

Postprint of Basińska, B. (2004). Dom to baza – funkcjonowanie rodzin żołnierzy pełniących służbę w warunkach ekstremalnych (55-69). [w:] O. Truszczyński, L. Konopka, K. Sikora, A. Rakowski, L. Kosiorek (red.). Służba żołnierzy i funkcjonariuszy służb państwowych wykonujących zadania w warunkach ekstremalnych, tom 8, Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obronności MON, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej w Wojsku.

## **Dom to baza – funkcjonowanie rodzin żołnierzy pełniących służbę w warunkach ekstremalnych**

**Basińska Beata**

Politechnika Gdańska

**O. Truszczyński, L. Konopka, K. Sikora, A. Rakowski, L. Kosiorek (red.). Służba żołnierzy i funkcjonariuszy służb państwowych wykonujących zadania w warunkach ekstremalnych, tom 8, Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obronności MON, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej w Wojsku.**

**Streszczenie:** Żołnierze pełniący służbę w misjach pokojowych i wojennych spotykają się ze szczególnym ryzykiem zawodowym. Ich praca wpływa na ich funkcjonowanie małżeńskie i rodzinne. W artykule podjęto problem funkcjonowania rodzin – żon i dzieci – żołnierzy pełniących służbę poza granicami kraju. W wielu pracach żołnierz traktowany jest jak osoba wyizolowana społecznie, a zainteresowanie badaczy ogniskuje się na jego zdrowiu psychofizycznym. Na podstawie przeglądu literatury przedstawiono specyfikę stresu i kosztów emocjonalnych, zdrowotnych i społecznych ponoszone przez rodziny wojskowe w trakcie trwania operacji i po jej zakończeniu. Zaprezentowano formy pomocy psychologicznej skierowanej do rodzin.

**Słowa kluczowe:** małżeństwo, misje pokojowe, pomoc psychologiczna, rodzina, weterani, zespół stresu pourazowego

## **Wprowadzenie**

Podstawą psychologicznego przystosowania żołnierzy do pełnienia służby w warunkach ekstremalnych, poza ich kompetencjami zawodowymi, jest stabilna sytuacja w rodzinie. W pracy podjęto problem funkcjonowania małżeńskiego i rodzinnego żołnierzy pełniących służbę poza granicami kraju.

Na wstępie porównano ryzyko zawodowe żołnierzy uczestniczących w operacjach pokojowych oraz w wojnie. Odwołano się przede wszystkim do doświadczeń weteranów wojny w Wietnamie. W dalszej kolejności na podstawie przeglądu literatury przedstawiono główne trudności, z którymi zmagają się żony żołnierzy oraz ich dzieci. Niestety w większości prac żołnierz traktowany jest jako wyizolowana społecznie jednostka. Badacze interesują się jego zdrowiem psychicznym i fizycznym, natomiast funkcjonowanie społeczne często sprowadza się do określenia statusu zatrudnienia, a funkcjonowanie rodzinne do podania stanu cywilnego. Niewielka liczba prac dotyczących rodzin żołnierzy obejmuje wyłącznie okres po ich powrocie z działań operacyjnych. Problem żołnierza jako rodzica również nie znajduje się w centrum uwagi badaczy. W końcowej części zaprezentowano formy pomocy psychologicznej i psychoedukacji skierowanej do rodzin żołnierzy stacjonujących w Iraku.

## **Służba żołnierzy w warunkach ekstremalnych**

Stres zawodowy żołnierzy biorących udział w operacjach pokojowych obejmuje trzy główne obszary związane ze zdrowiem psychicznym (Taylor, 2004). Po pierwsze są to typowe stresory związane z wykonywaniem czynności służbowych w warunkach dyskomfortu, deprywacji działań, obcych kulturowo i klimatycznie. Po drugie, wzrastające napięcie podczas tych działań sprzyja wyczerpaniu pod wpływem stresu, co prowadzi do zespołu wypalenia zawodowego. Trzeci obszar związany jest z funkcjonowaniem psychicznym po uczestniczeniu w szczególnie urazowych sytuacjach, w których dochodzi do zagrożenia życia, bycia świadkiem makabrycznych zdarzeń, cierpienia czy nędzy. Konsekwencją może być rozwój zespołu stresu pourazowego. Określono nawet „syndrom stresu misjonarza” obejmujący uczucie wściekłości, frustracji, poczucia niemocy i bezsilności podczas konfrontacji z przemocą i okrucieństwem, na które nie można skutecznie zareagować (Shigemura, Nomura, 2002; Taylor, 2004).

