

PROBLEMY PSYCHICZNE I EMOCJONALNE POJAWIAJĄCE SIĘ W TRAKCIE MISJI BOJOWYCH I PO POWROCIE

ABSTRAKT

W artykule przedstawiono czynniki wpływające niekorzystnie na stan zdrowia psychicznego uczestników misji wojskowych oraz zaburzenia psychiczne powstające na współczesnym polu walki. Głównym stresorem są zagrożenia wynikające ze służby w strefie działań wojennych, na które nakładają się ciężkie warunki klimatyczne, długotrwała rozłąka z rodziną, obcy język ludności miejscowej, odmienne zwyczaje i religia powodujące wyobcowanie personelu misji. Następstwem przeżytej traumy psychicznej, będącej wynikiem krótkotrwałego incydentu lub długotrwałego wydarzenia, są najczęściej zaburzenia pod postacią ostrej reakcji na stres lub zespołu stresu pourazowego. W przygotowaniu żołnierzy do wyjazdu na misje poza granicami kraju należy uwzględnić przygotowanie psychologiczne, umożliwiające im radzenie sobie w sytuacji ogromnego przeciążenia stresem.

SŁOWA KLUCZOWE

reakcja na stres, wojskowe misje poza granicami kraju, stres bojowy, PTSD, pomoc psychologiczna

WSTĘP

Problemy psychiczne będące następstwem udziału w walce, odniesienia ran lub przebywania w polu działań wojennych (np. pod ostrzałem, w obszarze bombardowanym lub zaminowanym) opisywane były praktycznie od początku historii ludzkości. O skutkach prowadzonej wojny pisał już Homer w *Ilia-dzie*, ukazując Achilleśa zdruzgotanego szacowanym kosztem strat, które poniósł w trakcie walk z armią Troi. W *Odysei* zaś znajdujemy opisy podróży psychologicznej weterana wojny trojańskiej – Odysa, który na jawie doświadcza powrotów obrazów scen traumatycznych, a także tego, co współcześnie określa się „poczuciem winy ocalałego”¹. Wojnie od zarania ludzkości towarzyszył lęk przed śmiercią, której mogli doświadczyć zarówno żołnierze, jak i ludność cywilna. W polskiej literaturze najbardziej znanym naukowcem opisującym zjawisko lęku jest profesor Antoni Kępiński. Opisuje on wiele postaci lęku, a o lęku przed śmiercią pisze: „śmierć jest końcem wszystkiego, kończy się nasze życie, a z nim nasz świat. Dlatego słusznie uważa się, że lęk w swej istocie – mimo różnych postaci, jakie przybiera – jest zawsze lękiem przed śmiercią. Śmierci człowiek nie może zwyciężyć, jest ona silniejsza od niego, a ona jest kresem wszystkiego, wszystko traci swój sens”².

SYTUACJE I CZYNNIKI STRESUJĄCE W WARUNKACH SŁUŻBY WOJSKOWEJ

Permanentne przebywanie w warunkach zagrażających życiu, zdrowiu i wolności oraz widok rannych i zabitych współtowarzyszy broni lub osób cywilnych, zmasakrowanych i okaleczonych ciał bardzo silnie wpływa na psychikę i stan emocjonalny każdego żołnierza. To psychika i emocje są siłą napędową działania człowieka, więc problemy w tych sferach są bardzo ważne i w szczególności zaburzają życie nawet po powrocie z misji do domu. Jak wykazuje doświadczenie współczesnych operacji wojskowych, część żołnierzy realizujących zadania w sytuacjach ekstremalnych nie jest w stanie przystosować się do panujących warunków i ze wskazań psychiatrycznych

¹ Termin używany w wielu pracach dotyczących zespołu stresu pourazowego (PTSD). Wyjaśnienie terminu można odnaleźć np. w artykule *Syndrom Stresu Pourazowego (PTSD)* opublikowanym na stronie Centrum Psychologii i Psychoterapii „Refleksja”, <http://centrumrefleksja.pl/ptsd/> (dostęp: 27.08.2017).

² A. Kępiński, *Lęk*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, s. 225–226.

jest ewakuowana do kraju macierzystego. Także po powrocie z misji mogą pojawić się trudności opisywane w wielu publikacjach naukowych, a przyczyną tych trudności jest przeżyta w trakcie misji trauma. Następstwem przeżytej traumy psychicznej, określanej w literaturze naukowej jako: silne, dramatyczne przeżycie spowodowane przez krótkotrwały incydent lub długotrwałe wydarzenie, mogą być czasowe lub trwałe zaburzenia psychiczne pod postacią ostrej reakcji na stres – ASD (ang. *acute stress disorder*) lub zespołu stresu pourazowego – PTSD (ang. *posttraumatic stress disorder*)³. Aby opisać ASD i PTSD należy wyjść od pojęcia stresu.

