

Analiza zaburzeń polskich żołnierzy po stresie traumatycznym po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku

Analysis of posttraumatic stress disorders in Polish soldiers who returned from stabilization mission in Iraq

Justyna Skotnicka

Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu
Kierownik: lek. med. M. Plichtowski

Summary

Aims. The aim of the survey was to establish whether PTSD is present among Polish soldiers returning from a one-year deployment to Iraq and an analysis of its individual symptoms.

Methods. Sixty soldiers were examined, including 30 who returned from the Iraqi mission and 30 who remained in Poland. Five analysing devices were used: (IPSA), (STAI), (BDI), a PTSD questionnaire and a socio-demographical form.

Results: A significant number of soldiers experienced a traumatic event during the mission in Iraq. Although the Iraq deployment did not change the level of depression and anxiety among the two groups of soldiers, disproportions were found in the range of anger level intensity, which was significantly higher among soldiers who returned from Iraq.

Conclusion. Stabilisation mission and the experience of a traumatic event influenced the biological and psychological functioning patterns among soldiers who returned from Iraq. The manifestations of this were emotional and physiological reactions that the soldiers experienced (nightmares, excessive sweating, increased heartbeat rate, stressful reactions in situations similar to the traumatic occurrence and intensified responses to them). However, contrary to the assumptions, it was not concluded that soldiers who returned from Iraq are suffering from PTSD.

Słowa kluczowe: PTSD, trauma, stres

Key words: PTSD, trauma, stress

Wstęp

Aktywny udział polskich kontyngentów wojskowych w misjach stabilizacyjnych skłania do refleksji nad ich psychologicznymi skutkami u biorących w nich udział

Praca nie była sponsorowana.

Wyniki prezentowanych badań zostały zaczerpnięte z pracy magisterskiej napisanej przez autorkę artykułu na Uniwersytecie Gdańskim w 2006 pod kierunkiem prof. dr hab. Gabrieli Chojnackiej-Szawłowskiej.

żołnierzy. Pełnienie służby wojskowej wiąże się niejednokrotnie z ekspozycją na trudne i niebezpieczne sytuacje: obrazy strat wojennych, obcowanie ze śmiercią, wszechogarniające poczucie zagrożenia i bezradność. Są to sytuacje, które w sposób szczególny działają na psychikę żołnierzy [1, 2].

Głównym celem podjętych badań było ustalenie, czy u polskich żołnierzy w rok po powrocie z Iraku występuje zespół stresu pourazowego, a także określenie ewentualnych różnic ogólnego samopoczucia pomiędzy żołnierzami, którzy powrócili z Iraku, a żołnierzami pozostającymi w kraju. Przyjmując, że udział w wojnie wiąże się niejednokrotnie z ekspozycją na ekstremalne sytuacje, założono, iż celowa wydaje się również odpowiedź na inne pytanie: czy pobyt w Iraku różnicuje poziom depresji, lęku i agresji między żołnierzami, którzy powrócili z misji zagranicznej, a żołnierzami pozostającymi w kraju?

