

JAROSŁAW GROTH, KATARZYNA WASZYŃSKA, BARBARA ZYSZCZYK

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U ŻOŁNIERZY UCZESTNICZĄCYCH W MISJACH WOJSKOWYCH

ABSTRACT. Groth Jarosław, Waszyńska Katarzyna, Zyszczyk Barbara, *Czynniki ryzyka rozwoju Zespołu Stresu Pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych* [Risk factors for the development of the posttraumatic stress disorder in soldiers participating in tours of duty]. Studia Edukacyjne nr 26, 2013, Poznań 2013, pp. 297-316. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2658-1. ISSN 1233-6688

The present research aimed at answering the question of effects of the chosen factors of pre-traumatic, traumatic and posttraumatic period on the prevalence of the posttraumatic stress disorder in a sample of soldiers participating in military missions in Iraq and Afghanistan (N = 50). The research was conducted in a military unit of British Armed Forces in London. The outcomes of PCL-M questionnaire indicated PTSD in 56% of the subjects (N = 28). According to the analysis, the percentage of correct classification of the model taking into account the variables of trauma intensity ($\chi^2_{(1)} = 37.1$; $p < 0.01$), prior traumatization ($\chi^2_{(1)} = 24.8$; $p < 0.01$) and the size of the group of individuals to provide support ($\chi^2_{(1)} = 0.9$) is estimated to be 90%. The variables with the greatest impact on the development of PTSD proved to be the intensity of the trauma and early traumatization. The size of the group of people who can provide support proved to contribute to the occurrence of PTSD in combination with the other two variables.

Key words: combat stress, military mission, PTSD, trauma intensity, prior traumatization, support group

Wstęp

Kategorie zdrowia i choroby stanowią we współczesnej literaturze przedmiotu istotny element dyskursów psychopedagogicznych, zarówno teoretycznych, jak i empirycznych¹. Ich znaczenia i symbole mają cha-

¹ Z. Melosik, *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Toruń 1999; tegoż, *Młodość, styl życia i zdrowie*, Poznań 2001; V. Korporowicz, *Zdrowie w naukach społeczno-*

rakter relatywny: zależą od kultury, miejsca, czasu, kontekstu społecznego². Zdrowie uznawane jest jako wartość i przedmiot edukacji, a wiedza odnosząca się do jego mechanizmów regulacyjnych (zwiększających lub obniżających jego jakość) stale się zwiększa.

Niniejsza praca dotyczy empirycznej weryfikacji wybranych czynników ryzyka pojawienia się zespołu stresu pourazowego – PTSD u żołnierzy, a więc zaburzenia, które w istotny sposób obniża jakość życia i funkcjonowania, prowadząc niekiedy do wystąpienia zachowań samobójczych.

Tożsamość żołnierza – mężczyzny w społeczeństwie ponowoczesnym

Jedną z wersji kulturowej reprezentacji męskości, która nie zmienia się w sposób znaczący poprzez lata jest tożsamość mężczyzny – żołnierza, a więc męskości dominującej. Stoi ona w opozycji do panującego w czasach społeczeństwa konsumpcji „kryzysu lub upadku męskości”, „defensywy mężczyzn”, „feminizacji ciała i tożsamości współczesnego mężczyzny”³. Rola, pozycja społeczna, a także model męskości mężczyzny – żołnierza, jak można byłoby powiedzieć za cytowanym autorem, są niemożliwe do podważenia, choćby przez fakt, że podejmuje on w życiu działania „poważne” i „decydujące”, „podejmuje ekstremalne ryzyko (flirtuje ze śmiercią)”⁴. Podobne stanowisko przyjmuje K.R. Dutton, który stwierdza, iż z pięciu typowych dla mężczyzny ról społecznych: żywiciela, władcy, eksperta, podróżnika i żołnierza, które przez lata potwierdzały jego dominację, tylko ta ostatnia nie została przekształcona w „archaiczny artefakt”⁵. Podejmować się tej roli mogą również próbować młodzi mężczyźni, którzy w wyniku zatracenia społecznej jednorodności znaczeń i relatywizacji kategorii męskości, a czasem w wyniku problemów z integracją własnej tożsamości, będą poszukiwać nowych wzorców, dróg, kierunków działania. Mogą wśród nich znaleźć się ci, którzy wychowywani w kulcie bohatera, będą chcieli, jak ich superbohater, chronić innych,

ekonomicznych, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie współczesnym*, red. Z. Melosik, Toruń-Poznań 1999; A. Gromkowska-Melosik, *Kulturyistyka, zdrowie i tożsamość w kulturze współczesnej*, [w:] *Ciało i zdrowie*; E. Kasperek, *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, [w:] *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Z. Melosik, Poznań 2001; T. Gmerek, *Promocja zdrowia i podmiotowość jednostki: zderzenie paradygmatów*, [w:] *Młodość*; H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2000; tejże, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa 2001, L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2007.

² Z. Melosik, *Ciało i zdrowie*.

³ Za: Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków 2010.

⁴ Tamże.

⁵ K.R. Dutton, za tamże.

walczyć w obronie ludzi, prawdy i granic, ale także i tacy, którzy za pomocą siły i przemocy, jak pisze Z. Melosik, „w obliczu kryzysu swojej męskiej tożsamości, próbują wyrazić ją w sposób skrajny”⁶. Nie zmienia to jednak faktu, że wizerunek żołnierza może być odbierany jako synonim twardego mężczyzny, który wpisuje się w nurt tradycyjnej męskości, opartej na prezentowaniu siły, odwagi, zdecydowania, hartu ducha i ciała – niezłomności psychicznej i kondycji fizycznej.

Niniejsze badania, oprócz swoich klinicznych założeń, wpisują się również w nurt naukowych dyskursów nad społeczną (re)konstrukcją męskości w społeczeństwie współczesnym.

Cel badań

Celem przedstawionych badań była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o zależności między wybranymi czynnikami okresu przedtraumatycznego, okresu traumy oraz okresu potraumatycznego, których obecności doświadczyli żołnierze biorący udział w misjach wojskowych w Iraku i Afganistanie, a częstością występowania zaburzenia po stresie traumatycznym.

PTSD jest zaburzeniem, którego symptomy pojawiają się w następstwie doświadczenia przez jednostkę traumatycznego wydarzenia, zdarzenia związanego z zagrożeniem życia, poważnym uszkodzeniem ciała lub zagrożeniem fizycznej integralności swojej lub innych, czemu towarzyszy intensywny lęk, poczucie bezradności lub zgroza⁷.