Koncepcji próbujących wyjaśnić funkcjonowanie człowieka w sytuacji stresu jest bardzo wiele. Jeden z najczęściej aktualnie cytowanych badaczy tego zjawiska to Richard Lazarus. Stres wg Lazarusa i Susan Folkman⁴, to „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”⁵. Czynniki wywołujące obciążenie, stan napięcia oraz silne emocje nazywane są stresorami. Głównym obszarem badań Lazarusa była istota kontekstu sytuacyjnego w powstaniu stresu. Podejście to silnie uwydatnia duże znaczenie wzajemnych oddziaływań – transakcji pomiędzy jednostką a środowiskiem. Psychologów interesują przede wszystkim różnice w radzeniu sobie ze stresem oraz różnorodnością zagrożeń. Podstawowym mechanizmem odpowiedzialnym za różnice indywidualne w ocenie zagrożeń jest ocena poznawcza. Stresory wg Lazarusa możemy podzielić na następujące kategorie:

- krzywda/strata
- zagrożenie
- wyzwanie⁶.

Jak widzimy, wszystkie stresory wymienione w koncepcji Lazarusa i Folkman wiążą się z sytuacją, w której znajdują się żołnierze uczestniczący w misjach bojowych. Mogą oni doznać bezpośredniej krzywdy – odnieść rany, mogą doświadczyć straty – np. śmierci kolegów z drużyny oraz sam udział w działaniach bojowych może stać się dla nich wyzwaniem, które ich przerasta.

³ K. Korzeniewski, *Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki*, <http://www.medycynatropikalna.pl/images/artykuly/39.pdf> (dostęp: 25.08.2017).

⁴ Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley wraz z Susan Folkman opublikowali w 1984 r. monografię pod tytułem *Stress, appraisal, and coping*. Jest ona nadal jedną ze sztandarowych pozycji przywoływanych w wielu publikacjach psychologicznych.

⁵ Za I. Heszten, *Psychologia stresu*, PWN, Warszawa 2016, s. 28.

⁶ Tamże, s. 29.

STRESORY W CZASIE SŁUŻBY W WARUNKACH POKOJU

Już sama służba w warunkach pokoju niesie ze sobą wiele wyzwań, które mogą stać się źródłem stresu, takie wyzwania bowiem spotykają pracowników w każdym miejscu pracy. Specyfika zawodu pociąga za sobą swoiste odmiany stresorów, na które narażony jest pracownik w miejscu pracy. Zawód żołnierza wiąże się ze specyfiką pracy, która nosi miano służby. Służba ta charakteryzuje się:

- przewagą więzi formalnych nad osobistymi
- silną tendencją do izolowania od innych organizacji
- wysokim stopniem biurokracji i hierarchii organizacyjnej
- wysokim poziomem uniformizacji
- koniecznością nieustannego doszkalania się
- przewagą strefy wykonawczej nad inicjatywną⁷.

Podobnie jak w innych profesjach stres zawodowy może być generowany w zawodowej służbie wojskowej poprzez same warunki pracy, rodzaj relacji interpersonalnych, atmosferę i klimat, warunki rozwoju i rolę zawodową. Do stresujących czynników fizycznych i organizacyjnych wynikających z pełnionych zadań służbowych należy: nadmiar obowiązków, wydłużony czas służby, wysokie tempo, presja czasu, niewłaściwe relacje interpersonalne zwłaszcza z przełożonymi i bliskimi współpracownikami. Jednym z czynników specyficznych w pracy żołnierza jest fakt, że odbywa się ona w dużo większym rygorze dyscypliny niż ma to miejsce w zawodach cywilnych. Żołnierze należą do tej grupy społecznej, w której cel, normy oraz nakazy są narzucone odgórnie. Niektóre osoby identyfikują się w pełni z celami i formami funkcjonowania, inne popadają w konflikty. Zamknięta grupa ludzi ma mniejsze szanse na odreagowanie negatywnych emocji. Żołnierz służby zawodowej funkcjonuje w instytucji, w której dominującym stylem zarządzania jest styl dyrektywny. W wojsku dyscyplina stanowi o efektywności działania. Można ją osiągać różnymi sposobami albo przez metodę postuszeństwa opartą na autorytecie dowódcy, albo przez świadomą dyscyplinę zakładającą, że żołnierz rozumie jej istotę i dobrowolnie poddaje się jej wpływowi, internalizując⁸ zasady całej

⁷ A. Gąsiorowska, *Specyfika stresu zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród podoficerów*, [w:] *Grupy dyspozycyjne społeczeństwa polskiego*, (red.) J. Maciejewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006, s. 361–374.

⁸ Internalizacja, uwewnętrznianie – mechanizm polegający na przyjmowaniu za własne narzucanych z zewnątrz postaw, poglądów, norm i wartości.

formacji. Bez względu na sposób kształtowania się dyscypliny kluczowe są w niej zawsze dwa elementy służące jej umacnianiu: kara i nagroda. Dyscyplina wojskowa może być źródłem stresu zawodowego. Według ustawy o służbie wojskowej „żołnierz zobowiązany jest do przestrzegania dyscypliny wojskowej”⁹. Dyscyplina oznacza znaczne ograniczenie swobody działania. Przymus ten wywołuje stres psychologiczny zgodnie z modelem: wymagania – kontrola – wsparcie. Wymagania dyscypliny powodują, że kontrola nad własnym działaniem jest ograniczona w zakresie określonym przez przepisy, ustawy, polecenia i rozkazy. Niepełne zrozumienie przez żołnierza znaczenia właściwej postawy żołnierskiej może powodować jej naruszanie. Inny element specyfiki zawodowej służby wojskowej to rozbudowana i widoczna hierarchia. Wojsko jest grupą formalną, w której występuje porządek hierarchiczny, z rozbudowanym układem stanowisk, władzy i stopni. Zależność funkcjonalna przełożony – podwładny może skutkować stylem działania nie do końca akceptowanym przez jednostkę i w efekcie stresem zawodowym. Hierarchia stanowi także o systemie organizacji. Dla wojskowych systemów charakterystyczne jest to, że wartości uznawane za cenne – np. honor, męstwo, odwaga – pozwalają niektórym żołnierzom lepiej radzić sobie ze stresem wojskowym¹⁰.