Material i metoda

Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2006 roku, w rok po powrocie żołnierzy z misji stabilizacyjnej w Iraku. Objęły one sześćdziesięciu wojskowych. Grupę badaną stanowiło trzydziestu żołnierzy, którzy byli na misji (średni wiek wynosił 38 lat), natomiast grupę kontrolną – trzydziestu żołnierzy stacjonujących w Polsce (średni wiek 35 lat). W grupie badanej większość stanowiły osoby z wykształceniem średnim (96,7%), natomiast w grupie kontrolnej wykształcenie średnie posiadało 53% osób, a zawodowe 43,3%. Badani zostali losowo wyodrębnieni spośród żołnierzy deklarujących chęć udziału w badaniu, które miało charakter grupowy. Żołnierze zostali poinformowani o celu badania, jak również o przysługujących im prawach (m.in. anonimowości). Wszyscy żołnierze po powrocie do kraju kierowani byli na badania Wojskowej Komisji Lekarskiej, jednak orzeczenia wydawane w ich sprawie nie zostały ujawnione autorce artykułu. W celu sprawdzenia poziomu depresji, lęku i agresji zastosowano Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Skalę Depresji Becka (BDI). Dodatkowo u wojskowych, którzy byli w Iraku, zbadano występowanie objawów PTSD za pomocą przygotowanego na podstawie definicji PTSD przedstawionej w DSM-IV [3] Kwestionariusza do Badania Zaburzenia po Stresie Traumatycznym. Kwestionariusz ten zawierał pytania o to, które z reakcji i odczuć – będących jednocześnie kryteriami diagnostycznymi PTSD – występowały u danej jednostki po przeżytych traumatycznym zdarzeniu (badani udzielali odpowiedzi „tak” lub „nie”). W klasyfikacji DSM-IV kluczowym kryterium PTSD jest przeżycie traumatycznego zdarzenia (A1) rozumianego jako wydarzenie związane z zagrożeniem życia lub poważnym uszkodzeniem ciała bądź fizycznej integralności własnej czy też innych osób, z jednocześnie przeżywanym intensywnym strachem, poczuciem bezradności i grozy (A2). Poza wystąpieniem traumatycznego stresora kryteria diagnostyczne PTSD zawierają 17 objawów należących do trzech grup kategorii symptomów dotyczących ponownego odtwarzania traumy (B), uporczywego unikania wszelkich bodźców przypominających traumę (C) oraz utrzymujących się objawów psychofizjologicznego pobudzenia (D). Istotnym elementem było wprowadzenie do definicji kryterium czasu trwania symptomów – diagnozę

PTSD można postawić wówczas, gdy czas ich trwania jest dłuższy niż miesiąc (E), a także gdy widoczne jest załamanie w życiu społecznym, zawodowym bądź w innym istotnym obszarze funkcjonowania (F). Zbiór objawów PTSD traktowany jest jako wzorzec możliwych do wystąpienia reakcji w efekcie doświadczonej traumy. Dlatego nie wszystkie objawy poszczególnych kryteriów muszą wystąpić z jednakowym nasileniem u osób z rozpoznaniem PTSD. W przypadku grupy objawów A zaistnieć muszą co najmniej dwa objawy, w przypadku grupy B – przynajmniej jeden, grupy C – co najmniej trzy, grupy D – przynajmniej dwa.

Ankieta socjodemograficzna składała się z pięciu pytań o charakterze zamkniętym. Badany zakreślał zawsze jedną odpowiedź. Pytania dotyczyły wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, potomstwa, daty powrotu z Iraku.

W celu zbadania różnic w nasileniu objawów depresji, lęku i agresji w grupie eksperymentalnej i w grupie kontrolnej zastosowano metodę statystyczną – test t-Studenta.

Wyniki

Średnie poziomy badanych wskaźników depresji i lęku nie różniły się statystycznie w sposób istotny. Stąd wniosek, że pobyt żołnierzy w Iraku nie spowodował znaczącego zwiększenia tych symptomów. Uzyskane wyniki są zatem pewnym zaskoczeniem na tle dotychczasowych badań związanych ze stresem traumatycznym. Na ich podstawie wykazano bowiem, że trauma powoduje niekorzystne zmiany psychiczne w zakresie nateżenia negatywnych emocji, takich jak depresja i lęk [4–10].

Wyniki analizy wskazują, że średni poziom depresji w obu badanych grupach jest niski. Średnie wyników grupy badanej ($x = 3,96$) i grupy kontrolnej ($x = 2,66$) nie różnią się od siebie istotnie, o czym świadczy wartość $t(1,58) = 1,3$; $p < 0,19$. Średni poziom lęku jako stanu jest nieznacznie wyższy w grupie żołnierzy, którzy powrócili z Iraku ($x = 40$) w porównaniu z grupą kontrolną ($x = 39,93$). Mimo to wynik nie różnicuje obu grup w sposób istotny: $t(1,58) = 1,34$; $p < 0,186$. Podobnie jest w przypadku lęku jako cechy – tu także średni poziom lęku jest nieco wyższy w grupie badanej ($x = 38,76$) niż w grupie żołnierzy pozostających w kraju ($x = 36,93$), jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie: $t(1,58) = 0,84$; $p < 0,402$ (tab.1).