Wyniki badań wskazują, iż zdarzenie traumatyczne bywa udziałem znaczącej części ogólnej populacji. W zależności od przyjętych kryteriów ocenia się, iż przynajmniej jednego wydarzenia traumatycznego w życiu doświadczyło od 30 do niemal 90% badanych osób⁸.

⁶ Melosik Z., *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, [w:] *Młodość, styl życia i zdrowie*, s. 111.

⁷ Por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 4, popr.), American Psychiatric Association, Washington DC 2000, s. 467-468; B. Dudek, *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003, s. 15; M. Lis-Turlejska, *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*, Warszawa 2002, s. 87.

⁸ Por. N. Breslau et al., *Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults*, *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48 (3); tychże, *Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in woman*, *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54, p. 81-87; za: R.C. Kessler, *Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and society*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000, 61 (5), p. 4-12; R.C. Kessler et al., *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*, *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, p. 1048-1060; M. Lis-Turlejska, *Stres traumatyczny*, s. 93-94; F. Norris, *Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups*, *Journal of Consulting and*

Pomimo wysokiego prawdopodobieństwa doświadczenia traumatycznego wydarzenia w ciągu życia, odsetek osób, u których rozwinęło się zaburzenie po stresie traumatycznym, pozostaje stosunkowo nieznaczący. Na przykład, poziom PTSD wśród tych, którzy wskazali na przeżycie traumy, szacowano na 23,6%⁹ czy 12,3%¹⁰. Pomimo psychologicznej lub fizycznej traumatyczności pewnych wydarzeń dla niemal każdego, zdolność jednostki do skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu istotnie modyfikuje charakter reakcji na owe zdarzenia. Obecność sytuacji o takim charakterze jest zatem traktowana jako warunek konieczny rozwoju PTSD, lecz niewystarczający¹¹. Niemniej jednak, częstość rozwoju PTSD wśród ofiar traumatycznych sytuacji zależy w znacznym stopniu od rodzaju stresora. Bez wątpienia, doświadczenie wojny dostarcza powtarzających się zdarzeń, których agresywny charakter, traumatyczność, nieprzewidywalność, niekontrolowalność oraz konfrontacja ze śmiertelnością własną i innych¹² może szczególnie zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju PTSD. Wiadomo jednak, że nie u wszystkich żołnierzy rozwija się obraz symptomów świadczących o stresie porazowym. Konsekwencje traumatycznych stresorów wojny ulegają modyfikacji w związku z istnieniem szeregu czynników ryzyka rozwoju PTSD, lokalizowanych w okresie przedtraumatycznym, w okresie traumy oraz w czasie potraumatycznym.

Za najważniejsze czynniki przedtraumatyczne uznaje się: płeć żeńską, uprzednie zaburzenia psychiczne (głównie lękowe) oraz wcześniejszą traumatyzację¹³. W przypadku traumy związanej z wojną podkreśla się również znaczenie młodego wieku¹⁴. W przypadku grupy żołnierzy uczestniczących w misjach – w zdecydowanej większości mężczyzn – należy zwrócić uwagę na ich zwykle młody wiek oraz wcześniejszą trauma-

Clinical Psychology, 1992, 60, p. 409-418, za: R.C. Kessler, *Posttraumatic stress disorder*; H.S. Resnick et al., *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 6, p. 984-991, za: R.C. Kessler, *Posttraumatic stress disorder*.

⁹ N. Breslau et al., *Traumatic Events*.

¹⁰ H.S. Resnick et al., *Prevalence of civilian trauma*, za: R.C. Kessler, *Posttraumatic stress disorder*.

¹¹ Por. R.J. Hartman, *PTSD, 2008. Are we ready to serve our troops?* New York 2008, p. 34; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007, s. 173.

¹² Por. J.D. Ford, *Posttraumatic Stress Disorder. Science and Practice*, New York 2009, p. 34.

¹³ Por. N. Breslau et al., *Traumatic Events*; B. Dudek, *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, s. 57.

¹⁴ Por. Ch.R. Brewin, *Posttraumatic Stress Disorder. Malady or Myth?* New Haven-London 2003, p. 50-52; E. Bromet, A. Sonnega, R.C. Kessler, *Risk Factors for DSM-III-R Posttraumatic Stress Disorder: Findings from the National Comorbidity Survey*, American Journal of Epidemiology, 1998, 147, 4, p. 353-361, za: B. Dudek, *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, s. 55.

tyzację, pamiętając, że kandydaci do udziału w misji 3-6 miesięcy przed wyjazdem poddawani są badaniu mającemu na celu identyfikację ich problemów i zaburzeń psychicznych.

Analiza czynników ryzyka rozwoju PTSD w okresie traumy wymaga uwzględnienia ich intensywności i czasu trwania. Pod uwagę należy zatem wziąć zarówno łagodniejsze, choć nieustannie utrzymujące się, stresory dnia codziennego, jak i dramatyczne oraz dewastujące zdarzenia wojny. Na pierwszą grupę składają się typowe dla misji w Iraku czy Afganistanie stresory fizyczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne¹⁵. Do najważniejszych powszechnych stresorów fizycznych należą: wysoka bądź niska temperatura (jej efekty wzmacnia ochroniające umundurowanie, w które żołnierze muszą być wyposażeni poza bazami wojskowymi, brak klimatyzacji w pojazdach, których okna muszą być zamknięte ze względów bezpieczeństwa), odwodnienie (brak kontroli utraty płynów w skrajnych przypadkach zagrażające życiu), nadmierna wilgotność (ryzyko hipotermii), zapylenie powietrza (ograniczenie widoczności, utrudnienie oddychania i utrzymywania higieny), deprywacja snu (zaburzenie funkcjonowania procesów poznawczych), wysoki poziom hałasu (eksplozje, wystrzały, krzyki), czy nieprzyjemne zapachy (odór ludzkich szczątków). Do najczęstszych stresorów poznawczych zalicza się: brak informacji (osoby zajmujące niższe szczeble w hierarchii nie dysponują strategicznymi informacjami na temat działań wojskowych, przy czym lukę informacyjną wypełniają sprzecznymi pogłoskami i domniemaniami), nadmiar informacji (zwłaszcza odnośnie trudności, na które dany żołnierz nie ma wpływu), niezgodność lub zmiana misji (kiedy w miejsce działań związanych z odbudową kraju i pomocą cywilom żołnierze muszą odpierać ataki i oczekiwać pułapek) oraz konflikt lojalności (np. wobec współtowarzyszy broni i chęci bycia z bliskimi). Wśród typowych stresorów emocjonalnych wymienia się: strach (przed śmiercią własną lub innych, okaleczeniem, wyjazdem na patrol, utratą honoru i zawiedzeniem współtowarzyszy), poczucie wstydu i winy (wskutek poczucia niedostatecznego spełnienia swych obowiązków, skrzywdzenia cywila, czy w związku z „syndromem ocalałego”) oraz poczucie beznadziejności i bezsilności (w sytuacji braku miejsc bezpiecznych). Do najistotniejszych stresorów społecznych zalicza się izolację od sieci wsparcia społecznego oraz brak prywatności i przestrzeni osobistej (wobec rozłąki z rodziną i innymi bliskimi, przy trudności w kontakcie z nimi za pośrednictwem Internetu czy telefonu). Wymienione powszechne i chroniczne stresory prowadzą do fizycznego i psychicznego osłabienia, które intensyfikuje

¹⁵ W.P. Nash, *Combat Stress Injury. Theory, Research, and Management*, [in:] *The Stressors of War*, eds Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York-London 2007, p. 11-31.

oddziaływanie zdarzenia traumatycznego i naraża jednostkę na rozwój PTSD.