STRESORY W CZASIE SŁUŻBY W WARUNKACH MISJI BOJOWEJ ORAZ ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (PTSD)

Wszystkie opisane powyżej stresory wiążące się ze służbą zawodową są obecne także na misji bojowej, a do tego mogą dołączyć się, wspomniane na początku, sytuacje traumatyczne związane ściśle z walką lub przebywaniem w obszarze działań wojennych. Psychika człowieka może zareagować na zdarzenie traumatyczne (krótkotrwałe lub przewlekłe) czasowym lub trwałym zaburzeniem psychicznym pod postacią ostrej reakcji na stres (ASD), objawiającej się np. stuporem¹¹ lub stanem zubożenia, pobudzenia lub przygnębienia albo rozwinięciem się zespołu stresu pourazowego (PTSD). Objawy ASD trwają co najmniej kilka dni, ale nie dłużej niż miesiąc. Różnią się one

⁹ Ustawa o dyscyplinie wojskowej z dnia 9 października 2009 art. 2.1 (Dz. U. z 2009 r., Nr 190, poz. 1474).

¹⁰ I. Tomaszewska, *Psychospołeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem u wojskowej kadry zawodowej*, KUL, Lublin 2003, s. 23.

¹¹ Stupor – zaburzenie psychiczne objawiające się znacznym zahamowaniem ruchowym i ograniczeniem reakcji na bodźce zewnętrzne, ospalenie, drętwica – *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pl/stupor> (dostęp: 4.09.2017).

od krótkotrwałych, niebędących patologicznymi, reakcji stresowych, występujących w trakcie lub bezpośrednio po przeżytej traumie i ustępujących zazwyczaj samoistnie. Zespół stresu pourazowego różni się od ASD przede wszystkim szybkością ujawnienia i czasem utrzymywania się zaburzeń (od jednego miesiąca do wielu lat po traumatycznym zdarzeniu). Według sławnej sławy psychologa Philipa Zimbardo „osoby cierpiące na zespół stresu pourazowego zwykle stają się rozkojarzone i źle zorganizowane, mają kłopoty z pamięcią. Stają się odrętwiałe emocjonalnie, a odczuwanie przyjemności wynikającej z pozytywnych zdarzeń jest u nich mniej prawdopodobne. Mogą także odczuwać alienację w stosunku do innych ludzi”¹². Symptomami stresu pourazowego jest też tzw. ból emocjonalny pociągający za sobą problemy ze snem (w tym koszmary sennie lub bezsenność), powracające wspomnienia, natrętne myśli, poczucie winy, trudności z koncentracją oraz gwałtowne reakcje przestraszenia, napady gniewu i poczucie opuszczenia. U amerykańskich żołnierzy walczących w Korei czy Wietnamie zaobserwowano (w skrajnych przypadkach zespołu PTSD, a zwłaszcza gdy był on nieleczony) przypadki samobójstw nawet po upływie wielu lat od czasu zakończenia konfliktu. Przerażające obrazy zniszczenia i obcowanie ze śmiercią pozostawiają z reguły u żołnierzy trwałe ślady, takie jak: przygnębiające wspomnienia, złe sny, lęki, skłonność do agresji, alkoholizm, używanie narkotyków. Na podstawie badań przeprowadzonych w USA oszacowano, że co trzeci żołnierz walczący w Wietnamie cierpiał na PTSD, a po wojnie w Zatoce Perskiej i w Iraku co piąty¹³. W Polsce dane szacunkowe mówią o 10% żołnierzy, którzy mogą cierpieć z powodu stresu pourazowego, ale wielu uczestników misji po prostu zataja problemy, gdyż chce kontynuować służbę wojskową i nie chce narazić się na wyśmianie lub odrzucenie w środowisku. Według części psychologów i lekarzy uczestniczących w misji irackiej nie każdy żołnierz, który zgłasza problemy natury psychicznej np. z takiego powodu, że przestraszył się eksplozji materiału wybuchowego, będzie miał zdiagnozowany PTSD. Jak uważa Krzysztof Korzeniewski: „niektóre osoby chętnie korzystają z konsultacji psychiatrycznych i wpisów do książeczki zdrowia świadczących o zaburzeniach psychicznych, traktując je jako dobrą lokatę przy ubieganiu się w przyszłości o wcześniejszą emeryturę”¹⁴.

¹² P. G. Zimbardo, R. L. Johnson, V. McCann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 137.

¹³ Za J. Darmetko, *Stres pola walki*, „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 2(148)/2008.