Tabela 1. Poziom depresji, lęku i agresji

Zmienne kliniczne	Grupa	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd stand. średniej	Poziom istotn.
Depresja	Eksp.	30	3,96	4,61	0,84	0,19
	Kontr.	30	2,66	2,92	0,53	
Lęk jako stan	Eksp.	30	40,00	9,86	1,8	0,18
	Kontr.	30	39,93	7,73	1,41	
Lęk jako cecha	Eksp.	30	38,76	8,96	1,63	0,40
	Kontr.	30	36,93	7,83	1,43	
WO: Ogólny poziom agresji	Eksp.	30	56,70	24,27	4,43	0,00
	Kontr.	30	28,56	16,24	2,96	

Zgodnie z oczekiwaniami przedstawiają się wyniki oceny nasilenia agresji, wyższe u żołnierzy powracających z Iraku. Dotychczasowe badania wykazują silny związek symptomów PTSD z wysokim poziomem agresji [11]. Wystąpiło aż jedenaście statystycznie istotnych różnic między obiema grupami. Największą z nich obserwuje się w agresji skierowanej na zewnątrz. Tylko trzy wskaźniki były statystycznie nieistotne: autoagresja emocjonalna, autoagresja fizyczna i wskaźnik autoagresji.

Kolejnym zagadnieniem objętym analizą było stwierdzenie nasilenia symptomów zaburzenia pourazowego, takich jak nawracanie (uporczywe odtwarzanie traumy; intrusive recollection), unikanie (unikanie bodźców związanych z traumą, odrętwienie emocjonalne; numbing) i pobudzenie (utrzymujące się pobudzenie psychofizjologiczne; hyper-arousal), za pomocą Kwestionariusza do Badania Zaburzeń po Stresie Traumatycznym. Z uzyskanych danych wynika, że w czasie misji w Iraku przeważająca większość badanych (75%) była świadkami jednego zdarzenia traumatycznego. Mniejszy procent żołnierzy (25%) relacjonował uczestnictwo w kilku takich zdarzeniach.

Zbadano poziom występowania pierwszej grupy objawów (nawracania) oraz poszczególnych jej składników występujących po konfrontacji ze zdarzeniem traumatycznym (tab. 2).

Tabela 2. Nasilenie objawów nawracania

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowanych
B1 – przykre wspomnienia	N	12	50	50	50
	T	12	50	50	100,0
B2 – koszmary senne	N	8	33,3	33,3	33,3
	T	16	66,7	66,7	100,0
B3 – żywe wspomnienia	N	23	95,8	95,8	95,8
	T	1	4,2	4,2	100,0
B4 – stres, lęk	N	9	37,5	37,5	37,5
	T	15	62,5	62,5	100,0
B5 – reakcje fizjolog.	N	7	29,2	29,2	29,2
	T	17	70,8	70,8	100,0
Ogółem		24	100,0	100,0	

Najczęściej (70,8%) u żołnierzy, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenie, występowały reakcje fizjologiczne, tj. wzmożona potliwość oraz drżenie rąk, 66,7% badanych zadeklarowało obecność powtarzających się stresujących snów o przeżytych zdarzeniach traumatycznych, nieco mniej stres i lęk (62,5%). Połowa badanych deklaruje również nawracanie przykrych wspomnień. Najmniej żołnierzy (4,2%) doświadczyło ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń w postaci halucynacji czy iluzji.

Tabela 3 (*na następnej stronie*) prezentuje ocenę częstości nasilenia symptomu grupy drugiej – unikania oraz jego objawów.

Tabela 3. Nasilenie objawów unikania

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowanych
C1 – rozmowy, myśli, wspomnienia	N	6	25,0	25,0	25,0
	T	18	75,0	75,0	100,0
C2 – miejsca, ludzie, czynności	N	9	37,5	37,5	37,5
	T	15	62,5	62,5	100,0
C3 – niepamiętanie ważnych aspektów	N	22	91,7	91,7	91,7
	T	2	8,3	8,3	100,0
C4 – utrata zainteresowań	N	22	91,7	91,7	91,7
	T	2	8,3	8,3	100,0
C5 – poczucie wyobcowania	N	23	95,8	95,8	95,8
	T	1	4,2	4,2	100,0
C6 – ograniczony zakres afektu	N	22	91,7	91,7	91,7
	T	2	8,3	8,3	100,0
C7 – pesymizm	N	20	83,3	83,3	83,3
	T	4	16,7	16,7	100,0
Ogółem		24	100,0	100,0	

