

ARTYKUŁ ORYGINALNY/ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 04.03.2013 • Poprawiono/Corrected: 29.05.2013 • Zaakceptowano/Accepted: 02.06.2013

© Akademia Medycyny

Poczucie koherencji a występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym w grupie zawodowych żołnierzy uczestniczących w misji wojskowej poza granicami kraju - doniesienie wstępne

Sense of coherence and the occurrence of posttraumatic stress disorder among professional soldiers participating in military missions abroad - preliminary study



Paweł Rasmus¹, Dominika Makowska², Agnieszka Stetkiewicz-Lewandowicz¹, Tomasz Sobów¹, Waldemar Machała^{3,4}

¹ Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Szpitalny Oddział Ratunkowy, Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital Powiatowy w Oleśnie

³ Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

⁴ Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego im. gen. S. Hubickiego w Łodzi

Streszczenie

Wstęp. Wykonywanie obowiązków zawodowych w czasie misji zagranicznych związane jest z silnym stresem; ciągłą obawą utraty życia i zdrowia. Zauważono, że sytuacje psychotraumatyzujące, często towarzyszące żołnierzom odbywającym służbę poza granicami kraju mogą – jako bodźce stresogenne – uruchamiać różne mechanizmy adaptacyjno-kompensacyjne i wpływać na stan emocjonalny i zachowanie, w tym na występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym. **Cel pracy.** Ustalenie wzajemnej zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji a występowaniem objawów zespołu stresu pourazowego w grupie żołnierzy zawodowych, ocena roli poczucia koherencji w pojawieniu się i trwaniu zaburzeń po stresie traumatycznym oraz analiza ewentualnego związku pomiędzy udziałem w misjach poza granicami kraju, a ryzykiem wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym. **Materiał i metody.** Badaniami została objęta grupa 80 żołnierzy służby czynnej Wojska Polskiego, mężczyzn w wieku 22-53 lat, w tym 30 pełniących swoje obowiązki na misjach poza granicami Polski oraz 50 pełniących służbę w jednostkach na terenie kraju. Do oceny objawów i rozpoznania zespołu stresu pourazowego wykorzystano Kwestionariusz PTSD autorstwa Dudka. Poczucie koherencji zmierzono natomiast za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej autorstwa Antonovskiego. **Wyniki.** 8 spośród 30 żołnierzy uczestniczących w misji poza granicami kraju spełniało kryteria diagnostyczne PTSD. Zauważono, że poczucie sensowności różnicuje żołnierzy ze zdiagnozowanym PTSD i bez takiej diagnozy. Ponadto spośród składowych poczucia koherencji tylko zrozumiałość była negatywnie skorelowana z poziomem nawracania należącego do symptomów PTSD. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 145-154.*

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, zespół stresu pourazowego, żołnierze zawodowi, leczenie

Abstract

Background. PTSD is prolonged reaction to a traumatic event which is a difficult experience for the individual. **Objective.** The aim of the study was to evaluate the correlation between the level of sense of coherence and

the occurrence of PTSD symptoms among professional soldiers, to assess the role of sense of coherence in the emergence and persistence of posttraumatic stress disorder and to analyze the possible relationship between participation in missions abroad and the risk of posttraumatic stress disorder. **Material and methods.** A group of 80 male professional soldiers of the Polish Army, aged 22-53, was tested, including 30 soldiers performing their duties on missions outside Polish borders and 50 serving in the country. Dudek's PTSD questionnaire was used for the evaluation of symptoms and diagnosis of PTSD. Sense of coherence was measured using the Orientation to Life Questionnaire by Antonovski. **Results.** The results show that the main cause of the development of the disorder was the participation in military missions abroad. Emotions that accompanied the soldiers during the event or appeared directly after it can attest to lived trauma. 8 of the 30 soldiers involved in the mission abroad fulfilled the diagnostic criteria for PTSD. It was noted that a sense of meaningfulness differentiates soldiers diagnosed with PTSD and without such diagnosis. In addition, out of the components of the sense of coherence only comprehensibility was negatively correlated with the level of recurrence belonging to the symptoms of PTSD. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 145-154.*

Keywords: sense of coherence, posttraumatic stress disorder, stress among professional soldiers

Wstęp

Ponad 3 tysiące polskich żołnierzy służy obecnie poza granicami kraju. Misje w Iraku, Afganistanie czy Czadzie są bardzo trudne, co wynika przede wszystkim z miejsca i charakteru służby; oddalenia od domu i bliskich, jak również działań bojowych i odpowiedzialności za życie swoje, kolegów i innych osób [1,2].

Zespół stresu pourazowego (*PTSD - PostTraumatic Stress Disorder*), nazywany też zaburzeniem stresowym pourazowym, to jednostka chorobowa, która została wprowadzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne pod koniec 1980 r. [3]. Problematyka ta rozwija się zatem dopiero przez ostatnie 30 lat jako nowy obszar badań psychiatrycznych i psychologicznych. Problem dotyczy przede wszystkim uczestników wojen (żołnierzy i cywilów), ale także odnosi się do ofiar katastrof komunikacyjnych, klęsk żywiołowych, wszelkiego rodzaju przemocy, a ostatnio także terroryzmu [4,5].

