjnych, jak i opinie

lotniczo-lekarskie i lotniczo-psychologiczne spełniają kryteria normy dla grupy zawodowej pilotów. Bez zarzutów wykonuje swój zawód. W ubiegłym roku zawarł związek małżeński.

KOMENTARZ

Z materiału statystycznego wynika, że procentowy udział rozpoznań z kręgu zaburzeń nerwicowych wśród personelu latającego hospitalizowanego w celach orzeczniczych wynosi ok. 34,2%, z czego zaburzenia emocjonalne stanowią grupę 15,2%. Praktycznie w skali np. lat 1995–1996 było to 16 osób z tzw. problemami emocjonalnymi. Nie przeprowadzono statystyki zmiany dokonanych orzeczeń w kierunku poprawy stanu psychicznego pozwalającego na wycofanie się z poprzednio przyjętego rozpoznania, gdyż opisywany przypadek jest w tym zakresie wyjątkiem. Metody terapii zmierzające do powrotu do pracy i służby w powietrzu u osób z lękiem przed lotami są zasadniczo oparte na mechanizmach redukcji lęku przy czasowym i przestrzennym zbliżeniu się do przedmiotu zagrażającego, wykorzystania przyzwyczajenia oraz faktu, że sytuacje niebezpieczne, stale powtarzające się wywołują stopniowo coraz słabszą reakcję lękową. W opisaney sytuacji zaburzenia lękowe ustąpiły po okresie pracy pilota w lotnictwie, ale na ziemi, przy dostatecznie długim oderwaniu od stresujących sytuacji lotniczych w powietrzu, przy oddaleniu w czasie sytuacji traumatyzującej jaką była śmierć ojca oraz przy współlistnieniu wysokiej motywacji do powrotu do aktywnej pracy pilota. Ingerencja terapeutyczna polegała jedynie na elastycznym i monitorującym stany pacjenta doborze częstotliwości wizyt w PZP i badań komisyjnych, rozmów terapeutycznych oraz na podjęciu we właściwym czasie decyzji przywracającej mu uprawnień pilota. W opisanym przypadku

w procesie wychodzenia z kryzysu mocno akcentowany jest czynnik woli. Literatura podaje liczne przykłady podobnych sytuacji wspomagania leczenia [2, 4]. Najważniejsze wydaje się wewnętrzne dążenie pacjenta do przetrwania kryzysu oraz jego obiektywizujący sąd dotyczący toczących się wydarzeń. Niewiele zmieniło się w tym zakresie od początku naszego wieku. Świadomość istnienia takich możliwości, nawet gdy są one tylko incydentalne, wymaga wnikliwej oceny każdego podobnego przypadku.

PIŚMIENNICTWO

1. Allan RM: Deja Vu? Cultural influences on aviator selection. *Military Psychology* 1992, 4, 1, 35–47.
2. Bowles SV: Aeromedical psychology training. W: Jansen RS, Neumeister D: *Proceedings of the Seventh International Symposium on Aviation Psychology*. Ohio State University, 1993, 682–684.
3. Caretta TR, Malcolm JR: U.S. Air Force Pilot Selection Tests: What is Measured and What is Predictive? *Aviation, Space and Environmental Medicine* 1988, 67, 3, 279–283.
4. Clifford W, Beers: *Umysł, który sam siebie odnalazł*. PTHP, Warszawa 1984.
5. Dolgin DL, Gibb GD: Personality assessment in aviator selection. W: Jansen RS (red.): *Aviation psychology*. Gower Publ., Brookfield 1989.
6. Kobos Z, Terelak J: Niektóre temperamentalne determinanty efektywności pilotażu. *Postępy Astronautyki* 1989, 22, 19–25.
7. Ratajczak Z: *Niezawodność człowieka w pracy*. PWN, Warszawa 1988.
8. Terelak J: Ergonomia a bezpieczeństwo pracy w statkach powietrznych. *Ergonomia* 1998, 21(1–2), 1185–1190.
9. Turlejski J, Kobos Z, Drapiński R: Radzenie sobie ze stresem a podatność na choroby psychosomatyczne. W: Łazowski J, Dolińska-Zygmunt G (red.): *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. AWF, Wrocław 1998, 43–49.
10. Wiener EL, Nagiel DC: *Human factor in aviation*. Academic Press, San Diego 1988.