Znaczenie czynników właściwych okresowi traumy obrazują badania Hoge'a i współpracowników (2004)¹⁶, przeprowadzone wśród żołnierzy biorących udział w operacjach wojskowych. Na podstawie wyników kwestionariusza PTSD Checklist (PCL) badacze rozpoznali symptomy PTSD u 18% badanych weteranów wojny w Iraku i 11,5% weteranów wojny w Afganistanie. Badając amerykańskich żołnierzy uczestniczących w działaniach wojennych w Iraku (n = 894) i Afganistanie (n = 1962), Hoge stwierdził istnienie zależności między poszczególnymi doświadczeniami traumatycznymi związanymi z wojną a rozwojem PTSD. Na przykład, wśród żołnierzy z Iraku, którzy nie kierowali ognia do innych, jak również nie byli ostrzeliwani, procent osób z PTSD wyniósł 4,5. Natomiast, wśród osób, które brały udział w wymianie ognia od trzech do pięciu razy, kryteria diagnostyczne PTSD spełniało 12,7%. Tabela 1 przedstawia ustalenia Hoge'a¹⁷ odnośnie najczęściej doświadczanych wydarzeń traumatycznych u żołnierzy spełniających kryteria diagnostyczne (DSM-IV).

Tabela 1
Wydarzenia traumatyczne doświadczane przez amerykańskich żołnierzy uczestniczących w działaniach w Iraku i Afganistanie

Doświadczenia traumatyczne	Afganistan (%)	Irak (%)
Bycie zaatakowanym lub wciągniętym w zasadzkę	58	89
Bycie ostrzeliwanym	66	93
Strzelanie do kogoś lub kierowanie ognia w czyjąś stronę	27	77
Odpowiedzialność za śmierć wroga	12	48
Odpowiedzialność za śmierć cywila	1	14
Widok martwych ciał ludzkich lub części ciała	39	95
Obcowanie z ciałami ludzkimi, częściami ciała	12	50
Widok martwych lub ciężko rannych żołnierzy	30	65
Poważnie ranna lub zabita znana osoba	43	86
Widok chorych lub martwych kobiet czy dzieci i niemożność udzielenia im pomocy	46	69
Bycie rannym na polu bitwy	5	14
Sprawdzanie, przeszukiwanie budynków	57	80

Źródło: C.W. Hoge et al., *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*, The New England Journal of Medicine, 2004, 351 (1), p. 13-22.

¹⁶ C.W. Hoge et al., *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*, The New England Journal of Medicine, 2004, 351 (1), p. 13-22.

¹⁷ Tamże, s. 18.

Należy zauważyć, że żołnierze doświadczają licznych traumatycznych wydarzeń, a złożoność i intensywność traumy wzmacnia prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym PTSD.

Wśród czynników okresu potraumatycznego zwraca uwagę sposób, w jaki środowisko rodzinne i społeczne przyjmuje wracających żołnierzy¹⁸. Do czynników utrudniających ponowną adaptację zalicza się trudność w zmianie zachowań przystosowawczych wyuczonych w trakcie misji, długotrwałe odłączenie od rodziny, które wypracowuje nowe sposoby funkcjonowania, utrata partnerów, rozpad rodziny, nadużywanie alkoholu przez doświadczających stresu weteranów, a niekiedy również społeczna stygmatyzacja. Brak wsparcia i negatywna reakcja otoczenia może powstrzymać weteranów od rozmów i ekspresji emocji związanych z traumatycznymi doświadczeniami podczas służby, co może wzmacniać symptomy PGSR i utrudniać proces przystosowania się¹⁹. Rozwój PTSD wzmacnia również zjawisko piętnowania problemów psychicznych w środowisku społecznym, a w wojskowym w szczególności²⁰. Stygmatyzacja tego rodzaju wyraźnie utrudnia poszukiwanie przez weteranów grup wsparcia.

Problem badawczy, definicje i struktura badanych zmiennych

W literaturze dotyczącej zagadnienia zaburzenia po stresie traumatycznym, PTSD, wiele uwagi poświęca się czynnikom ryzyka zwiększającym prawdopodobieństwo rozwoju tego zaburzenia, gdyż sama obecność traumatycznego wydarzenia, choć konieczna, nie jest wystarczająca. Większość ludzi doświadcza w ciągu swojego życia co najmniej jednego wydarzenia traumatycznego, lecz tylko odsetek tej populacji rozwija PTSD. Również nie u wszystkich żołnierzy doświadczających traumatycznych doświadczeń w strefach działań wojennych wystąpią symptomy PTSD. Badaczy zajmuje zatem kwestia znaczenia czynników ryzyka rozwoju PTSD.

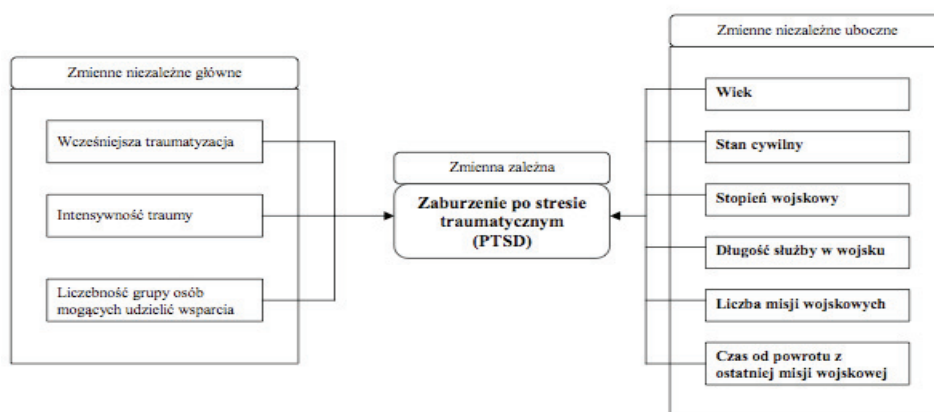
¹⁸ Por. E.E. Bolton et al., *The impact of homecoming reception on the adaptation of peacekeepers following deployment*, *Military Psychology*, 2002, 14, p. 241-251; A. Fontana, R. Rosenheck, *Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam theatre veterans: A casual model of etiology in a community sample*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1994, 182, p. 677-684; E. Jones, S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York 2005, p. 131-132; W.P. Nash, *Combat Stress Injury*, p. 11-31.