Wykonywanie obowiązków zawodowych w czasie misji zagranicznych wiąże się z silnym stresem; ciągłą obawą utraty życia i zdrowia. Obrazy śmierci mogą powodować trwałe ślady w psychice żołnierza [6]. Koszmary senne, powracające złe wspomnienia pozostają mimo powrotu do ojczyzny i mogą towarzyszyć żołnierzom do końca życia [7]. Czynniki te nierzadko przyczyniają się do powstania zaburzenia nazwanego zespołem stresu pourazowego [8].

Zaburzenie to znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10 [9] w rozdziale: Zaburzenia nerwicowe związane ze

stresem i pod postacią somatyczną, jako Zaburzenia stresowe pourazowe (F.43.1) w rozdziale: Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne.

Kryteria pozwalające rozpoznać PTSD to przede wszystkim przeżycie traumatycznego zdarzenia, w którym wystąpiły dwa czynniki: doświadczenie lub bycie świadkiem zdarzenia grożącego śmiercią lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu (własnym lub innych osób) oraz silny strach, poczucie bezradności lub przerażenia.

Traumatyczne zdarzenie jest ciągle doświadczane na nowo poprzez nawracające i natrętne wspomnienia oraz koszmary senne. Występuje silny niepokój w styczności z wewnętrznymi bądź zewnętrznymi bodźcami symbolizującymi lub przypominającymi jakiś aspekt traumatycznego wydarzenia. Pojawiają się objawy nadpobudliwości, trudności w zasypianiu, niekontrolowane wybuchy gniewu, lęk, nadmierna czujność. Osoba, która przeżyła traumatyczne zdarzenie unika bodźców związanych z urazem (rozmów, miejsc, itp.). Jednocześnie pojawiają się: wyraźne zmniejszenie zainteresowania wykonywaniem istotnych czynności, poczucie wyłączenia lub wyobcowania, wrażenie zamkniętej przyszłości. Te wszystkie objawy powodują klinicznie znaczące pogorszenie samopoczucia lub upośledzenie społecznych, zawodowych bądź innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Badania epidemiologiczne nad tym zaburzeniem sięgają połowy lat 70. XX wieku. Po raz pierwszy rozpoznano je wśród więźniów obozów koncentracyjnych [4]. Wśród weteranów wojny wietnamskiej zespół stresu pourazowego zdiagnozowano u 31% osób. PTSD

częściej pojawiał się u żołnierzy, którzy brali czynny udział w walce [5].

Badania wskazują, że każdy człowiek może doświadczyć zdarzenia traumatycznego, są natomiast zawody, których wykonywanie zwiększa ryzyko uczestniczenia w zdarzeniu traumatycznym i wystąpienie objawów PTSD [10]. Zawody ryzyka wykonują pracownicy służby zdrowia, Straży Pożarnej, Policji i Wojska. Osoby te ze względu na charakter swojej pracy często biorą udział w zdarzeniach, w których doznają „ekstremalnych silnych emocji negatywnych – od strachu, przez lęk i przerażenie – aż po bezradność” [11]. Prowadzić to może do wystąpienia charakterystycznego zespołu reakcji psychicznych i fizjologicznych.

Badania epidemiologiczne przeprowadzone wśród amerykańskich żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych wskazały, że aż 10% spośród nich zostaje ewakuowanych z tzw. teatru (rejonu działań bojowych) do kraju z powodu zaburzeń psychicznych [12]. Do najczęstszych przyczyn wcześniejszego powrotu do kraju należy występowanie zespołu stresu pourazowego. Szacuje się, że 15% żołnierzy uczestniczących w misjach w Iraku powraca z objawami PTSD, a aż 24% żołnierzy uczestniczących w tej samej misji od roku 2003 do roku 2004 popełniło samobójstwo. PTSD i depresja z kolei występowała najczęściej wśród żołnierzy biorących udział w misji w Iraku – 19,1%, następnie w Afganistanie 11,3%. W innych misjach prowadzonych na świecie PTSD występuje wśród 8,5% żołnierzy [13].

Badania Antonovskiego przeprowadzone na ofiarach holocaustu udowodniły, że poczucie koherencji w dużym stopniu wpływa na poziom radzenia sobie ze zdarzeniami traumatycznymi.

Poczucie koherencji to specyficzny rodzaj zasobu odporności jednostki. Jest to globalna orientacja człowieka, w której ma on przeświadczenie, że bodźce napływające ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter spójny, wytłumaczalny i jasny – „rozumiałość” [14]. Dostęp do odpowiednich środków, dzięki którym możliwe jest uporanie się z wymaganiami stawianymi przez dane bodźce nazwana została przez Antonovskiego „zaradnością”. Emocjonalnym odpowiednikiem „rozumiałości” jest „sumienność”, która odnosi się do zakresu, w jakim człowiek odczuwa, że jego wybory mają sens z emocjonalnego punktu widzenia. Całość stanowi trwały oraz uogólniony sposób postrzegania świata i odnalezienia

w nim swojego miejsca. Poczucie koherencji rozwija się dzięki oddziaływaniom wychowawczym a także pod wpływem doświadczeń życiowych, treningów i szkoleń. Na jego rozwój ma wpływ przede wszystkim „doświadczenie sytuacji nacechowanych spójnością, równowaga pomiędzy przeciążeniem, a niedociążeniem i udział w podejmowaniu decyzji”. Silne poczucie koherencji odpowiedzialne jest za to, że w sytuacjach trudnych, w tym także o charakterze traumatycznym, doświadczanych przez człowieka rzadziej pojawia się apatia, czy uczucie beznadziejności. Sprawia, że człowiek chce się angażować w zadania społeczne oraz, że potrafi dojść do porozumienia z innymi. Nawet trudne sytuacje sprawiają, że jednostka poszukuje w nich „pozytywnych aspektów, porządkowania sytuacji i nadawania jej emocjonalnego sensu” [15].