Trzy czwarte (75%) badanych żołnierzy relacjonowało unikanie rozmów, wspomnień wojennych, zaś 62,5% – miejsc, ludzi i czynności wiążących się z traumatycznym doświadczeniem. Znacznie mniej, bo 16,7% badanych pesymistycznie oceniało swą przyszłość, a 8,3% odczuwało niezdolność do przeżywania miłości i innych pozytywnych uczuć. Tyle samo badanych miało trudności z przypomnieniem sobie ważnych szczegółów dotyczących traumatycznego zdarzenia i stwierdziło brak zainteresowania sprawami, które przed tragicznym zdarzeniem były dla nich ważne. Najmniej osób (4,2%) miało poczucie wyobcowania.

U żołnierzy, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenie (zdarzenia), zbadano również nasilenie trzeciej grupy objawów – pobudzenia (tab. 4).

Tabela 4. Nasilenie objawów pobudzenia

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowanych
D1 – zaburzenia snu	N	11	45,8	45,8	45,8
	T	3	54,2	54,2	100,0
D2 – wybuchy gniewu	N	16	66,7	66,7	66,7
	T	8	33,3	33,3	100,0
D3 – trudności z koncentracją	N	16	66,7	66,7	66,7
	T	8	33,3	33,3	100,0

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

D4 – wzmożona czujność	N	8	33,3	33,3	33,3
	T	16	66,7	66,7	100,0
D5 – odruch orientacyjny	N	6	25,0	25,0	25,0
	T	18	75,0	75,0	100,0
Ogółem		24	100,0	100,0	

Największy odsetek badanych (75%) częściej niż przed misją w Iraku reagował gwałtownym przestraszaniem na nagły hałas, ruch czy dotyk. Istotny procent badanych (66,7%) relacjonował wzmożoną czujność, a 54,2% – zaburzenia snu. Stan poirytowania i wybuchy gniewu deklarowało 33,3% badanych, podobnie jak trudności z koncentracją. Uzyskane wyniki korespondują zatem z badaniami dotyczącymi skutków traumy wojennej [12, 13].

Jak wspomniano, obecność zdarzenia traumatycznego oraz towarzyszące mu poczucie intensywnego strachu, bezradności i zgrozy stanowią jedno z kryteriów diagnostycznych PTSD. Należą do nich również wyżej wymienione opisy trzech grup objawów występujących po doświadczeniu traumy oraz czas ich trwania – powinien on być dłuższy niż miesiąc; to założenie odróżnia PTSD od ostrej reakcji na stres [14]. Jak wynika z uzyskanych wyników, tylko u niektórych badanych (45,8%) objawy utrzymywały się przez dłuższy okres. Jednocześnie wszystkie objawy w dniu przeprowadzenia badania – zgodnie z relacją badanych – już nie występowały.

Do zdiagnozowania zespołu stresu pourazowego powinien być spełniony jeszcze jeden warunek. Objawy muszą powodować u danej jednostki dystres, który w sposób istotny zaburza jej funkcjonowanie na różnych płaszczyznach życia (zawodowej, społecznej itp.). Występowanie tych zaburzeń także zbadano wśród żołnierzy, którzy uczestniczyli w misji stabilizacyjnej. Z dwudziestu czterech osób tylko trzy (12,5%) deklarowały problemy w tych sferach życia. Jednak również u tych badanych ilość objawów należących do trzech grup kategorii symptomów (B, C, D) nie spełniała kryteriów rozpoznania PTSD.

Omówienie wyników

Z przedstawionych danych wynika, że duża liczba żołnierzy podczas misji w Iraku była świadkiem bądź uczestnikiem zdarzeń traumatycznych. Mimo iż prawie wszyscy badani silnie reagowali na tego typu doznania, to jednak u żadnego z żołnierzy nie zostały spełnione kryteria pozwalające postawić diagnozę PTSD. Nie były to reakcje na tyle intensywne bądź trwałe, aby spowodować rozwój symptomów właściwych dla zaburzenia pourazowego. Żaden z badanych nie relacjonował wystarczającej ilości objawów należących do trzech grup kategorii symptomów (B, C, D).