Na podstawie przeglądu literatury, z uwagi na wagę czynników psychologicznych, Shigemura i Nomura (2002) wyróżnili trzy etapy służby w operacjach pokojowych: przed operacją, w trakcie i po jej zakończeniu. Przed przegrupowaniem najbardziej stresogennym czynnikiem jest niepewność związana, z kim, kiedy i gdzie zostanie wysłany żołnierz. W trakcie operacji są to dwuznaczność i niepewność związana z celem misji, jej czasem trwania oraz bezsilność i ograniczenia w podejmowanych działaniach, niebezpieczeństwo zarówno militarne (ze strony wojska, jak i cywilów, przy równoczesnej konieczności ograniczania możliwości użycia broni), jak i związane z warunkami środowiskowymi (ryzyko niebezpiecznych chorób). Kolejnym źródłem stresu jest izolacja od domu i rodziny, ograniczona komunikacja, uczucie bycia zapomnianym. A w końcu nuda wynikająca z wykonywania częstych, prostych, rutynowych czynności. Natomiast po zakończeniu misji żołnierz w szybkim tempie powraca do codziennego życia i jego problemów. Może konfrontować się z dalszymi sytuacjami poważnego stresu, co sprzyja nasilaniu się jego problemów osobistych i w funkcjonowaniu społecznym.

Niestety w literaturze dominują prace obejmujące żołnierzy, którzy doznali szkód w obrębie zdrowia psychicznego. Brakuje doniesień odwołujących się do osiągnięć psychologii pozytywnej, w których objęto badaniami żołnierzy dobrze funkcjonujących po powrocie z misji. Dotychczas nie zainteresowano się siłami i cnotami, które pomagają poradzić sobie z traumatycznymi zdarzeniami. Jedną z takich zmiennych jest poczucie koherencji

Antonovsky'ego. Poczucie sensowności, jeden ze składników poczucia koherencji, może znajdować pośrednio odzwierciedlenie w ocenie, pozytywnej lub negatywnej, operacji pokojowej, co zostało ujęte w dwóch pracach (Dirkzwager i in., 2001; Mehlum, Weisaeth, 2002). Inna pozytywna cecha, jaką jest altruizm, została wskazana jako pomocna w powracaniu do zdrowia wśród weteranów z Wietnamu (Kishon-Barash, Midlarsky, Johnson, 1999). Powody wstąpienia do wojska i zgłaszania się do uczestniczenia w misjach pokojowych rozciągają się od szlachetnych do przyziemnych. Jednakże system wartości, nowe poglądy na siebie i przyszłość mogą mieć znaczny wpływ na funkcjonowanie nie tylko w trakcie, ale i po zakończeniu misji (National Center for PTSD, 2004).

Jedną z najpoważniejszych psychicznych konsekwencji służby w warunkach ekstremalnych jest zespół stresu pourazowego (PTSD). U żołnierzy biorących udział w misjach pokojowych stwierdzono różny jego odsetek. Na PTSD cierpiało 16% Brytyjczyków (Baggaley, 1999) i 20% Kanadyjczyków biorących udział w operacji w Jugosławii (Birenbaum, 1994). Ten sam odsetek zdiagnozowano piętnaście miesięcy po operacji w Somalii u żołnierzy australijskich (Ward, 1997). Natomiast wśród żołnierzy amerykańskich, po pięciu miesiącach od powrotu z Somalii, stwierdzono tylko 8% cierpiących na PTSD (Litz i in., 1997).

Zespół stresu pourazowego dotyczył 15,2% amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie (za Shigemura, Nomura, 2002) i od 18,7% do 31% australijskich. Natomiast w populacji Australijczyków dotyczyło to 4,2% kobiet i 2,3% mężczyzn, a w Stanach Zjednoczonych odsetek populacji szacowano na 7,8% (za Davidson, Mellor, 2001). Początkowe symptomy typowe dla uczestników doznających traumy wojennej nasilały się przez pierwsze powojenne lata, a potem stabilizowały się, co powodowało utrzymywanie się przewlekłych chorób psychicznych. Symptomy pobudzenia takie jak nadmierna czujność i niepokój pojawiały się jako pierwsze, w ślad za nimi przychodziło unikanie i nawracające myśli (Bremner i in., 1996). Odsetek żołnierzy - misjonarzy ze zdiagnozowanym PTSD, choć nieco niższy, ale jest podobny jak u weteranów wojen. Z tego względu, że zespół stresu pourazowego może ujawnić się z opóźnieniem, liczba diagnoz w pierwszych miesiącach po zakończeniu misji mogą być nieco niższe.