Zależność między poczuciem koherencji, a występowaniem zespołu stresu pourazowego obrazują doświadczenia osób, które przeżyły II wojnę światową. Ofiary represji politycznych często doświadczają skutków stresu pourazowego, pod postacią poczucia bezsensu istnienia, lęku, depresji, oraz dolegliwości somatycznych. Jednocześnie, jak pokazują wyniki badań, wiele osób, które przeżyły holocaust ma poczucie sensowności i spójności świata i swoich działań oraz dobrze radzi sobie w późniejszym życiu, właśnie dzięki wysokiemu poczuciu koherencji [15].

Cel pracy

Zespół stresu pourazowego ma złożone przyczyny, mechanizmy i uwarunkowania. Ponadto, ze względu na negatywne konsekwencje tego zaburzenia, zapobieganie jego wystąpieniu oraz przeciwdziałanie jego skutkom uznać należy za ważne nie tylko w aspekcie medycznym, ale także społeczno-zawodowym. Zauważono, że sytuacje psychotraumatyzujące, często towarzyszące żołnierzom służącym poza granicami kraju, mogą – jako bodźce stresogenne – uruchamiać różne mechanizmy adaptacyjno-kompensacyjne i wpływać na stan emocjonalny i zachowanie, w tym na występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym.

Zagrożenie wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym wydaje się być większe u osób narażonych na działanie czynników traumatyzujących. Z tego względu badaniami objęto grupę żołnierzy zawodowych (służby czynnej) pełniących swoje obowiązki służbowe poza granicami kraju, celem określenia tych czynników psychospołecznych, które mogą mieć

wpływ na pojawienie się i trwanie PTSD.

Celem prezentowanych badań było:

1. Ustalenie wzajemnej zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji a występowaniem objawów zespołu stresu pourazowego w grupie zawodowych żołnierzy.
2. Ocena roli poczucia koherencji w pojawieniu się i trwaniu zaburzeń po stresie traumatycznym.
3. Analiza ewentualnego związku pomiędzy udziałem w misjach poza granicami kraju a ryzykiem wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym.

Materiał i metody

Badaniami została objęta grupa 80 żołnierzy służby czynnej Wojska Polskiego, mężczyzn w wieku 22-53 lat, z których 30 pełniło swoje obowiązki na misjach poza granicami Polski. Grupę porównawczą stanowiło 50 żołnierzy pełniących służbę w jednostkach wojskowych na terenie kraju. Dobór próby miał charakter celowy. Głównymi kryteriami doboru do grupy badanej były m.in. uczestnictwo w misjach w Iraku i Afganistanie.

Badania przeprowadzone w Jednostce Wojskowej nr 2231 w Elblągu miały charakter anonimowy a na ich przeprowadzenie wyrazili zgodę sami respondenci, dowódca Brygady (jednostki wojskowej) i podlegli mu dowódcy, oraz Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: numer RNN/ 608/11/KB.

Badania zostały przeprowadzone dwuetapowo. Najpierw, pod kątem poczucia koherencji, zbadano żołnierzy przed opuszczeniem kraju. Wykorzystano do tego Kwestionariusz Orientacji Życiowej autorstwa Antonovskiego [14]. Każdy poddany badaniu żołnierz musiał ustosunkować się do 29 stwierdzeń, przy pomocy siedmiostopniowej skali, określającej jego reakcje wobec różnych sytuacji. Kwestionariusz mierzył trzy składowe:

- I. 11 pozycji - poczucie zrozumiałości, czyli postrzeganie bodźców napływających z zewnątrz jako bodźce spójne i zrozumiałe.
- II. 10 pozycji - poczucie zaradności, czyli zdolność jednostki do odnajdywania w sobie zasobów pomocnych w osiągnięciu zaplanowanych celów.
- III. 8 pozycji - poczucie sensowności, czyli przekonanie, że warto angażować wszelką energię fizyczną i psychiczną, aby wpływać na swoje życie.

Ogólny poziom poczucia koherencji obliczono dodając wyniki z poszczególnych skali.

Kwestionariusz PTSD autorstwa Dudka [3] wykorzystano do oceny ewentualnych objawów i rozpoznania zespołu stresu pourazowego w grupie żołnierzy, po sześciu miesiącach od powrotu z misji poza granicami kraju.

Zastosowany kwestionariusz to metoda opisowa, w której osoba badania proszona jest, aby opisała zdarzenie, które w jej odczuciu było traumatyczne. Respondent ma za zadanie ocenić objawy, które pojawiły się w wyniku działania zdarzenia.