Uzyskane wyniki wskazują, iż ponad połowa respondentów deklarowała powracanie stresujących snów i wspomnień o przeżytym zdarzeniu. Relacjonowane przez badanych wzmożone reakcje fizjologiczne (potliwość, drżenie rąk), powtarzające się koszmary senne oraz lęki były reakcją powstałą po traumatycznym zdarzeniu. Uzyskane wyniki korespondują zatem z danymi zawartymi w literaturze przedmiotu [15, 16]. Zgodnie z teorią Horowitz [17] powracające wspomnienia dotyczące przeżytych

sytuacji ekstremalnych mogły być wynikiem podjętego przez żołnierzy świadomego i/ lub nieświadomego procesu przetwarzania informacji. Najprawdopodobniej utrzymująca się rozbieżność między nowymi informacjami a dotychczasowymi schematami oraz uporczywie powracające obrazy dramatycznych przeżyć powodowały u żołnierzy silną emocjonalną odpowiedź w postaci lęku i reakcji fizjologicznych.

Można również wnioskować, iż symptom unikania stanowił próbę opanowania przez badanych intensywnych emocji, jakich doświadczali. W sytuacji, gdy proces przetwarzania informacji był zbyt bolesny, u żołnierzy pojawiał się objaw unikania rozmów i wspomnień wojennych dotyczących traumatycznego doświadczenia. Z jednej strony mechanizm taki może wydawać się korzystny, jednakże unikanie przez dłuższy czas problemu nie pozwala na „przepracowanie” go, a jedynie na pewien okres odracza wspomniany już proces przetwarzania informacji.

Uzyskane wyniki wykazały także, iż większość żołnierzy, którzy doświadczyli zdarzenia traumatycznego, częściej reagowała gwałtownym przestraszeniem na niespodziewane hałasy, dotyk czy ruchy niż przed doświadczeniem tego zdarzenia. Również istotny procent badanych był bardziej wyczulony na nagłe dźwięki, co może sugerować, iż system samoobrony pozostawał w ciągłej gotowości, na wypadek gdyby niebezpieczeństwo miało powrócić.

Doświadczenia I i II wojny światowej, wojny w Wietnamie oraz współczesnych operacji wojskowych ukazują, że stres wojenny jest źródłem wielu zaburzeń psychicznych żołnierzy [18–20]. U weteranów wojennych występują liczne reakcje – od poczucia strachu i bezsilności po napady złości i agresji. Objawom tym zazwyczaj towarzyszą depresja i lęk [21–25]. Zatem zgodnie z oczekiwaniami przedstawiają się uzyskane w niniejszym badaniu wyniki dotyczące poziomu agresji: wyższej u żołnierzy służących w Iraku (stwierdzono aż jedenaście statystycznie istotnych dysproporcji między grupą badaną a kontrolną). Prawdopodobnie warunki wojenne, w tym sytuacje zagrożenia zdrowia i życia wpływają na zwiększenie poziomu agresji np. poprzez wzrost stężenia adrenaliny we krwi [26].

Jak podaje Ministerstwo Obrony Narodowej RP, podczas pierwszego roku trwania misji stabilizacyjnej w Iraku wielu żołnierzy polskiego kontyngentu nie było w stanie przystosować się do panujących warunków. U 90 z nich zdiagnozowano PTSD [27]. Ciężkie i wymagające warunki misji stabilizacyjnych ujawniają się u żołnierzy m.in. zaburzeniami pod postacią stanów depresyjnych i lękowych [28].

Uzyskane wyniki są zatem pewnym zaskoczeniem. Wynika z nich, iż fakt pobytu na misji w Iraku nie różnicował poziomu depresji i lęku między żołnierzami z grupy badanej i kontrolnej. Być może powrót do domu i rodzin odbudował w badanych poczucie bezpieczeństwa oraz przeciwdziałał rozwojowi zaburzeń po stresie traumatycznym. Wiadomo bowiem, że wsparcie społeczne odgrywa ogromną rolę w ochronie przed negatywnym wpływem stresu [29].