¹⁴ K. Korzeniewski, *Przyczyny ewakuacji do kraju żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego pełniących służbę w Iraku*, <http://www.medy-cynatropikalna.pl/images/artykuly/39.pdf> (dostęp: 13.12.2017).

Termin „zespół stresu pourazowego” został wprowadzony do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – systemu kwalifikacji i diagnozy zaburzeń) w 1980 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. Wprowadzono go w związku z licznymi obserwacjami klinicznymi oraz wynikami badań opartymi głównie na doświadczeniach weteranów wojny w Wietnamie oraz osób ocalałych z Holokaustu¹⁵. Jak podaje Zimbardo PTSD może mieć także trwałe konsekwencje biologiczne. Mózg człowieka poddany długotrwałemu lub silnemu stresowi może ulegać zmianom fizycznym. Szczególnie hormonalny system regulacyjny w mózgu może stać się nadmiernie drażliwy, co wywołuje u ofiary stresu pourazowego zbyt silne reakcje nawet na słabe stresory lub nawet na bodźce nieszkodliwe, ale zaskakujące¹⁶. Badania nad PTSD rozpoczęto na szeroką skalę w USA w połowie lat 70. XX w. Wykazano wówczas, że weterani wojny z trudem asymilują się w społeczeństwie, mają problemy rodzinne, społeczne i zdrowotne. Wśród uczestników działań wojennych, u których stwierdzono PTSD, wysoki jest wskaźnik bezrobocia, alkoholizmu, narkomanii i przestępczości. Podobne zjawiska obserwowano w społeczeństwie rosyjskim u weteranów wojny w Afganistanie. Nasilenie się wskaźników PTSD wśród żołnierzy było zauważalne dopiero po powrocie z rejonu działań wojennych do kraju. Żołnierze amerykańscy uczestniczący w operacjach wojskowych w Iraku i Afganistanie, którzy przeżyli traumatyczne wydarzenia w rejonie misji, mogą przez dwa lata po powrocie do USA korzystać z opieki specjalistycznej ośrodków wojskowej służby zdrowia, gdzie są diagnozowani pod kątem występowania zaburzeń psychicznych oraz problemów psychospołecznych. Według przedstawicieli amerykańskiej wojskowej służby zdrowia najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym wśród żołnierzy ewakuowanych lub powracających po zakończeniu służby w Iraku i Afganistanie jest PTSD. Jennifer Fisher Wilson na podstawie przeprowadzonych badań szacuje liczbę żołnierzy amerykańskich powracających z operacji Iraqi Freedom i Enduring Freedom z objawami PTSD na 15% personelu wojskowego biorącego udział w obu misjach¹⁷. Od początku misji w Iraku i Afganistanie żołnierze Polskich Kontyngentów Wojskowych z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi byli ewakuowani bezpośrednio do szpitali wojskowych w Polsce, głównie

¹⁵ Za A. Piotrowski, *Psychospołeczne konsekwencje stresu operacyjno-bojowego*, „Zeszyty Naukowe WSOOWL”, nr 2(164)/2012.

¹⁶ Tamże, s. 138.

¹⁷ Za K. Korzeniewski, *Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki*, <http://www.medycynatropikalna.pl/images/artykuly/39.pdf> (dostęp: 25.08.2017).

do Klinicznego Oddziału Psychiatrii 10 WSZKzP w Bydgoszczy oraz do Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON w Warszawie. Po zakończonej hospitalizacji pacjenci są kierowani do dalszej terapii w miejscu zamieszkania, do Poradni Zdrowia Psychicznego lub psychoprofilaktyków jednostek wojskowych, w których żołnierze pełnią służbę.

Wiedząc już, jakie reakcje mogą wywołać zdarzenia oraz sytuacje traumatyczne, należy przyrzeć się bliżej czynnikom wywołującym stres przed misją bojową, w jej trakcie i po niej. Nie wszystkie one bowiem zostały już wcześniej przywołane. Beata Pępkowska z Regionalnej Wojskowej Pracowni Psychologicznej w Krakowie wymienia oblicza stresu, którego może doświadczyć żołnierz wyjeżdżający na misję. Są to:

- stres codzienny
- stres przed wyjazdem na misję
- stres podczas wykonywania działań zbrojnych
- stres pola walki
- syndrom wyczerpania walką
- ostra reakcja na stres (ASD)
- konsekwencje udziału w zdarzeniu traumatycznym, a w tym: ostra reakcja na stres, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia adaptacyjne
- stres związany z powrotem do kraju i readaptacją do dawniej pełnionych ról¹⁸.

Stres codzienny to doświadczenie indywidualne: dla jednych to źródło napięcia, a dla innych – motywacja do działania. Każdy człowiek jest narażony na stres, którego podłożem może być: stan zdrowia, sytuacja rodzinna, samotność, stosunki w miejscu służby i wiele innych czynników.