Objawy grupowane są w następujący sposób:

1. Natrętne powracanie obrazów i myśli mających związek ze zdarzeniem.
2. Unikanie bodźców, które przypominają zdarzenie.
3. Nadmierne pobudzenie.

Kwestionariusz został adoptowany do warunków polskich. Pomaga w rozpoznaniu PTSD, a także w pomiarze nasilenia symptomów stresu pourazowego.

Wyniki

Najliczniejszą grupę stanowili żołnierze w wieku 20-30 lat (80% badanych). Taki wskaźnik struktury zbiorowości potwierdza fakt wciąż rosnącego zainteresowania służbą wojskową wśród młodych dorosłych. Najmniej liczebną grupę (6 żołnierzy) stanowiły osoby w wieku 41-52 lat, a sytuację tę można tłumaczyć korzystaniem przez przedstawicieli tego zawodu z możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę (tzw. emeryturę pomostową).

Uczestnictwo w traumatycznym zdarzeniu potwierdzili wszyscy respondenci z grupy żołnierzy, którzy wyjeżdżali na misje wojskowe (n = 30). 9 żołnierzy uczestniczyło w jednym takim zdarzeniu, a 21 żołnierzy uczestniczyło w większej liczbie traumatycznych zdarzeń. Szczegółowe dane przedstawia tabela I.

Dla ponad 73% żołnierzy zdarzenie traumatyczne związane było z bezpośrednim zagrożeniem ich życia; taki sam wskaźnik struktury dotyczył zagrożenia życia kolegi oraz zranienia kolegi. 63% relacjonowało bycie świadkiem śmierci kolegi. Zdarzenia traumatyczne związane były również: ze zranieniem i doznaniem uszczerbku na zdrowiu - 36%, innymi makabrycznymi widokami - 56% oraz z ofiarami wśród dzieci - 20%. Aż 70% żołnierzy było zmuszonych sięgnąć po broń, a ponad 23% - użyło jej. Szczegółowe dane zawiera tabela II.

Analiza statystyczna wskazała, że spośród trzech składowych poczucia koherencji tylko zrozumiałość

Tabela I. Liczba traumatycznych zdarzeń doświadczonych przez żołnierzy wyjeżdżających na misje oraz żołnierzy niewyjeżdżających na misje wojskowe poza granicami (n = 80)

Table I. Number of traumatic events experienced by soldiers leaving for missions abroad and soldiers not leaving for military missions abroad (n = 80)

Grupa żołnierzy	Jedno zdarzenie traumatyczne	Kilka lub kilkanaście zdarzeń traumatycznych	Brak zdarzeń traumatycznych
Żołnierze niewyjeżdżający na misje (n = 50)	0	0	50
Żołnierze wyjeżdżający na misje (n = 30)	9	21	0

Tabela II. Charakter traumatycznego zdarzenia wśród żołnierzy wyjeżdżających na misje poza granicami kraju (n = 30)

Table II. The nature of traumatic events among the soldiers leaving for missions abroad (n = 30)

Charakter zagrożenia	TAK	%	NIE	%
Bezpośrednie zagrożenie życia	22	73,3	8	26,7
Zranienie, lub inny uszczerbek na zdrowiu	11	36,6	19	63,4
Zagrożenie życia lub zdrowia kolegi	22	73,3	8	26,7
Zranienie kolegi	22	73,3	8	26,7
Śmierć kolegi	19	63,4	11	36,6
Ofiary wśród dzieci	6	20	24	80
Inne makabryczne widoki	17	56,6	13	43,4
Sięgnięcie po broń	21	70	9	30
Użycie broni	7	23,4	23	76,6
Znalezienie się w agresywnym tłumie	11	36,6	19	63,4

Tabela III. Korelacja składowych poczucia koherencji oraz składowych zespołu stresu pourazowego w grupie żołnierzy zawodowych wyjeżdżających na misje poza granicami kraju (n = 30)

Table III. Correlation of SOC components and components of PTSD among professional soldiers leaving on missions abroad (n = 30)

Współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona			
PTSD \ SOC	Zrozumiałość	Zaradność	Sensowność
Nawracanie	-0,400*	-0,039	-0,334
Unikanie	-0,164	-0,019	-0,311
Pobudzenie	-0,187	-0,167	-0,263

*istotność p < 0,05

Tabela IV. Wartości średnie i odchylenia standardowe dla skali poczucia koherencji (SOC) według diagnozy PTSD

SOC	Diagnoza PTSD		
	Tak n = 8	Nie n = 72	p
Zrozumiałość	39,25 ± 3,65	40,50 ± 5,15	0,508
Zaradność	35,75 ± 4,20	35,66 ± 5,37	0,966
Sensowność	28,25 ± 3,84	33,45 ± 4,49	0,002

była negatywnie skorelowana z nawracaniem - jedną ze składowych PTSD - a korelacja ta była umiarkowana ($r = -0,400$; $p < 0,05$). Pozostałe pary współczynników nie były ze sobą skorelowane (tabela III).

Do zbadania istotności różnic pomiędzy średnimi wynikami składowych poczucia koherencji w grupie żołnierzy, którym na podstawie wyników kwestionariusza PTSD można było zdiagnozować to zaburzenie oraz żołnierzy bez takiej diagnozy zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych.