¹⁹ Por. D.R. Johnson et al., *The impact of homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: The West Haven Homecoming Stress Scale (WHHSS)*, *Journal of Traumatic Stress*, 1997, 10, p. 259-277.

²⁰ Por. Hoge et al., *Combat duty in Iraq and Afghanistan*, p. 13-22.

Celem prezentowanych badań była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy wybrane czynniki okresu przedtraumatycznego, traumy i potraumatycznego wywierają wpływ na rozwój zaburzenia po stresie traumatycznym. Badania przeprowadzono na grupie brytyjskich żołnierzy, którzy uczestniczyli w misjach wojskowych w Iraku lub Afganistanie.

W związku z powyższym problemem badawczym sformułowano pytanie badawcze odnośnie związku pomiędzy wcześniejszą traumatyzacją, intensywnością traumy oraz liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia społecznego a rozwojem PTSD.



Ryc. 1. Obraz struktury zmiennych dotyczących problemu badawczego
(źródło: opracowanie własne)

Przyjętą zmienną zależną było zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD). Za główne zmienne niezależne uznano: a) wcześniejszą traumatyzację; b) intensywność traumy; c) liczebność grupy osób mogących udzielić wsparcia. Uwzględnione zostały następujące zmienne niezależne uboczne: a) wiek; b) stan cywilny; c) stopień wojskowy; d) długość służby w wojsku; e) liczba dotychczasowych misji wojskowych; f) czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej.

Opis badanej próby

Badaniami objęto grupę 50 żołnierzy wojsk lądowych Brytyjskich Sił Zbrojnych, byłych uczestników misji wojskowych w Iraku lub Afganista-

nie. Wiek badanych wynosił od 18 do 38 lat ($M = 24,32$; $SD = 5,14$). Kawalerowie stanowili 38% próby, osoby w związkach małżeńskich – 36%, rozwiedzione – 16%, pozostające w separacji – 8%; 1 osoba badana była wdowcem. W badanej grupie dominowali żołnierze w stopniu starszego szeregowego (56%), 24% posiadało stopień szeregowego, 10% – stopień kaprała, a 10% – sierżanta. Średnia długość służby osób badanych w siłach lądowych wynosiła 7 lat. Średnia liczba misji wojskowych w strefach działań wojennych, w których uczestniczyli badani, wynosiła 7 ($SD = 5,26$), przy czym 24% badanych żołnierzy uczestniczyło dotąd tylko w jednej misji; w przypadku 30% uczestników badań liczba dotychczasowych misji wojskowych przekraczała 10 (10 - 19). Zważywszy na powyższe dane, można przyjąć, iż badane osoby w trakcie swojej służby przeciętnie raz w roku brały udział w misji na obszarze działań wojennych.

Opis zmiennych i narzędzi

Zgodnie ze zrewidowaną wersją DSM-IV²¹, PTSD jest zaburzeniem psychicznym, które może rozwinąć się w następstwie bezpośredniego, osobistego doświadczenia lub bycia świadkiem traumatycznego wydarzenia, związanego z zagrożeniem życia, poważnym uszkodzeniem ciała lub zagrożeniem fizycznej integralności swojej lub innych, czemu towarzyszy przeżycie intensywnego strachu, bezradności lub zgrozy. Rozpoznanie wymaga również obecności objawów z trzech grup symptomów – ponownego odtwarzania traumy, unikania lub stanu odrętwienia oraz zwiększonego pobudzenia układu autonomicznego. Dodatkowe warunki to: czas trwania objawów – dłużej niż miesiąc po doświadczeniu traumatycznego wydarzenia – oraz fakt powodowania przez objawy dystresu u osoby badanej oraz pogorszenia jej społecznego czy zawodowego funkcjonowania (por. tab. 2).

Tabela 2

Kryteria diagnostyczne PTSD według DSM-IV

Kryterium A: Stresor – Narażenie na traumatyczne wydarzenie

- A.1. Doświadczenie, bycie świadkiem lub konfrontacja z wydarzeniem/wydarzeniami realnymi, grożącymi śmiercią lub poważnym zranieniem albo zagrażającymi integralności fizycznej swojej lub innych
- A.2. Przeżycia intensywnego strachu, bezradności lub przerażenia w związku z tym doświadczeniem

²¹ *Diagnostic and Statistical Manual*, p. 467-468.

<p>Kryterium B: Ciągłe przeżywanie traumatycznego wydarzenia (co najmniej jeden objaw)</p> <p>B.1. Powtarzające się i natrętne stresujące przypominanie wydarzeń, zawierające obrazy, myśli i wrażenia percepcyjne</p> <p>B.2. Powtarzające się stresujące sny związane z wydarzeniem</p> <p>B.3. Zachowanie i uczucie jakby ciągłego trwania tych wydarzeń traumatycznych</p> <p>B.4. Intensywny psychologiczny stres w przypadku narażenia się na wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce, które symbolizują lub przypominają aspekt traumatycznego wydarzenia</p> <p>B.5. Reakcje fizjologiczne w przypadku narażenia się na wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce, które symbolizują lub przypominają aspekt traumatycznego wydarzenia</p>
<p>Kryterium C: Ciągłe unikanie bodźców skojarzonych z traumą lub ogólne odrętwienie (nieobecne przed urazem; co najmniej trzy objawy)</p> <p>C.1. Wysiłki, aby uniknąć myśli, uczuć lub rozmów związanych z traumatycznym wydarzeniem</p> <p>C.2. Wysiłki, aby uniknąć aktywności, miejsc lub ludzi, którzy pobudzają wspomnienie urazu</p> <p>C.3. Niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu</p> <p>C.4. Znacząco zmniejszone zainteresowanie i uczestnictwo w istotnych formach aktywności</p> <p>C.5. Poczucie obojętności lub wyobcowania</p> <p>C.6. Ograniczony zakres afektu (np. niemożność przeżywania uczucia miłości)</p> <p>C.7. Poczucie zamkniętej przyszłości (braku perspektyw na przyszłość)</p>
<p>Kryterium D: Utrzymujące się symptomy zwiększonego pobudzenia (nieobecne przed urazem; co najmniej dwa objawy)</p> <p>D.1. Trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu</p> <p>D.2. Irytacja lub wybuchy złości</p> <p>D.3. Trudności z koncentracją uwagi</p> <p>D.4. Nadmierna czujność</p> <p>D.5. Nadmierne reakcje przestraszenia</p>
<p>Kryterium E: Trwanie symptomów (z kategorii B, C, D) dłużej niż miesiąc</p>
<p>Kryterium F: Konsekwencje symptomów w postaci klinicznie znaczącego stresu lub zakłócenia społecznego, zawodowego czy innego obszaru funkcjonowania</p> <p>F.1. Zaburzenia psychosomatyczne</p> <p>F.2. Specyficzne sposoby radzenia sobie ze stresem</p> <p>F.3. Zmiany osobowościowe</p> <p>Rozpoznanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PTSD ostre – jeżeli trwanie symptomów jest krótsze niż trzy miesiące – PTSD chroniczne – jeżeli trwanie symptomów wynosi co najmniej trzy miesiące – PTSD z opóźnionym początkiem – jeżeli pojawienie się symptomów wystąpi co najmniej 6 miesięcy po traumie