Stres przed wyjazdem na misję wiąże się np. z powiadomieniem bliskich o możliwych konsekwencjach, z dokonaniem pewnych działań na wypadek śmierci (spisanie testamentu) oraz udzieleniem upoważnień do dysponowania kontem lub dokonywania płatności. Dochodzi do tego lęk przed czymś nowym: nieznanym miejscem, relacjami interpersonalnymi, utratą życia lub zdrowia. Pojawia się też silna reakcja emocjonalna związana z koniecznością opuszczenia bliskich, np. dzieci, współmałżonka, partnera, rodziców. Sposobami łagodzenia napięcia oraz obniżenia lęku i niepewności przed wyjazdem żołnierza na misję mogą być:

¹⁸ B. Pępkowska, *Życie w stresie. Trudności, jakich mogą doświadczyć żołnierze przed, w czasie działań zbrojnych i po ich zakończeniu*, „Colloquium WNHiS”, nr 3/2016, s. 113.

- udział w szkoleniach przygotowujących psychikę na rozpoznawanie stresu bojowego, zaburzeń funkcjonowania będących jego skutkiem, np. ASD, oraz ukazujących sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych i traumatycznych
- pozyskanie informacji o miejscu wyjazdu, np. na temat klimatu, zwyczajów ludności i ich kultury, procedur obowiązujących w bazie, informacji praktycznych od powracających z danego terenu
- zabezpieczenie rodziny, pozostawienie jej istotnych numerów telefonów i kontaktów, zaplanowanie realizacji zobowiązań formalnych (np. przegląd samochodu) przez osoby upoważnione
- przygotowanie rodziny do separacji, np.: ustalenie sposobów komunikacji, wyjaśnienie wątpliwości i nieporozumień, które mogą wywołać konflikty itp.

Stres podczas pobytu na misji nie może być całkowicie zniesiony. Można go natomiast zredukować dzięki znajomości psychologicznych reakcji charakterystycznych dla poszczególnych etapów misji, tj. etapu adaptacji, stabilizacji, rutyny, oczekiwania na powrót. Wiedza o tym, że każdy żołnierz narażony jest na podobne stresory w poszczególnych okresach przebywania na misji pozwala mieć poczucie kontroli i przeciwdziałać reakcjom lękowym, które pojawiają się w sytuacjach niepewności. Wiedza ta pozwala zrozumieć także reakcje kolegów i udzielić im wsparcia w trudnych chwilach.

Poza normalnym obciążeniem psycho-fizycznym związanym z pobytem w innym klimacie, a także izolacją od kontaktów społecznych i rozrywek (do których żołnierz przywykł „po służbie”) oraz poddaniem się innemu rygorowi i często innym niż w Polsce zasadom pełnienia obowiązków, jak również koniecznością używania języka obcego itp. dochodzą jeszcze specyficzne stresory pola walki. Są to m.in.: zagrożenie utratą życia i zdrowia oraz kalectwem, odpowiedzialność za wykonywane rozkazy (wykonywanie rozkazu nie zwalnia z oceny moralnej i odpowiedzialności karnej, o czym przekonali się polscy żołnierze na misji w Afganistanie), stałe niebezpieczeństwo ostrzału czy ataku oraz konieczność wykonywania czynności w miejscach zamieszanych, nieznanostwo kultury i mentalności ludności cywilnej z danego terenu oraz zachowań przeciwnika w nieznanym terenie, widok zabitych i rannych żołnierzy oraz ludności cywilnej w tym dzieci, narażenie na nieznanne choroby oraz ukąszenia tropikalnych zwierząt i insektów, brak snu i pełnowartościowego pożywienia lub wody (np. w trakcie długotrwałej walki), zmęczenie (np. wykonywaniem zadań w ciężkim ubiorze ochronnym i brakiem możliwości wypoczynku w hałasie i przy jaskrawym oświetleniu). Do

tego dochodzą jeszcze: lęki o zdrowie i byt rodziny, porzucenie lub zdradę, ograniczony kontakt z bliskimi; konieczność zachowania tajemnicy; krytyka ze strony opinii publicznej (np. obraźliwe wpisy na forach, zniekształcone informacje w mediach); ewentualny brak zaufania do kolegów lub dowódców. Pewnych wydarzeń oraz działania stresorów nie da się uniknąć, ale można poprzez niektóre działania zmniejszyć ich dolegliwość. Do działań takich należą np.: przestrzeganie przepisów (w tym BHP), stosowanie zasady ograniczonego zaufania, odnoszenie się z szacunkiem do lokalnych praw i obyczajów, zrozumienie reakcji kolegów i przełożonych, dbanie o dobrą atmosferę w pododdziale, dbanie o kondycję fizyczną i psychiczną (kiedy tylko nadarza się ku temu sposobność), dzielenie się problemami i rozmowy z zaufanymi osobami, podtrzymywanie kontaktu z rodziną i przyjaciółmi w kraju, ustalenie schematu zajęć, czyli odzyskanie poczucia kontroli choćby w ograniczonym zakresie.