Wyniki zawarte w tabeli IV pokazują, że 8 spośród wszystkich 80 badanych żołnierzy spełniało kryteria diagnostyczne zaburzenia po stresie traumatycznym. Statystyczną istotność różnic pomiędzy średnimi wynikami składników SOC w porównywanych grupach zaobserwowano tylko w przypadku poczucia sensowności.

Poziom zrozumiałości i zaradność nie różnicował obu grupy żołnierzy ze zdiagnozowanym PTSD i bez takiej diagnozy, bowiem średnie wyniki tych dwóch zmiennych były na podobnym poziomie, odpowiednio 39,25; 40,50 oraz 35,75; 35,66.

Omówienie

Jedną z poważniejszych konsekwencji zdrowotnych traumatycznych przeżyć doświadczonych w środowisku służby żołnierza może być zespół stresu pourazowego. Najczęściej jest on wynikiem doświadczenia sytuacji krytycznej oraz towarzyszących jej silnych emocji [10]. Literatura podaje, że zaburzenie to stanowi reakcję na zdarzenia traumatyczne, do których najczęściej należy zaliczyć: poważne zagrożenie życia, widok śmierci ludzi, otrzymanie wiadomości o zagrożeniu osób bliskich, makabryczne widoki. Brak możliwości „przepracowania” emocji, myśli i obrazów, które przypominają zdarzenie jest czynnikiem wstrząsającym i często wpływa na zmianę życia i funkcjonowania, zarówno w sferze zawodowej, jak i osobistej jednostki, nawet w okresie po kilku miesiącach od doświadczenia traumy [4].

Na stres traumatyczny mogą być narażeni żołnierze przebywający na misjach w Iraku czy w Afganistanie. Stresogenne warunki, w których pełnią swoje obowiązki, a także narażenie na uczestnictwo w zdarzeniach traumatycznych, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD, będący odroczonej reakcją na stres traumatyczny.

Analiza piśmiennictwa dotyczącego zespołu

zaburzeń po stresie traumatycznym, a także badania kliniczne przeprowadzane w różnych instytucjach na całym świecie, wskazują na uczestnictwo w zdarzeniach traumatycznych - w tym przede wszystkim działaniach bojowych - jako jeden z głównych przyczyn powstania PTSD.

W świetle wyników badań będących przedmiotem niniejszego opracowania, spośród 30 żołnierzy, którzy brali udział w misjach wojskowych, 8 (26,6%) spełniło kryteria diagnostyczne zaburzenia po stresie traumatycznym. W innych badaniach prowadzonych przy wykorzystaniu niemal identycznych narzędzi diagnostycznych [4], przeprowadzonych w grupie policjantów taką diagnozę postawiono zaledwie u 4,4% spośród osób badanych. Jak wskazują badania Aleksandrowicza [16] co dziesiąty polski żołnierz wracający z zagranicznych misji może cierpieć z powodu PTSD.

Analiza wyników badań będących przedmiotem niniejszej pracy daje podstawy, by stwierdzić, że spośród wszystkich 80 badanych żołnierzy - tylko grupa 30 biorących udział w misjach w Iraku lub Afganistanie doświadczyła co najmniej jednego zdarzenia o charakterze psychotraumatyzującym. Żołnierze pełniący swoje obowiązki w jednostkach wojskowych usytuowanych na terenie kraju nie potwierdzili bycia bezpośrednim uczestnikiem lub obserwatorem sytuacji niosących znamiona psychotraumatyzujące. Brak było zatem podstaw do poszukiwania w tej grupie żołnierzy objawów zespołu stresu pourazowego.

Warto zaznaczyć, że doświadczenie sytuacji traumatycznej nie zawsze musi implikować negatywne konsekwencje zdrowotne, w tym także zwiększać ryzyko zapadnięcia na PTSD jako odroczonej reakcji na doświadczenie stresu traumatycznego. O tym, czy zaburzenie wystąpi, decyduje nie tylko udział w takim zdarzeniu, ale być może również indywidualne psychologiczne właściwości jednostki - poczucie koherencji, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. poczucia sensowności jako bufora zabezpieczającego jednostkę przed zapadnięciem na tę jednostkę chorobową.

Brak istotnych różnic pomiędzy grupami w aspekcie innych składowych poczucia koherencji można tłumaczyć między innymi tym, że codzienna praca żołnierza w czasie pełnienia swoich obowiązków służbowych na misjach poza granicami kraju prawdopodobnie wymaga wysokich umiejętności zaradczych. Natomiast dla dobrego funkcjonowania psychospołecznego konieczne jest poczucie zrozumiałości (przynajmniej w określonym aspekcie) zdarzeń

i dostrzeganie sensu swoich działań.

Wyniki niniejszych badań dotyczące korelacji pomiędzy zmiennymi składającymi się na poczucie koherencji a poziomem symptomów PTSD (tabela III) wskazują na ujemną korelację pomiędzy zrozumiałością a nawracaniem. Daje to podstawy, by stwierdzić, że żołnierze z wyższym wynikiem tej składowej poczucia koherencji charakteryzują się słabszym nasileniem symptomów PTSD. Symptomów, takich jak uporczywe nawracanie i ponowne przeżywanie traumy. Żołnierze ci rzadziej cierpią z powodu koszmarów sennych oraz w mniejszym stopniu doświadczają ponownego przeżywania poprzez halucynacje i reminiscencje (tzw. flashbacki). Może to mieć związek z tendencją do postrzegania otaczającego przez nich świata jako uporządkowanego, przewidywalnego, ale także dającego się kontrolować. Takie postrzeganie otaczającej rzeczywistości sprawia, że żołnierz sprawuje kontrolę nad istotnymi aspektami dotyczącymi jego życia zawodowego i osobistego, w tym także zdrowia i samopoczucia.