Źródło: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed., rev.), American Psychiatric Association, Washington DC 2000, p. 467-468.

Za wskaźnik „wcześniejszej traumatyzacji” przyjęto fakt doświadczenia przez jednostkę – przed doświadczeniem aktualnej traumy (tj. okre-

ślonych zdarzeń związanych z uczestnictwem w konflikcie zbrojnym w Iraku lub Afganistanie) – zdarzeń zagrażających życiu lub fizycznej integralności własnej lub innych, podczas których pojawiły się reakcje intensywnego strachu, poczucia bezradności czy przerażenia. Za wskaźnik zmiennej „intensywności traury” uznano liczbę wydarzeń traumatycznych doświadczanych przez żołnierzy podczas misji w strefie działań wojennych w Iraku lub Afganistanie. „Liczebność grupy osób mogących udzielić wsparcia” rozumiano w kategoriach wsparcia spostrzeganego, wynikającego z wiedzy i przekonań człowieka o tym, gdzie i od kogo może uzyskać pomoc, na kogo może liczyć w trudnej sytuacji²². Ocenie podlegało także przekonanie o dostępności sieci wsparcia.

Przeprowadzone badania miały charakter kwestionariuszowy. Dla oceny zaburzenia po stresie traumatycznym (zmienna niezależna) posłużono się *PTSD Checklist*, wystandaryzowanym kwestionariuszem samoopisowym²³, przeznaczonym do oceny kryteriów diagnostycznych PTSD zawartych w DSM-IV²⁴, w wersji przeznaczonej dla personelu wojskowego (PCL-M). Zadaniem osób badanych było określenie stopnia natężenia/częstotliwości odczuwania symptomów PTSD na 5-punktowej skali. Przyjęto, iż dla rozpoznania PTSD konieczna jest obecność objawów z trzech grup symptomów opisywanych przez 17 pozycji kwestionariusza. Za diagnostyczne uznano zatem te wyniki, w przypadku których udzielono przynajmniej 1 odpowiedzi symptomatycznej (tj. 3 – 5), świadczącej o spełnieniu kryterium B (ponowne odtwarzanie traury), 3 odpowiedzi symptomatyczne odnośnie do kryterium C (symptomy unikania) oraz 2 odpowiedzi symptomatyczne odnośnie do kryterium D (objawy zwiększonego pobudzenia). *PCL* charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi. W badaniach nad weteranami wojny w Wietnamie rzetelność test – retest oceniono na 96%, natomiast współczynnik zgodności wewnętrznej *afla Cronbacha* wyniósł 0,97 dla wszystkich 17 symptomów (0,93 dla symptomów z kryterium B, 0,92 dla symptomów z kryterium C oraz 0,92 dla symptomów z kryterium D). Poziom czułości testu osiągnął wynik 0,82²⁵.

Dla oszacowania zmiennych niezależnych głównych i ubocznych posłużono się zmodyfikowanym na potrzeby prezentowanych badań kwestionariuszem *Post Deployment Clinical Assessment Tool* (PDCAT). Jest to narzędzie przesiewowe, pozwalające na wgląd w zróżnicowane aspekty fizycznego i psychicznego funkcjonowania, przeznaczone do identyfi-

²² Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, s. 168.

²³ F.W. Weathers et al., *The PTSD checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*, San Antonio: International Society of Traumatic Stress Studies, Available, 1993: http://www.pdhealth.mil/library/downloads/PCL_sychometrics.doc.

²⁴ *Diagnostic and Statistical Manual*.

²⁵ Por. F.W. Weathers et al., *The PTSD checklist (PCL)*.

kacji potencjalnych zaburzeń i obszarów problemów wśród żołnierzy wracających ze służby w strefach konfliktów zbrojnych. PDCAT stworzono na potrzeby departamentu obrony USA na podstawie kilku popularnych w krajach anglojęzycznych kwestionariuszy (*The Prime MD, The Patient Health Questionnaires 9 i 15, Specialised Care Questionnaire, Short-form 36*, a także *Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire*). Jego pytania dotyczyły, między innymi, objawów zaburzenia po stresie traumatycznym oraz specyficznych wydarzeń traumatycznych doświadczanych przez żołnierzy. Pytania miały na celu identyfikację obecności sytuacji traumy w ciągu życia – podczas służby wojskowej, a także w okresie dzieciństwa i dorosłości (te ostatnie traktowano jako wskaźnik wcześniejszej traumatyzacji). Kwestionariusz obejmował także pytania dotyczące natury wydarzeń traumatycznych, które miały pozwolić na określenie intensywności traumy doświadczonej przez badanych. Badanych pytano zatem o doświadczenie sytuacji (bycia świadkiem wypadku powodującego poważne obrażenia lub śmierć, bycia rannym na polu walki, prowadzenie ognia do innych ludzi, kontakt z niewinnymi ofiarami wojny itp.), przy czym proszeni byli oni o zdefiniowanie czasu zdarzenia. Jeżeli badany uczestniczył w misji w strefie działań wojennych w ciągu ostatniego roku, a deklarował również wcześniejsze wydarzenia traumatyczne, traktowano to jako wskaźnik wcześniejszej traumatyzacji. Pytanie dotyczące liczby bliskich przyjaciół lub krewnych, z którymi badany czuje się swobodnie i może rozmawiać o tym, co myśli i czuje, miało pozwolić na określenie poziomu postrzeganego wsparcia społecznego. Kwestionariusz obejmował także pytania o wiek, stan cywilny, stopień wojskowy, długość służby wojskowej, liczbę dotychczasowych misji w strefach konfliktów zbrojnych oraz czas od powrotu z ostatniej misji.