Stres pola walki to umysłowe, emocjonalne albo fizyczne napięcie spowodowane uczestnictwem w działaniach wojennych. Doświadcza go każdy żołnierz, ale różny bywa poziom nasilenia objawów stresowych oraz czas, w którym może wystąpić faza wyczerpania, nazywana syndromem wyczerpania walką. Zróżnicowanie odczuwania i reakcji na stres pola walki zależy od czynników indywidualnych: osobistej odporności na stres, stosowanych mechanizmów radzenia sobie, wsparcia udzielanego przez kolegów, wsparcia ze strony osób ważnych, w tym w dużej mierze zaufania do dowódcy jako bezpośredniego przełożonego. W trakcie operacji wojskowych stresory (bodźce, zdarzenia lub sytuacje wywołujące stres) pojawiają się jeden za drugim i w dużych ilościach. Działania bojowe bowiem obfitują w sytuacje, które nigdzie indziej nie są doświadczane¹⁹. Stresory te można podzielić na kilka podstawowych grup: fizyczne, poznawcze, emocjonalne, społeczne i duchowe. Opisuje je bardzo dokładnie William P. Nash w książce *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia* wydanej w 2007 r. Do stresorów fizycznych zaliczane są warunki pogodowe, takie jak: upał, ziąb czy wilgoć, a także: brud, pozbawienie snu i odpoczynku, hałas, wybuchy, wyciewy i wonie, jaskrawe światło czy ciemność, złe odżywianie, jak również choroby i urazy. Stresorami poznawczymi są m.in.: brak lub nadmiar informacji, monotonia i nuda, a także niepewność związana ze zmieniającymi się lub niejasnymi zadaniami, rolami do spełnienia, regułami i zasadami.

¹⁹ A. Piotrowski, *Psychospołeczne konsekwencje...*, dz. cyt., s. 134.

Może zdarzyć się także konflikt lojalności (problemy w rodzinie a konieczność pozostania na misji) lub doświadczenie bezsensu, kiedy wykonywane zadania stoją w sprzeczności z wyznawanym przez żołnierza systemem wartości i poglądami. Ogromne znaczenie mają stresory emocjonalne, do których należą: utrata przyjaciół z drużyny, strach przed śmiercią i pojmaniem przez wroga lub kalectwem, wstyd i poczucie winy (np. po zabiciu kogoś lub uczestnictwie w akcji kończącej się masakrą), bezradność i oczekiwanie na coś nieznanego. Stresorami społecznymi określa Nash izolację od wsparcia społecznego i tęsknotę za bliskimi, brak prywatności i przestrzeni osobistej, krytykę w mediach lub krytykę opinii publicznej w kraju macierzystym. Wreszcie autor wyróżnia stresory duchowe, do których zalicza utratę wiary w Boga, niezdolność do przebaczenia i niewiarę w jego uzyskanie²⁰.

Stres bojowy przejawiający się jako stres pola walki ze względu na swoje nasilenie i bezpośredni związek z wykonywanymi przez żołnierzy obowiązkami służbowymi może mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje. Z całą pewnością ma on wpływ na funkcjonowanie każdego żołnierza. Skutki pozytywne (adaptacyjne), które może wywołać stres pola walki, to np.: zgranie pododdziału, poczucie elitarności, wzrost czujności i uwagi oraz siły i wytrzymałości, większa tolerancja na dyskomfortowe warunki, poczucie misji, zdolność do aktów odwagi i heroizmu, wzrost poczucia własnej wartości. Do skutków negatywnych, dezadaptacyjnych, należy zaliczyć m.in.: wyczerpanie walką, zachowania nieracjonalne (np. lekkomyślność i brawura), przesadne reakcje na chorobę i zranienie lub ich zlekceważenie, zachowania przestępcze – bezczeszczenie zwłok, brutalne traktowanie jeńców, ludności cywilnej i zwierząt, naruszenia dyscypliny wojennej.

Żołnierz powinien umieć rozpoznać konkretne objawy, które wskazują na wystąpienie stresu bojowego. Mogą to być objawy fizyczne, psychiczne i emocjonalne oraz zachowania. Do objawów fizycznych należy zaliczyć np.: zmęczenie, wzdryganie się lub drżenie, pocenie się, trudności ze snem aż do bezsenności włącznie, przyspieszone bicie serca aż do palpacji włącznie, zawroty głowy, nudności, wymioty, biegunka, częste oddawanie moczu, spowolnione reakcje lub przeciwnie – ciągła ruchliwość, suchość w ustach, napięcie mięśniowe, chwiejność, zataczanie się, osłabienie, znieruchomienie

²⁰ W. P. Nash, *Stresory wojny, [w:] Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, (red. nauk.) Ch. R. Figley, W. P. Nash; (red. nauk. wyd. pol.) S. Ilnicki; [(przeł.) M. Dragan-Polak, M. Höffner, J. Radzicki], Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 23–35.

lub paraliż, całkowite wyczerpanie, nieobecne spojrzenie, ostry ból brzucha, pogorszenie (zaburzenia) mowy, zaburzenia oddychania (hiperwentylacja), a także osłabienie wzroku, słuchu, dotyku (utrata zmysłów). Reakcje emocjonalne zwiastujące stres bojowy to: niepokój, lęk, smutek, niezdolność do koncentracji, koszmary nocne, zwątpienie w siebie, gniew, nadmierne zajmowanie się drobnymi sprawami, utrata zaufania do siebie i zespołu. W sferze zachowań można zaobserwować: niezdecydowanie, nieuwagę, niedbalstwo, nadmierną czujność, brak inicjatywy i motywacji, drażliwość, płacz, krzyki, niemożność odprężenia się i wypoczynku, kłótniowość.