Na podstawie analizy różnic pomiędzy średnimi wynikami trzech składowych poczucia koherencji wśród żołnierzy ze zdiagnozowanym PTSD oraz brakiem takiej diagnozy (tabela IV) można wnioskować, że to przede wszystkim poczucie sensowności może pełnić funkcję zabezpieczającą przed ewentualnym wystąpieniem zaburzeń po stresie traumatycznym u żołnierzy biorących udział w misjach poza granicami kraju oraz deklarujących udział w zdarzeniach o charakterze traumatyzującym. Żołnierze, którzy nie spełniali kryteriów diagnostycznych PTSD różnili się od tych z diagnozą tym, że wszelkie ich wybory i działania celem uzyskania lepszego przystosowania do środowiska, w którym funkcjonują mają sens, a zasoby odpornościowe traktują w kategoriach własnego potencjału. Można i należy go umiejętnie wykorzystać, doskonalić i pomnażać w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami, jakie stawiają przed żołnierzem nieustannie napływające stresujące i psychotraumatyzujące bodźce.

Ponadto wyniki niniejszych badań wskazują, że percypowanie napotkanych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych jako sensownych poznawczo, uporządkowanych, ustrukturalizowanych, jasnych, wytłumaczalnych, spójnych i przewidywalnych (zrozumiałość), a także postrzeganie dostępnych zasobów jako wystarczających do sprostania wymaganiom stawianym przez bodźce stresogenne (zaradność) - nie determinują stopnia zapadalności na zaburzenie po

stresie traumatycznym w grupie żołnierzy biorących udział w misjach poza granicami kraju.

Jak pokazują wyniki badań innych autorów [17], nie tylko poczucie koherencji może determinować zachorowanie na zespół stresu pourazowego. Takie zmienne psychologiczne jak temperament również mają wpływ na to, czy i w jakim stopniu rozwinię się PTSD. Zdaniem badaczy większa reaktywność osoby, która uczestniczyła w zdarzeniu o charakterze traumatycznym może powodować wysoki poziom lęku i neurotyczności. Skutkuje to często silniejszym pobudzeniem emocjonalnym, co może być przyczyną trudniejszego przetwarzaniem informacji i powodować silniejszy dystres [18].

Różnice osobowościowe, głównie związane ze specyficznymi strukturami poznawczymi, mogą doprowadzić do utrudnionego procesu przetwarzania informacji o charakterze traumatycznym. Zdaniem niektórych autorów [19,20] wysoka ekstrawersja i neurotyczność, unikanie szkody, styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach, reaktywność emocjonalna, najsilniej determinują zachorowanie na PTSD.

Kolejnym predyktorem rozwoju PTSD mogą być nabyte w dzieciństwie doświadczenia o charakterze traumatycznym, takie jak bycie ofiarą agresji i przemocy (w tym także przemocy seksualnej) ze strony opiekunów, rodziców i innych osób. Przeżycie takiej sytuacji może spowodować to, że osoba dorosła będzie bardziej uwrażliwiona na traumatyczne sytuacje, co zdaniem badaczy może mieć związek z ukształtowanymi wcześniej patologicznymi strukturami poznawczymi służącymi wyjaśnianiu zdarzeń [21].

Stan fizyczny czy psychiczny to kolejne zmienne wpływające na rozwój PTSD. U osób zmęczonych, wyczerpanych psychicznie odczucie intensywności zdarzenia będzie większe niż jest w rzeczywistości, dlatego też należy się spodziewać u tych osób większego narażenia na rozwój PTSD [4].

Zagrożenie życia, urazy ciała, straty materialne także wpływają na wyższy poziom objawów PTSD. Ważniejsze są jednak emocje wywołane przez zdarzenie a także doznania dysocjacyjne. Badania Zawadzkiego [22] przeprowadzone wśród powodzian wskazują, że istnieją grupy ludzi, którzy ze względu na większą podatność, jak i pominięcie przy udzielaniu wsparcia społecznego, są szczególnie narażone na powstanie PTSD. Dlatego też autor zaleca zwracać szczególną uwagę na sposób udzielania pomocy

zarówno na etapie planowania akcji ratowniczej, jak i proponowania informacyjnego, materialnego czy emocjonalnego wsparcia [23].

W terapii zawsze należy uwzględnić charakter i siłę przeżycia traumatycznego, zakres wpływu, jaki osoba doświadczająca urazu mogła mieć na swoją sytuację, cechy indywidualne osoby, styl radzenia sobie ze stresem, dojrzałość emocjonalno-społeczną i wsparcie społeczne. Zdecydowana liczba opracowań sugeruje, aby terapię rozpocząć jak najszybciej po przeżytej traumie. Jej celem powinno być przede wszystkim usunięcie objawów stresu. W ramach strategii terapii powinny znaleźć się oddziaływania skupiające się na kształtowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem, wypoczynku, treningu relaksacyjnym (Schultza lub Jacobsona), odwrażliwieniu (tzw. desensytyzacji) [24].