Przebieg badania

Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2010 roku w jednostce wojskowej Brytyjskich Sił Zbrojnych w Londynie. Uczestnikami była grupa 50 żołnierzy, którzy brali udział w misjach wojskowych w Iraku lub Afganistanie. Zgodnie z życzeniem badanych osób, zachowana została anonimowość oddziału wojskowego, w którym przeprowadzono badania. Odbyły się one w okresie od 1 do 6 miesięcy od chwili powrotu osoby badanej z ostatniej misji wojskowej. Średni czas od powrotu żołnierzy ze strefy działań wojennych do momentu badania wynosił niewiele ponad 3 miesiące ($M = 3,24$; $SD = 1,77$). Przyjęto, iż w owym czasie powinna

u osób badanych zadziałała naturalna sprężystość, która pomogła części osób badanych uporać się z przebytych doświadczeniem²⁶.

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wszystkie egzemplarze kwestionariuszy (PCL-M, PDCAT) zakwalifikowano do analiz statystycznych.

Wyniki i rezultaty

Do analizy statystycznej danych użyto pakietu PASW Statistics 18. Celem analiz była odpowiedź na pytanie o związki między PTSD a wcześniejszą traumatyzacją, intensywnością traumy oraz liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia. Analiza współzależności została oparta na współczynnikach korelacji *r*-Pearsona. Dla oszacowania znaczenia współwystąpienia zmiennych niezależnych dla wzrostu prawdopodobieństwa PTSD przeprowadzono analizę regresji logistycznej.

Na podstawie wyników kwestionariusza PCL zaburzenie po stresie traumatycznym rozpoznano u 56% osób badanych (*N* = 28). Symptomaми o największym nasileniu okazały się: 1) zwiększona czujność i wyczuwanie na bodźce; 2) unikanie myśli i rozmów dotyczących stresującego zdarzenia i/lub tłumienie odczucia, jakie ono wywołało; 3) nawracające przykre sny o stresującym doświadczeniu; 4) problemy z zasypianiem i utrzymaniem snu; 5) odczucie podenerwowania i/lub przestraszenia wobec nieoczekiwanych sytuacji; 6) reakcje fizjologiczne w związku ze wspomnianiem stresującego zdarzenia (przyspieszone bicie serca, trudności z oddychaniem, pocenie się itp.); 7) odczucie obcości wobec innych ludzi i/lub odcięcie się od nich.

Zgodnie z wynikami uzyskanymi za pomocą kwestionariusza PDCAT, wcześniejsza traumatyzacja nastąpiła u 72% badanych (*N* = 36), które przed doświadczeniem traumatycznych zdarzeń związanych z uczestnictwem w ostatniej misji doświadczyły zdarzenia stwarzającego zagrożenie życia lub fizycznej integralności własnej lub bliskich, któremu towarzyszyły reakcje intensywnego strachu, poczucie bezradności czy przerażenie.

Badane osoby doświadczyły 9 z 13 objętych kwestionariuszem specyficznych dla sytuacji wojny zdarzeń traumatycznych, których liczbę przyjęto za wskaźnik intensywności traumy. Badani doświadczyli średnio 3,98 tego rodzaju sytuacji (*SD* = 1.96) – 1 osoba doświadczyła tylko jednego zdarzenia, 18 – dwóch, 3 – trzech, 6 – czterech, 12 – pięciu, 4 – sześciu, 4 – siedmiu, 1 – ośmiu i 1 – dziewięciu. Do najczęściej wymienianych zdarzeń należały w kolejności: a) strzelanie do kogoś lub kiero-

²⁶ Por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, s. 173.

wanie ognia w czyjąś stronę; b) bycie ostrzeliwanym; c) branie udziału i/lub bycie świadkiem wypadku będącego przyczyną poważnego obrażenia lub śmierci; d) widok martwych lub ciężko rannych żołnierzy; f) znajomość z kimś, kogo poważnie zraniono lub zabito; g) widok niewinnych ofiar wojny; h) widok, obcowanie, zapach martwych ciał lub części ciała.

Zgodnie z danymi uzyskanymi na podstawie kwestionariusza PDCAT, w ramach którego badani mieli określić poziom wsparcia społecznego, w badanej próbie liczba bliskich przyjaciół lub krewnych, z którymi badani czują się swobodnie i mogą z nimi rozmawiać o tym, co myślą i czują, wahała się od 2 do 14 osób ($M = 4,26$; $SD = 2,09$).

W celu zweryfikowania hipotez odnośnie związku pomiędzy wcześniejszą traumatyzacją, intensywnością traury oraz liczebnością grupy osób postrzeganych jako źródło wsparcia a częstotliwością rozwoju PTSD posłużono się współczynnikiem r -Pearsona (por. tab. 3).

Tabela 3

Wcześniejsza traumatyzacja a PTSD

		PTSD
Wcześniejsza traumatyzacja	korelacja Pearsona	,704**
	istotność (dwustronna)	,000
	N	50
Intensywność traury	korelacja Pearsona	,861**
	istotność (dwustronna)	,000
	N	50
Liczebność grupy osób mogących udzielić wsparcia	korelacja Pearsona	,131
	istotność (dwustronna)	,365
	N	50

** – korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4

Tabele krzyżowe – PTSD a wcześniejsza traumatyzacja oraz intensywność traury

			PTSD		Ogółem
			brak PTSD	obecność PTSD	
Wcześniejsza traumatyzacja	brak wcześniejszej traumatyzacji	liczebność	14	0	14
		% z PTSD	63,6%	,0%	28,0%
	wcześniejsza traumatyzacja	liczebność	8	28	36
		% z PTSD	36,4%	100,0%	72,0%
Ogółem		liczebność	22	22	28
		% z PTSD	100,0%	100,0%	100,0%
Intensywność traury	1	liczebność	1	0	1
		% z PTSD	4,5%	,0%	2,0%

			PTSD		Ogółem
			brak PTSD	obecność PTSD	
Intensywność traумы	2	liczebność	18	0	18
		% z PTSD	81,8%	,0%	36,0%
	3	liczebność	3	0	3
		% z PTSD	13,6%	,0%	6,0%
	4	liczebność	0	6	6
		% z PTSD	,0%	21,4%	12,0%
	5	liczebność	0	12	12
		% z PTSD	,0%	42,9%	24,0%
	6	liczebność	0	4	4
		% z PTSD	,0%	14,3%	8,0%
	7	liczebność	0	4	4
		% z PTSD	,0%	14,3%	8,0%
	8	liczebność	0	1	1
		% z PTSD	,0%	3,6%	2,0%
	9	liczebność	0	1	1
		% z PTSD	,0%	3,6%	2,0%
Ogółem		liczebność	22	28	50
		% z PTSD	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych analiz i uzyskanych statystycznie istotnych wyników można przyjąć istnienie w badanej grupie osób zależności pomiędzy PTSD a wcześniejszą traumatyzacją oraz intensywnością traумы. Natomiast, uzyskany wynik nie dostarczył podstaw do odrzucenia hipotezy o braku związku między liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia a rozwojem PTSD (por. tab. 3). Celem odpowiedzi na pytania szczegółowe, dotyczące pozostałych zmiennych niezależnych, zastosowano tabele krzyżowe (por. tab. 4).