Ryzyko rozwoju zespołu PTSD i innych zaburzeń rośnie wraz z aktywnym uczestnictwem w walkach i długością trwania misji. Ponadto wpływ mają wcześniejsza historia deficytów zdrowia psychicznego (Ward, 1997), płeć żeńska (Hotopf i in., 2003), pochodzenie ze środowisk słabych ekonomicznie, bezrobocie oraz posiadanie licznej rodziny (Ballone i in., 2000). W badaniu 3481 Holendrów biorących udział w różnych misjach pokojowych zauważono związek pomiędzy rozwojem zespołu stresu pourazowego a niższym poziomem wykształcenia, stanem wolnym oraz bardziej negatywną oceną misji (Dirkzwager i in. 2001). Podobnie niskie poczucie sensowności misji oraz duża liczba zdarzeń stresujących po powrocie wyjaśniały od 25 do 37% diagnozy PTSD wśród żołnierzy norweskich (Mehlum, Weisaeth, 2002). Znaczenie stresujących zdarzeń życiowych po powrocie z misji jako przyczyny pogarszania się zdrowia psychicznego podkreślane jest też przez badaczy zajmujących się szwedzkimi żołnierzami, uczestnikami misji w Bośni (Michel, Lundin, Larsson, 2003).

Na podstawie badań żołnierzy uczestniczących wojnach stwierdzono, że spośród cech osobowości na siłę przewlekłego PTSD wpływ ma przede wszystkim neurotyzm (Hyer i in., 2003). Wśród cierpiących na PTSD lęk społeczny jest ściśle związany z zaburzeniami nastroju, natomiast depresja jest predyktorem społecznego wycofania się i izolacji, co w konsekwencji powoduje problemy w funkcjonowaniu społecznym (Hofmann, Litz, Weathers, 2003). Alienacja społeczna i stres małżeński były silnym predyktorem dla symptomów unikania, a złość, nadużywanie alkoholu i stany submaniakalne dla symptomów pobudzenia.

Oczywiście zaburzenia osobowości oraz typu borderline znacząco wpływały na zdolność do redukcji objawów unikania i pobudzenia (Forbes, Creamer, Allen, McHugh i in., 2003).

Weterani wojny w Wietnamie za zdiagnozowanym chronicznym PTSD radzili sobie ze wspomnieniami wojny przede wszystkim poprzez stosowanie emocjonalnych i unikowych strategii zaradczych (Hyer i in., 1996). Wśród tych strategii znalazły się picie alkoholu, palenie marihuany, zażywanie heroiny oraz leków uspokajających, co powodowało lepsze znoszenie objawów. Wraz z nasilaniem symptomów PTSD zwiększali częstość stosowania substancji psychoaktywnych (Bremner i in., 1996). Badacze traktują to zjawisko jako specyficzny efekt zespołu PTSD. Zauważono, że przede wszystkim symptomy pobudzenia idą w parze z ilością i częstością spożywania alkoholu (Savarese i in., 2001). Nie stwierdzono by ryzykowne picie było predyktorem rozwoju symptomatologii PTSD i reakcji na jego leczenie. Jednakże symptomy pobudzenia były większe w grupie pijących ryzykownie (Steindl i in., 2003). Pociąg do picia alkoholu owszem wiązał się z siłą PTSD, ale znacznie wyraźniejsze zależności stwierdzono pomiędzy ryzykownym piciem a obsesyjno – kompulsywnym spożywaniem alkoholu oraz wcześniejszą historią picia i używania substancji psychoaktywnych (Freeman, Kimbrell, 2004).

Z prezentowanych badań wynika, że główne problemy żołnierzy uczestniczących w walkach dotyczą depresji, agresji, nadużywania substancji psychoaktywnych, izolacji społecznej i są ściśle związane z zespołem stresu pourazowego. Jego nasilenie zwiększa ryzyko dysfunkcji w sferze zawodowej, społecznej, a zwłaszcza w rodzinnej. Tego typu prac ciągle brakuje w odniesieniu do misjonarzy.

### **Funkcjonowanie małżeńskie**

W dotychczasowych pracach zajmowano się oceną zdrowia psychicznego weteranów wojen, jednakże w większości przypadków pomijano ich funkcjonowanie małżeńskie i rodzinne. Jedno z obszerniejszych badań zostało przeprowadzone przez Evans i współautorów (2003), obejmując 270 żołnierzy ze zdiagnozowanym PTSD, walczących w Wietnamie i ich partnerów. Na gorsze funkcjonowanie małżeńskie wpływały przede wszystkim symptomy pobudzenia i unikania. Unikanie bezpośrednio przyczyniało się do gorszego funkcjonowania żołnierzy w rodzinie. Natomiast pobudzenie było modyfikowane przez emocje złości i gniewu. Symptomy unikania korelowały z gniewem, przy czym gniew był silnie związany z objawami depresji. Negatywna emocjonalność w postaci doświadczania uczuć złości i depresji współistniała z gorszym funkcjonowaniem w rodzinie. Podsumowując, spośród symptomów PTSD przede wszystkim unikanie wraz z emocjami gniewu i depresji oraz złość pomiędzy partnerami na siebie samych sprzyjało negatywnej ocenie funkcjonowania rodziny.