Na wyniki mogło wpłynąć również wcześniejsze uczestnictwo żołnierzy w szkoleniach, które przygotowują ich do udziału w misjach stabilizacyjnych. Waga poinstruowania i odpowiednia edukacja żołnierzy odbywających służbę jest niezwykle istotna. Badania dowodzą, iż wiedza samego pacjenta na temat możliwej intensywności urazu, długości rekonwalescencji czy trwania poszczególnych symptomów chorobowych po-

zwala na szybszy i stabilniejszy powrót do zdrowia niż w przypadku, gdy nie posiada on wiedzy na temat swojego stanu zdrowia [2].

Kolejnym możliwym wytłumaczeniem uzyskanych wyników może być spostrzeżenie wielu badaczy, że doświadczenia traumatyczne mogą prowadzić do skutków pozytywnych. Zmiany takie przejawiać się mogą na wiele sposobów, na przykład poprzez przypisanie większej wagi własnemu życiu, zawieranie pełnych ciepła i silniejszych kontaktów międzyludzkich, zwiększone poczucie osobistej siły, odporności na problemy oraz bogatsze życie duchowe [30–33].

Wpływ na uzyskane rezultaty mógł mieć również charakter i czas, w którym zostało przeprowadzone badanie: poszczególne wskaźniki były mierzone tylko po powrocie z Iraku, zatem nie wiadomo, w jakim stopniu wpłynęły na oceniane cechy.

Niemiarodajne wyniki badań mogą być powodowane także niechęcią żołnierzy do informowania o swoich zaburzeniach i problemach natury psychicznej [34]. Dotyczy to przede wszystkim żołnierzy zainteresowanych np. ponownym wyjazdem na misję. Z drugiej strony osoby zainteresowane wtórnymi korzyściami – finansowymi (renta, odszkodowanie) czy społecznymi (kombatanctwo) związanymi z rozpoznaniem PTSD – mogą wyolbrzymiać czy nawet produkować objawy.

Przedstawione wyniki badań zostały zaczerpnięte z pracy magisterskiej napisanej przez autorkę artykułu, dlatego też wszelkie orzeczenia w sprawie badanych żołnierzy wydane przez Wojskową Komisję Lekarską nie zostały jej ujawnione. Wyniki badań kwestionariuszowych nie mogły zatem zostać porównane z badaniami klinicznymi. Ten brak można uznać za dowód złożoności zjawiska, jakim jest PTSD, a zarazem może on stanowić źródło nowych hipotez weryfikowanych w kolejnych badaniach.

Wnioski

1. U żadnego ze zbadanych żołnierzy po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku nie stwierdzono spełniania kryteriów rozpoznania PTSD.
2. Pobyt w Iraku nie różnicował poziomu depresji i lęku pomiędzy żołnierzami z grupy badanej i grupy kontrolnej.
3. Żołnierze, którzy wrócili z misji stabilizacyjnej, charakteryzują się wyższym poziomem agresji niż żołnierze pozostający w kraju.

Анализ нарушений польских солдатов после травматического стресса по возвращении из стабилизационных миссий в Ираке

Содержание

Задание. Целью предпринятых исследований было установление появления Синдрома посттравматического стресса у польских солдат после года со время возвращения из Ирака.

Методы. В исследование вошло 60 солдат, в том числе 30 которые вернулись из миссии в Ираке и 30 солдат, пребывающих в Польше. Использовано 5 исследовательских пособий: ИПСАСТАЛ, БДИ Глоссарий посттравматического стресса и Социодемографическую анкету.

Результаты. Многие солдаты во время миссии в Ираке принимало участие в травматических ситуациях, но ни одного из них не отмечено изменений в посттравматической шкале. Пребывание в Ираке не влияло на уровень депрессии и фобии между солдатами обеих групп.

С другой стороны, отмечены предрасположения в области утяжеления степени агрессии, которые выраженным образом, доминировали у солдат, возвращающихся из миссии.

Выводы. Участие в стабилизационной миссии в Ираке, конфронтация с травматической ситуацией, хотя не надолго, однако повлияли на функционирование, принимающих в этом участие солдат. Это отражалось в эмоциональных реакциях и физическом состоянии, в ответ на пережитые травмы (сонные кошмары, стресс в ситуациях, напоминающих травму, усиленный ориентационный рефлекс). Однако, вопреки ожиданиям, не найдено состояния у солдат, возвращающихся из Ирака симптомов посттравматического стресса

Ключевые слова: посттравматический стресс, травма, стресс

Analyse der Störungen bei polnischen Soldaten nach traumatischem Stress nach Heimkehr aus der Stabilisierungsmission in Irak

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Erhebungen war zu bestimmen, ob die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, engl. PTSD) bei den polnischen Soldaten nach einem Jahr von der Rückkehr aus Irak besteht.