Uzyskany wynik daje podstawy do odrzucenia hipotezy o braku związku między wcześniejszą traumatyzacją a rozwojem zaburzenia po stresie traumatycznym. W badanej grupie wszystkie jednostki, u których rozpoznano PTSD (56% grupy), doświadczyły uprzednio traumatyzacji. Można więc założyć, iż fakt wcześniejszej traumatyzacji istotnie przyczynia się do wzrostu ryzyka rozwoju PTSD na skutek traumatycznego doświadczenia. Podobnie, przeprowadzone analizy nie dostarczają podstaw do odrzucenia hipotezy o braku związku między intensywnością traумы a rozwojem zaburzenia po stresie traumatycznym. Uzyskane wyniki sugerują, iż prawdopodobieństwo rozwoju PTSD nasila się wraz ze wzrostem intensywności traумы (tj. liczby wydarzeń traumatycznych specyficznych dla misji w strefie działań wojennych). PTSD nie rozwinę-

ło się w grupie osób badanych, które deklarowały doświadczenie nie więcej niż 3 zdarzeń traumatycznych. Osoby, u których PTSD się rozwinęło, relacjonowały uczestnictwo w co najmniej 4 tego rodzaju wydarzeniach.

W celu zweryfikowania hipotezy o związku pomiędzy wyszczególnionymi zmiennymi – wcześniejszą traumatyzacją, intensywnością traumy oraz liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia – a częstotliwością rozwoju PTSD posłużono się analizą regresji logistycznej.

Tabela 5

Tabela klasyfikacji zmiennej zależnej PTSD

Obserwowane		Przewidywane		
		PTSD		Procent poprawnych klasyfikacji
		brak PTSD	obecność PTSD	
Krok 1	PTSD	20	2	90,9
	brak PTSD	3	25	89,3
	Procent ogółem			90,0

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z uzyskanymi wynikami, procent poprawności klasyfikacji modelu uwzględniającego zmienne intensywności traumy ($\chi^2_{(1)} = 37,1$; $p < 0,01$), wcześniejszej traumatyzacji ($\chi^2_{(1)} = 24,8$; $p < 0,01$) oraz liczebności grupy osób mogących udzielić wsparcia ($\chi^2_{(1)} = 0,9$) wynosi 90%. Zmiennymi o największym wpływie na częstotliwość rozwoju PTSD okazały się intensywność traumy oraz wcześniejsza traumatyzacja. Zachodzący związek jest pozytywny ($B = 0,39$; $SE = 0,12$), co oznacza, że wraz z nasileniem intensywności traumy oraz obecnością wcześniejszej traumatyzacji wrasta ryzyko wystąpienia PTSD. Sama liczebność grupy mogącej udzielić wsparcia okazała się nieistotna dla częstotliwości rozwoju PTSD, lecz w połączeniu z dwiema pozostałymi zmiennymi jej obecność okazała się przyczyniać do wzrostu szansy na wystąpienie PTSD. Z przeprowadzonych analiz wynika, iż wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia PTSD w sytuacji współwystępowania wyróżnionych zmiennych wynosi 47,8%. Analiza regresji logistycznej potwierdza zatem hipotezę o istnieniu związku między wcześniejszą traumatyzacją, intensywnością traumy oraz liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia a rozwojem zaburzenia po stresie traumatycznym.

Wnioski

Celem prezentowanych badań była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o znaczenie wybranych czynników mogących zwiększać prawdo-

podobieństwo rozwoju PTSD u żołnierzy biorących udział w misjach w Iraku i Afganistanie. Uzyskane wyniki pozwoliły na potwierdzenie hipotez o istotnej statystycznie zależności między wcześniejszą traumatyzacją oraz intensywnością traury a częstotliwością rozwoju PTSD. Mogą one stanowić potwierdzenie dla wniosków z dotychczasowych badań nad znaczeniem wcześniejszej traumatyzacji jako czynnika zwiększającego ryzyko rozwoju PTSD²⁷, jak i nad wpływem częstotliwości i intensywności wydarzeń traumatycznych na rozwój PTSD²⁸. Można przypuszczać, iż brak oczekiwanej zależności między PTSD a liczebnością grupy osób mogących udzielić wsparcia, a więc przekonania o dostępności sieci wsparcia, może wynikać ze specyfiki grupy badawczej. Ów brak związku może tłumaczyć identyfikowane w kulturze wojskowej zjawisko stygmatyzacji wobec przejawianych słabości i problemów, składające do niechęci do zwracania się o pomoc do innych.

Jak pisze Z. Melosik,

mimo że siła fizyczna odgrywa coraz mniejszą rolę w życiu codziennym mężczyzn, ciągle jeszcze ma znaczenie symboliczne, szczególnie w dominujących wersjach męskości²⁹.

To stereotypowe pojmowanie męskości, oparte na tężyznie fizycznej, sprawności ciała i odwadze utrudnia, a nawet uniemożliwia sięganie i korzystanie z pomocy w sytuacji pojawiających się trudności i problemów.

W.J. Gibson podaje, że

ideał silnego mężczyzny (...) nawiązuje do nowej kultury wojny, która (...) propaguje ideał walki jako „jedyne sposoby na życie”³⁰. Współczesny żołnierz – bohater wojenny charakteryzuje się „stalowym ciałem, całkowitą niezależnością emocjonalną oraz świadomą izolacją zarówno od kobiet jak i całego społeczeństwa”³¹.

Taki mężczyzna nie czuje strachu, nie ma wątpliwości, jest twardy i zahartowany, gotowy do poświęceń. Prezentuje siłę, heroizm i wiarę w zwycięstwo. Jest ideałem mężczyzny, wzorem dla innych młodych chłopaków, którzy poszukują swej tożsamości. Symbolizuje hart ducha, zdolność do opanowania słabości, drogę do triumfu. Chroni innych, społeczeństwo i walczy w imię najwyższych wartości.

²⁷ Por. N. Breslau et al., *Traumatic Events*; Ch.R. Brewin, *Posttraumatic Stress Disorder*, p. 50-52.