Nie wszystkie dostępne narzędzia pomocy są równie skuteczne. Metoda tzw. debriefingu polegająca na spotkaniu terapeutycznym, podczas którego pacjenci zachęceni są do odtworzenia urazu w celu emocjonalnego jego przepracowania została uznana za słabą w zapobieganiu traumy, a w niektórych przypadkach za metodę przyczyniającą się do pogorszenia stanu psychicznego pacjentów [25]. Zdaniem Mayou i wsp. [26] zastosowanie debriefingu może stanowić zagrożenie dla osób biorących w nim udział, m.in. ze względu na uniemożliwienie pacjentom samoistnego procesu zdrowienia. W świetle badań tych autorów, ofiary wypadków komunikacyjnych, które zostały poddane debriefingowi wykazywały silniejsze objawy problemów psychicznych, takich jak: lęk komunikacyjny, ból, problemy fizyczne, a także ogólny zły poziom funkcjonowania, od osób, u których nie zastosowano tego rodzaju wsparcia psychologicznego.

Skuteczne wydają się natomiast metody i techniki terapii behawioralnej, często łączonej z technikami terapii poznawczej. Interwencje psychologiczne w tym przypadku polegają na próbie zmiany obrazu świata, który został zburzony przez traumę. Odnosi się do przekonań i nastawień w zakresie bezpieczeństwa, obrazu świata i obrazu siebie oraz interpretacji zdarzeń stresowych, a więc opisanego powyżej poczucia koherencji.

Terapię psychologiczną, szczególnie w pierwszym okresie, powinna wspierać terapia farmakologiczna [27]. Lekami o największej skuteczności w terapii PTSD okazały się preparaty z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny. Zalecane jest stosowanie paroksetyny (10-60 mg/d) oraz ser-

traliny (50-200 mg/d), fluwoksaminy (50-300 mg/d) oraz citalopramu (20-60 mg/d). Leki te powodują poprawę objawową PTSD, a także ograniczają impulsywność oraz zmniejszają nasilenie skłonności samobójczych i zachowań agresywnych. Karbamazepina i walproiniany obniżają nadmierne pobudzenie chorego. Karbamazepina (w dawkach 200-800 mg/d) korzystnie ogranicza objawy ponownego przeżywania, łagodzi zachowania agresywne. Z grupy leków β -adrenolitycznych najkorzystniejsze skutki obserwowano po podaniu propranololu w dawce od 120-160 mg/dobę. Szczególne pozytywne efekty osiągnęto w ograniczaniu objawów nadmiernej wybuchowości, nawracających (intruzywnych) wyobrażeń traumy, bezsenności, koszmarów sennych, podwyższonej gotowości i czujności pacjentów. W piśmiennictwie podkreślane jest także ochronne działanie propranololu podawanego bezpośrednio po urazie, który znacząco zmniejsza przyszłe objawy nadmiernej pobudzenia wegetatywnego [28].

W leczeniu PTSD ważne jest zastosowanie zarówno oddziaływań farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych, w celu osiągnięcia poprawy samopoczucia i funkcjonowania społecznego pacjenta. Istotne jest to również ze względu na zapobieganie przekształceniu się istniejącego zaburzenia w trwałe zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej [29].

Żołnierze, którzy wymagają specjalistycznej pomocy, kierowani są na oddziały psychiatryczne i leczenia stresu bojowego klinicznych szpitali wojskowych (na przykład 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Przychodnią we Wrocławiu i 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Przychodnią w Krakowie) lub innych szpitali wojskowych. Funkcję centralnego ośrodka diagnostyki i terapii zespołu stresu pourazowego pełni Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. W tych placówkach żołnierze mają zapewnioną opiekę lekarską i psychologiczną. Ponadto w jednostkach wojskowych i wojskowych pracowniach psychologicznych działają psychologiczne punkty konsultacyjne. W ramach pomocy psychologicznej świadczonej żołnierzom przez wojskową służbę zdrowia - wszystkie świadczenia są dostępne również dla ich rodzin, na zasadach wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego.

Autorzy niniejszego opracowania pragną zwrócić uwagę na mocne strony przeprowadzonych badań. Główną ich zaletą był projekt badawczy, który zakładał przeprowadzenie badań podłużnych - przed wyjazdem

na misję zagraniczną i po powrocie żołnierzy do kraju. Ponadto badania prowadzone były zgodnie z zasadą zapewnienia komfortu anonimowości żołnierzy, co w znacznym stopniu mogło zmniejszyć przypadki fałsyfikowania odpowiedzi dotyczących subiektywnego odczuwania stanu zdrowia i ich komfortu psychicznego.

Słabym punktem było włączenie do badań małolicznej grupy 30 zawodowych żołnierzy uczestniczących w misji poza granicami kraju, co zmusza do określenia niniejszych badań w tytule jako „doniesienia wstępne” i tym samym uniemożliwia uogólnianie wniosków na szerszą populację. Ponadto, w związku z tym, że próba badana była homogeniczna pod względem wieku, niemożliwe było wyciągnięcie istotnych wniosków z analizy wieku i stażu pracy jako istotnego kryterium dla pojawienia się zespołu po stresie traumatycznym.