W sytuacji nadmiernego stresu bojowego wywołującego wyczerpanie walką żołnierz wymaga pomocy i opieki ze strony otoczenia. Pomocy tej powinien udzielić mu psycholog, a w przypadku jego braku dowódca lub kolega z oddziału. Do dezorganizacji zachowania, przytłoczenia objawami emocjonalnymi (np.: lękiem, otępieniem, poczuciem bezsilności itp.) dołączają często nasilone objawy somatyczne, zwłaszcza ze strony układu krwionośnego i oddechowego oraz pokarmowego. W udzielanej pomocy ważne są wtedy: szybka ocena stanu danego żołnierza i interwencja wkrótce po pojawieniu się objawów, odpoczynek (wytchnienie od walki lub przerwa w pełnieniu obowiązków), zaspokojenie potrzeb fizycznych (woda, higiena, pożywienie, sen, komfort termalny), normalizacja reakcji: traktowanie bojowej reakcji stresowej jako reakcji normalnej, która powinna szybko minąć; zachęcanie żołnierza do myślenia o sobie jako o żołnierzu, a nie pacjencie; odbudowanie zaufania i pewności siebie poprzez rozmowę i celowe aktywności; podtrzymanie kontaktu z innymi żołnierzami i oddziałem²¹.

Koniec misji to nie koniec wszystkich problemów żołnierza, pojawia się bowiem stres związany z powrotem do kraju oraz readaptacją do dawniej pełnionych obowiązków. W okresie readaptacji dochodzi do uwolnienia emocji nagromadzonych podczas pobytu na misji oraz do pojawienia się tych, które wiążą się z odnalezieniem się w dawnych rolach w domu i w jednostce. Ten etap konfrontacji ze stresem rozpoczyna się bezpośrednio po powrocie do kraju. U niektórych żołnierzy trwa kilka lub kilkanaście tygodni, zdarzają się jednak sytuacje, w których żołnierz przez wiele lat nie jest w stanie powrócić do normalnego życia w kraju. Zmiana funkcjonowania dotyczy zarówno żołnierza, jak i jego najbliższych. Życie w ciągłym lęku nie zwalnia ani jednej, ani drugiej strony z obowiązków. Żołnierz wykonuje swoje obowiązki

²¹ Patrz: B. Pępkowska, *Życie w stresie...*, dz. cyt., s. 125.

służbowe, jego rodzina zmagą się z codziennością i wszystkimi jej przejawami w kraju. Wielomiesięczna rozłąka zmienia obie strony i stawia przed nimi wyzwanie, gdy mają już możliwość ponownego ułożenia sobie życia razem. Z wielu badań żołnierzy, którzy mieli stwierdzone PTSD, i ich rodzin wynika, że przeżyta trauma ma wpływ na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i społeczne, a to z kolei przynosi nierzadko negatywne skutki w rodzinach i najbliższym otoczeniu. Żony i partnerki zgłaszają większą liczbę konfliktów, mniejszą bliskość i satysfakcję z małżeństwa czy związku, a także większą liczbę werbalnych i fizycznych przejawów przemocy. Związki żołnierzy, którzy doświadczyli PTSD, często mają obniżony poziom intymności, zgodności, satysfakcji i porozumienia. Osoby, które same nie doświadczyły silnego stresu, ale pozostają w bliskich relacjach z ofiarami traumatycznych wydarzeń doznawać mogą „traumatyzacji wtórnej”. Termin ten oznacza przenoszenie cierpienia z kogoś, kto doświadczył urazu, na osobę z bliskiego otoczenia. Nie dotyczy to niestety tylko współmałżonka lub partnera, ale często ma także wpływ na pełnienie ról rodzicielskich i to dzieci często doznają również „traumatyzacji wtórnej” w postaci deficytów rozwoju osobowości, wysokiego poziomu lęku i agresji. Opisane powyżej problemy mogą wiązać się także ze sposobami, których chwytają się żołnierze niemogący poradzić sobie z traumą, tzn. z nadużywaniem alkoholu. Alkohol nigdy nie rozwiązuje problemów, ale je jeszcze nasila, prowadząc często do rozstania małżeństw, nie z powodu doświadczenia przez żołnierza PTSD, ale właśnie na skutek powstałej w jego wyniku choroby alkoholowej²².

MOŻLIWOŚCI POMOCY OSOBOM DOTKNIĘTYM ZESPOŁEM STRESU POURAZOWEGO I SPOSOBY JEGO ZAPOBIEGANIA

W obliczu problemów mogących mieć miejsce po powrocie z misji w sytuacji rozwinięcia się u żołnierza PTSD należy skierować go na terapię. Jest wiele rodzajów terapii pourazowych, jedną z ciekawszych wydaje się być „przedłużona ekspozycja”, zaprezentowana w książce pt.: *Odzyskaj życie po traumie*. Autorki proponują zastosowanie terapii ekspozycyjnej, stosowanej w leczeniu zaburzeń lękowych i mającej długą tradycję w psychoterapii.

²² A. Piotrowski, *Psychospołeczne konsekwencje...*, dz. cyt., s. 137–139.