²⁸ Por. C.W. Hoge, *Malady or Myth?*; R.C. Kessler, *Posttraumatic stress disorder*, p. 4-12.

²⁹ Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza*, s. 194.

³⁰ Tamże, s. 207.

³¹ K.R. Dutton za: tamże, s. 207.

Mężczyznom – żołnierzom, którzy konstruowali swoją tożsamość wokół takiego wzoru męskości, może być trudno poradzić sobie z pojawiającymi się u nich reakcjami i stanami emocjonalnymi. Samoocenę „twardego mężczyzny” wyznacza zerojedynkowy przekaz: albo jestem odważny albo słaby, albo jestem bohaterem albo tchórzem. Wystąpienie objawów zespołu pourazowego może w przypadku żołnierzy zaburzać w dużym stopniu ich poczucie własnej tożsamości zarówno w obszarze roli płciowej (poczucie męskości), jak i zawodowej.

Wyniki przedstawianych badań wydają się mieć istotne znaczenie w odniesieniu do szczególnej grupy, jaką stanowią żołnierze uczestniczący w misjach wojskowych, którzy parokrotnie powracają do stref działań wojennych, gdzie po wielokroć doświadczają zdarzeń o traumatycznym charakterze.

W wyniku migracji i zmian demograficznych, przed osobami zajmującymi się profesjonalną pomocą psychologiczną i pedagogiczną (jak klinicyści, terapeuci, pracownicy socjalni, kuratorzy, doradcy itp.) występują nowe trudności i problemy społeczne. Społeczeństwo staje się coraz bardziej wielokulturowe, co powoduje pojawienie się innej (a zatem również z innymi doświadczeniami biograficznymi) kategorii klientów.

W ramach procedur i technik pracy terapeutycznej z osobami z PTSD korzysta się ze strategii, które mają na celu: 1) normalizowanie reakcji na traumę, 2) wspieranie adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie, 3) zmniejszanie strategii unikania (aktywnych i pasywnych), 4) zmianę atrybucji znaczenia traumy³². We wszystkich tych technikach istotny jest element edukacji, jako czynnika umożliwiającego wystąpienie zmiany.

Tematyka artykułu oraz uzyskane w tym projekcie wyniki wydają się mieć istotne znaczenie przy konstruowaniu modelu pomocy psychopedagogicznej również dla osób znajdujących się w sytuacji kryzysu tożsamości, zagubienia oraz przeciążenia emocjonalnego.

Zgodnie z intencją autorów, praca ta miała również na celu przyczynienie się do upowszechnienia wiedzy na temat PTSD oraz specyfiki funkcjonowania populacji żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Jak wyżej wspomniano, być może zachęcając do refleksji, stanie się też źródłem pewnych sugestii i postulatów w dziedzinie dyskusji na temat konstruowania zdrowej tożsamości.

³² J.L. Herman, *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk 1998; R.K. James, B.E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, Warszawa 2005; M. Lis-Turlejska, A. Łuszczyńska, *Terapia potraumatyczna*, [w:] *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, s. 453-466, za: L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*.

BIBLIOGRAFIA

- Bolton E.E., Litz B.T., Glenn D.M., Orsillo S., Roemer L., *The impact of homecoming reception on the adaptation of peacekeepers following deployment*, Military Psychology, 2002, 14.
- Breslau N., Davis G.R., Andreski P., Peterson E., *Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults*, Archives of General Psychiatry, 1991, 48 (3).
- Breslau N., Davis G.C., Peterson E.L., Schultz L., *Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in woman*, Archives of General Psychiatry, 1997, 54.
- Brewin Ch.R., *Posttraumatic Stress Disorder. Malady or Myth?* Yale University Press, New Haven-London 2003.
- Bromet E., Sonnega A., Kessler R.C., *Risk Factors for DSM-III-R Posttraumatic Stress Disorder: Findings from the National Comorbidity Survey*, American Journal of Epidemiology, 1998, 147, 4.
- Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed., rev.), American Psychiatric Association, Washington DC 2000.
- Dudek B., *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Fontana A., Rosenheck R., *Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam theatre veterans: A casual model of etiology in a community sample*, Journal of Nervous and Mental Disease, 1994, 182.
- Ford J.D., *Posttraumatic Stress Disorder. Science and Practice*, Elsevier, New York 2009.
- Gmerek T., *Promocja zdrowia i podmiotowość jednostki: zderzenie paradygmatów*, [w:] *Młodość styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2001.
- Gromkowska A., *Kulturystyka, zdrowie i tożsamość w kulturze współczesnej*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie współczesnym*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Edytor, Toruń-Poznań 1999.
- Hartman R.J., *PTSD, 2008. Are we ready to serve our troops?* iUniverse, New York 2008.
- Herman J.L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., McGurk D., Cotting D.I., Koffman R.L., *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*, The New England Journal of Medicine, 2004, 351 (1).
- James R.K., Gilliland B.E., *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2005.
- Johnson D.R., Lubin H., Rosenheck R., Fontana A., Southwick S., Charney D., *The impact of homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: The West Haven Homecoming Stress Scale (WHHSS)*, Journal of Traumatic Stress, 1997, 10.
- Jones E., Wessely S., *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, Taylor and Francis Group, New York 2005.

- Kasperek E., *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, [w:] *Młdzież styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2001.
- Kessler R.C., *Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and society*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000, 61 (5).
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B., *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*, *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52.
- Korporowicz V., *Zdrowie w naukach społeczno-ekonomicznych*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie współczesnym*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Edytor, Toruń-Poznań 1999.
- Lis-Turlejska M., *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
- Lis-Turlejska M., Łuszczyńska A., *Terapia potraumatyczna*, [w:] *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, ENETEIA – Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2006.
- Melosik Z., *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, [w:] *Młdzież styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, red. Z. Melosik, Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2001.
- Melosik Z., *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Melosik Z. (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wydawnictwo Edytor, Toruń 1999.
- Melosik Z. (red.), *Młdzież, styl życia i zdrowie*, Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2001.
- Nash W.P., *Combat Stress Injury. Theory, Research, and Management*, [in:] *The Stressors of War*, eds Ch.R. Figley, W.P. Nash, Routledge, Taylor and Francis Group, New York-London 2007.
- Norris F., *Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60.
- Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Dansky B.S., Saunders B.E., Best C.L., *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 6.
- Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Sholar, Warszawa 2001.
- Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Weathers F.W., Litz B.T., Herman D.S., Huska J.A., Keane T.M., *The PTSD checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. San Antonio: International Society of Traumatic Stress Studies. Available, 1993: http://www.pdhealth.mil/library/downloads/PCL_psychometrics.doc