Autorzy zwracają także uwagę na fakt, że analiza danych ankietowych i kwestionariuszowych została wykonana przez samych autorów, dlatego też pewien stopień subiektywności był nieunikniony.

Z uwagi na coraz liczniejszy udział polskich żołnierzy w misjach w Afganistanie i innych krajach zachodzi konieczność kontynuowania badań naukowych w tej grupie zawodowej. Istnieje potrzeba objęcia badaniami jak najliczniejszej próby żołnierzy pełniących obowiązki na misjach wojskowych poza granicami kraju. Otrzymane w ten sposób wyniki badań oraz wnioski skutkować będą poszerzeniem wiedzy naukowej na temat problemu PTSD w grupie zawodowych żołnierzy. Może się to przyczynić do praktycznego wdrażania systemowych zmian oraz rozbudowania istniejącej sieci ośrodków diagnostyczno-terapeutycznych dla osób cierpiących z powodu PTSD. To w nich pracują

psychologowie kliniczni, psychoterapeuci i psychiatry, którzy profesjonalnie pomagają osobom po przebytych zdarzeniach traumatycznych.

Wnioski

1. PTSD jest zaburzeniem rozpoznawanym u żołnierzy polskich, uczestniczących w misjach bojowych poza granicami kraju.
2. Poczucie sensowności różnicuje żołnierzy ze zdiagnozowanym PTSD i bez takiej diagnozy.
3. Spośród składowych poczucia koherencji tylko zrozumiałość była negatywnie skorelowana z poziomem nawracania należącego do symptomów PTSD.
4. Konieczne jest kontynuowanie badań nad PTSD w grupie żołnierzy powracających z misji wojskowych poza granicami kraju oraz budowanie adekwatnych do problemu sieci diagnostyczno-terapeutycznych.

Podziękowanie/Acknowledgment

Praca finansowana z funduszu pracy statutowej UM w Łodzi nr 503/6-074-03/503-01

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Paweł Rasmus

Zakład Psychologii Lekarskiej UM w Łodzi

ul. Sterlinga 5; 91-425 Łódź

☎ (+48 42) 632 25 94

✉ pawel.rasmus@umed.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. Nowak B. Stres Bojowy. Przyczyny, oznaki, zapobieganie. Warszawa: Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Wychowania i Promocji Obronności; 2008.
2. Maziarek D. Stres Pola Walki – główne przyczyny. Biuletyn Centralnego Ośrodka Szkolenia Straży Granicznej, 2007;1:11-5.
3. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
4. Dudek B. Zaburzenia po stresie traumatycznym: cena strachu. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
5. Lis-Turlejska M. Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2005
6. Florkowski A, Gruszczyński W. Zdrowie psychiczne żołnierzy. Łódź: Wojskowa Akademia Medyczna; 2000.
7. Lis-Turlejska M. Traumatyczny stres: koncepcje i badania. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.

8. Korzeniowski K. Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki. Gdynia: Wojskowy Instytut Medyczny MON; 2008.
9. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
10. Ogińska-Bulik N, Kafik-Pieróg M. Stres zawodowy w służbach ratowniczych. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej; 2006.
11. Zdankiewicz-Ściagała E, Przybylska M. Trauma - proces i diagnoza: mechanizmy psychoneurofizjologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychologii PAN; 2003.
12. Kang HK, Natelson BH, Maran CM. Posttraumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol* 2003;157:141-8.
13. Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2009.
14. Czaja I. Poczucie koherencji a odległe następstwa stresu pourazowego u osób represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych w latach 1944-56. *Psychiatr Pol* 2001;35:921-35.
15. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnic zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN Sobieskiego; 1995.
16. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych: psychopatologia, diagnostyka, leczenie. Kraków: Collegium Medium UJ; 1997.
17. Brewin CR, Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Review* 2003;23:339-76.
18. Zawadzki B, Popiel A. Temperamental traits and severity of PTSD symptoms: Data from longitudinal studies of motor vehicle accident survivors. *J Indiv Differ* 2012;33(4):257-67.
19. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Therap* 2006;44:585-99.
20. Lauterbach, D, Vrana S. The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress* 2001;14:29-45.
21. Ullman, SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress* 2001;14:369-89.
22. Zawadzki B. Wiek a nasilenie objawów chronicznego PTSD w grupie ofiar powodzi: rola cech temperamentu. *Psychol Rozw* 2006;11:131-43.
23. Zawadzki B, Strelau J. Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka* 2008; 2: 47-55.
24. Deahl M, Srinivasan M, Jones N. Preventing psychological trauma in soldiers. The role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000;73:77-85.
25. Talarowska M, Florkowski A, Wachowska K. Stres a debriefing – definicje i aktualne kontrowersje. *Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Curr Probl Psychiatri* 2011;12(2):132-6.
26. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:589-93.
27. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. In: Bilikiewicz A, editor. *Psychiatria. Tom 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
28. Heitzman J. Leczenie zespołu stresu pourazowego - PTSD. *Terapia* 2004;12:37-43.
29. Cebella A, Łucka I. Zespół stresu pourazowego: rozumienie i leczenie. *Psychiatria* 2007;4:128-37.