Methoden. An die Studie wurden 60 Soldaten eingeschlossen, darunter 30 Soldaten, die aus dem Einsatz in Irak zurückgekehrt waren und 30 Soldaten, die in Polen waren. Für die Erhebung wurden 5 Instrumente eingesetzt: IPSA, STAI, BDI, Fragebogen zur Erfassung der PTBS, und soziodemographische Umfrage.

Ergebnisse. Viele Soldaten erlebten beim Einsatz in Irak ein traumatisches Erlebnis, aber bei keinem von ihnen wurden die PTBS – Kriterien erfüllt. Der Aufenthalt in Irak unterschied den Level der Depression und Angst zwischen den Soldaten der beiden Gruppen nicht. Es wurden Unterschiede im Bereich des Grades der Aggression nachgewiesen, die deutlich bei den heimkehrenden Soldaten vorherrschte.

Schlussfolgerungen. Die Teilnahme an der Stabilisierungsmission in Irak, traumatische Ereignisse – obwohl für nicht lange Zeit – beeinflussten jedoch die Funktionsweise der daran beteiligten Soldaten. Der Ausdruck davon waren die emotionellen und physiologischen Reaktionen, die die Soldaten erfahren haben (Alpträume, Stress in dem Trauma ähnlichen Situationen, intensiverer Orientationsreflex). Gegen den Erwartungen aber wurde nicht nachgewiesen, dass die Soldaten, die heimgekehrt waren, an der PTBS leiden.

Schlüsselwörter: PTBS, Trauma, Stress

L'analyse du trouble de stress post-traumatique (TSPT) des soldats polonais après leur retour de la mission pour la stabilisation en Iraq

Résumé

Objectif. Etablir si le TSPT se manifeste chez les soldats polonais une année après leur retour de l'Iraq

Méthodes. On examine 60 soldats – 30 revenant de l'Iraq et 30 restant en Pologne avec les questionnaires suivants : IPSA, STAI, BDI, questionnaire de TSPT, enquête sociodémographique.

Résultats. Durant la mission en l'Iraq plusieurs soldats ont vécu les événements traumatisants pourtant ils ne remplissent pas des critères de TSPT. Le séjour en Iraq ne change pas le niveau de la dépression et de l'anxiété des soldats, pourtant il influe sur le niveau de l'agression des soldats revenant de l'Iraq.

Conclusions. La participation à la mission pour la stabilisation en Iraq et les expériences des événements traumatiques influent sur le fonctionnement des soldats. Leurs réactions psychologiques et physiologiques en témoignent (les cauchemars, les réactions de stress dans les situations similaires aux événements traumatiques, le pouls trop rapide). Toutefois, malgré les suppositions on n'atteste pas de TSPT chez les soldats polonais revenant de l'Iraq.