Pacjent uzyskuje pomoc w konfrontowaniu się z bezpiecznymi sytuacjami, które budzą lęk, i na tej drodze eliminowany jest nadmierny strach. Przykładem jest dobrze znana rada, której udziela się jeźdźcom konno, aby po upadku z konia dosiedli go na nowo. Dzięki temu jeździec pokonuje lęk przed powtórным upadkiem i nie dopuszcza do tego, aby strach nasilił się jeszcze bardziej. W leczeniu PTSD metodą przedłużonej ekspozycji dostępne są następujące procedury:

- edukacja na temat typowych reakcji na wydarzenia traumatyczne – można dowiedzieć się, jakie są reakcje większości osób w podobnej sytuacji, a jakie są specyficzne dla danej osoby
- trening oddechowy, nauka uspokajającej techniki oddychania
- wielokrotne ekspozycje w realnym życiu na sytuacje i zajęcia, których pacjent unika, gdyż przypominają mu o traumatycznych zdarzeniach, budzą lęk i powodują dyskomfort psychiczny
- wielokrotne i przedłużone ekspozycje wyobrażeniowe nawiązujące do wspomnień o traumatycznych zdarzeniach (wizualizacje)²³.

Przygotowanie psychologiczne żołnierzy do udziału w misjach poza granicami kraju powinno obejmować nie tylko przygotowanie teoretyczne, ale także liczne ćwiczenia i warsztaty umożliwiające nabycie kompetencji w radzeniu sobie z różnymi rodzajami lęku i stresu. Rozpoznawanie stresorów, podejmowanie aktywnych działań obniżających napięcie emocjonalne i dbanie o zachowanie higieny psychicznej pozwala żołnierzom na utrwalenie zachowań prozdrowotnych, a co za tym idzie na zminimalizowanie skutków traum i urazów psychicznych przeżytych podczas działań zbrojnych. Pozwala również ograniczyć ryzyko rozwoju zaburzeń potraumatycznych, a po powrocie do kraju przyspiesza powrót do satysfakcjonującego funkcjonowania w relacjach zawodowych i osobistych.

PODSUMOWANIE

Po wielu latach intensywnego udziału polskich żołnierzy w misjach bojowych NATO (głównie w Iraku i Afganistanie) poruszone tu problemy stresu bojowego, urazów traumatycznych związanych ze służbą wojskową oraz reakcji psychiki na nadmierny stres ściągnęły na siebie większą uwagę psychologów

²³ B. O. Rothbaum, E. B. Foa, E. A. Hembree, *Odzyskaj życie po traumie. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Poradnik pacjenta*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014, s. 13–14.

i psychiatrów w naszym kraju. Warto nadal przyglądać się tym zagadnieniom i monitorować je, aby w przyszłości częściej zapobiegać negatywnym skutkom zarówno samej służby wojskowej, jak i następstwom traumy pola walki.

SUMMARY

This article presents the factors affecting adversely on mental health status of participants of military missions and mental disorders emerging on the modern battlefield. The main stressors are threats being a result of duty in warfare, also hard climatic conditions, long-lasting separation from family, foreign language of local population, different customs, religion, caused alienation of mission personnel. The consequence of a traumatic psychic experience being a result of short-term incident or long-term event are often acute stress disorder (ASD) or posttraumatic stress disorder (PTSD). In the preparation of soldiers to leave for missions abroad should take into account the psychological preparation, which allows them to cope in a situation of great stress overload.

KEYWORDS

response to stress, military missions abroad, combat stress, PTSD, psychological help

BIBLIOGRAFIA

- Darmetko J., *Stres pola walki*, „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 2(148)/2008.
- Gąsiorowska A., *Specyfika stresu zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród podoficerów*, [w:] *Grupy dyspozycyjne społeczeństwa polskiego*, (red.) J. Maciejewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006.
- Heszen I., *Psychologia stresu*, PWN, Warszawa 2016.
- Kępiński A., *Lęk*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977.
- Nash W. P., *Stresory wojny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, (red. nauk.) Ch. R. Figley, W. P. Nash; (red. nauk. wyd. pol.) S. Ilnicki; [(przeł.) M. Dragan-Polak, M. Höffner, J. Radzicki], Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010.

Rothbaum B. O., Foa E. B., Hembree E. A., *Odzyskaj życie po traumie. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Poradnik pacjenta*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.

Pępkowska B., *Życie w stresie. Trudności, jakich mogą doświadczyć żołnierze przed, w czasie działań zbrojnych i po ich zakończeniu*, „Colloquium WNHIS”, nr 3/2016.

Piotrowski A., *Psychospołeczne konsekwencje stresu operacyjno-bojowego*, „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 2(164)/2012.

Tomaszewska I., *Psychospołeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem u wojskowej kadry zawodowej*, KUL, Lublin 2003.

Ustawa o dyscyplinie wojskowej z dnia 9 października 2009 art. 2.1 (Dz. U. z 2009 r. Nr 190, poz. 1474).

Zimbardo P. G., Johnson R. L., McCann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

Strony internetowe

Korzeniewski K., *Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki*, <http://www.medicynatropikalna.pl/images/artykuly/39.pdf>

Syndrom Stresu Pourazowego (PTSD), Centrum Psychologii i Psychoterapii „Refleksja”, <http://centrumrefleksja.pl/ptsd/>