Mots clés : TSPT (trouble de stress post-traumatique), trauma, stress

Piśmiennictwo

1. Friedman M J. *Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 586–593.
2. Brenner LA, Terrio H, Vanderploeg RD. *Assessment and diagnosis of mild traumatic brain injury, posttraumatic stress disorder, and other polytrauma conditions. Burden of adversity hypothesis*. Rehabil. Psychol. 2009; 54: 239–246.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Cook J, Fontana A, Imel Z, Jakupcak M, Rosenheck R. *Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans*. J. Trauma. Stress 2009; 22 (4): 303–306.
5. Bryan CJ, Corso KA. *Depression, PTSD, and suicidal ideation among active duty veterans in an integrated primary care clinic*. Psychol. Serv. 2011; 8 (2): 94–103.
6. Rutkowski K. *Lęk i depresja w zespole stresu pourazowego*. Psychiatr. Pol. 2000; 6: 971–981.
7. Borys B, Majkowicz M. *Zmiany psychiczne u ofiar pożaru hali widowiskowej Stoczni Gdańskiej obserwowane w latach 1995-1999*. Psychiatr. Pol. 2004; 4: 661–671.
8. Borys B, Majkowicz M. *Radzenie sobie ze stresem przez osoby, które doświadczyły urazu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2004; 4: 651–659.
9. Dąbkowska M. *Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej*. Psychiatr. Pol. 2007; 6: 837–849.
10. Lis-Turlejska M, Szumiał S, Okuniewska H. *Aktualny poziom stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*. Psychiatr. Pol. 2012; 2: 145–156.
11. Taft CT, Kaloupek DG, Schumm JA, Marshall AD, Panuzio J, King DW. i wsp. *Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans*. J. Abnorm. Psychol. 2011; 116 (3): 498–507.
12. Briana S, Goff N, Crow JR, Reisbig AMJ, Hamilton S. *The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction*. J. Fam. Psychol. 2007; 21 (3): 344–353.
13. Zdankiewicz-Ścigała E, Przybylska M. *Trauma. Proces i diagnoza*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2002.
14. Rutkowski K. *Diagnostyka porównawcza zaburzeń pourazowych*. Psychiatr. Pol. 2005; 1: 75–88.
15. Meis LA, Erbes CR, Kaler ME, Arbisi PA, Polusny MA. *The structure of PTSD among two cohorts of returning soldiers: before, during, and following deployment to Iraq*. J. Abnorm. Psychol. 2011; 120 (4): 807–818.
16. Holowka DW, Marx BP, Kaloupek DG, Keane TM. *PTSD symptoms among male Vietnam veterans: prevalence and associations with diagnostic status*. Psychol. Trauma 2012; 4 (3): 285–292.
17. Dudek B. *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
18. Lis-Turlejska M. *Stres traumatyczny. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.
19. Shatan CF. *The grief of soldiers: Vietnam combat veterans self-help movement*. Am. J. Orthopsychiatry 1973; 43 (4): 640–653.
20. Crocq L. *Zrujnowane losy, przekreślone szanse. Psychologiczne i społeczne konsekwencje wojen*. W: Bojarska J, Kowalczyk M. red. *Stres wojenny: Skutki i ich łagodzenie*. Warszawa: Fundacja Moje Wojenne Dzieciństwo; 2002. s. 21–38.
21. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D. *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*. New Engl. J. Med. 2004; 351: 13–22.

22. Reyes VA, Hicklin TA. *Anger in the combat zone*. Mil. Med. 2005; 170 (6): 483–487.
23. Van der Kolk BA. *Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma*. *Posttraumatic stress disorder*. Dialogues Clin. Neuroscience 2000; 2: 7–22.
24. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
25. Maes M, Mylle J, Delmeire L, Altamura C. *Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2000; 250: 156–162.
26. Herbert C. *Zrozumieć traumę*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
27. Lemanowicz P, Daroszevska T. *Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych. Poradnik dla dowódców*. Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obronności MON; 2004.
28. Kolkow TT, Spira JL, Morse JS, Grieger TA. *Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan*. Mil. Med. 2007; 172: 451–455.
29. Possemato K, Wade M, Andersen J, Ouimette P. *The Impact of PTSD, depression and substance use disorders on disease burden and health care utilization among OEF/OIF veterans*. Psychol. Trauma 2010; 2 (3): 218–223.
30. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Post-traumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*. Psychol. Inquiry 2004; 15 (1): 1–18.
31. Joseph S, Williams R, Yule W. *Changes in outlook following disaster; the preliminary development of a measure to assess positive and negative responses*. J. Trauma. Stress 1993; 6: 271–279.
32. Herman J. *Trauma and recovery; the aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books; 1997.
33. Heitzman J. *Wymiary traumatycznego stresu*. Psychiatr. Pol. 2003; 5: 771–786.
34. Garcia HA, Finley EP, Jakupcak M, Lorber W. *A preliminary study of the association between traditional masculine behavioral norms and PTSD symptoms in Iraq and Afghanistan veterans*. Psychol. Men Masc. 2011; 12 (1): 55–63.

Adres: Justyna Skotnicka
Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
10-228 Olsztyn, ul. Wojska Polskiego 35

Otrzymano: 23.02.2012
Zrecenzowano: 21.10.2012
Otrzymano po poprawie: 14.04.2013
Przyjęto do druku: 3.10.2013