Wśród 756-osobowej grupy nowozelandczyków, którzy 20 lat wcześniej uczestniczyli w wojnie w Wietnamie, 83% z nich pozostawało w związkach małżeńskich (MacDonald i in., 1999). Stwierdzono związek pomiędzy objawami PTSD i relacjami interpersonalnymi. Wraz z nasileniem się stresu pourazowego rosły problemy w relacjach interpersonalnych ( $r=0,69$ ), które manifestowały się w gorszym funkcjonowaniu rodziny ( $r=-0,24$ ) i małżeństwa ( $r=-0,35$ ). Bardziej rzutowało to na funkcjonowanie pary, a w dalszej kolejności całej rodziny. Oczywistym jest, iż funkcjonowanie małżeńskie jest nierozzerwalnie związane z oceną relacji w rodzinie (korelacja  $r=0,47$ ).

Opieka nad partnerem doświadczającym PTSD jest dużo bardziej obciążająca niż nad weteranem bez zespołu stresu pourazowego (Calhoun, Beckham, Bosworth, 2002). Znacznie mniejsze znaczenie mają wrogość, objawy depresji, przemoc czy skargi zdrowotne. Niestety na redukcję uciążliwości opieki nie miały wpływu wiek partnerek, ich wykształcenie czy dostępne wsparcie społeczne. Obciążenie opieką wpływa na gorsze psychologiczne przystosowanie żon.

Małżonki amerykańskich żołnierzy walczących w Wietnamie poważniej, niż oni sami, oceniali nasilenie symptomów zespołu stresu pourazowego. Dodatkowo ich ocena była lepszym predyktorem nasilenia się objawów unikania niż przy samoocenie weteranów. Nie potwierdzono takiego kierunku wpływu w stosunku do symptomów nawracania oraz pobudzenia (Gallagher i in., 1998). Inni badacze podkreślają, że jakość relacji w małżeństwie nie powodowała większej zgodności w ocenie symptomatologii PTSD żołnierzy (Taft i in., 1999). Zauważono, że w rocznicę zdarzenia traumatycznego u weteranów wojen potęgują się objawy zespołu stresu pourazowego i jest to częstsze niż przypuszczano. Ponadto jest to potwierdzane przez żony weteranów, które dodatkowo identyfikują te symptomy nawet wówczas, gdy małżonkowie zaprzeczają ich występowaniu (Morgan i in., 1999).

Wraz z nasilającymi się objawami zespołu stresu pourazowego rośnie ryzyko stosowania przemocy w bliskich związkach. Dotyczy to przemocy fizycznej, werbalnej i psychicznej. Jednakże główną rolę mediatora pomiędzy PTSD i agresywnymi zachowaniami odgrywają problemy w relacjach interpersonalnych (Byrne, Riggs, 1996). Analizując zjawisko maltretowania psychicznego i przemocy fizycznej w relacjach małżeńskich stwierdzono, że sposób picia (częstość i ilość) jest przyczyną nasilania się objawów pobudzenia oraz stosowania przemocy (Savarese i in., 2001). Ważnym czynnikiem modyfikującym było tu uczucie gniewu (Evans i in., 2003). W badaniu Westerink i Giarratano (1999) 56% żon weteranów wojen doświadczyło sytuacji zagrożenia życia lub niebezpieczeństwa w porównaniu do 40% żon cywilów. Jedna trzecia stwierdziła, że zdarzenia te miały związek z przemocą ze strony męża. Niestety przemoc była stosowana nie tylko przez żołnierzy, ale również przez ich partnerów. Podsumowując, partnerzy weteranów mają olbrzymie trudności w radzeniu sobie z nadpobudliwością żołnierzy, przemocą słowną i wybuchami agresji.

Poczucie psychologicznego dystresu i wszystkich jego elementów (objawy somatyczne, lęk i trudności ze snem, depresja, dysfunkcje społeczne) było znacząco wyższe w grupie żon żołnierzy (Westerink, Giarratano, 1999). Poważne nasilenie dystresu występowało u 67,7% partnerek żołnierzy, a tylko u 13,4% żon cywilów. Szło to w parze z gorszym funkcjonowaniem rodziny w zakresie spójności, ekspresji i poziomu konfliktowości. Partnerki żołnierzy miały też niższą samoocenę. Ponadto częściej mówiły o reakcjach stresowych typu koszmary nocne, ataki paniki, łatwość w wyprowadzaniu z równowagi, nadmierne pocenie się, gorsza koncentracja uwagi, drażliwość, osłabienie popędu seksualnego. Również wśród żołnierzy często odnotowywano dysfunkcje seksualne, brak zainteresowania tą sferą i mniejszą intymność w ich związkach małżeńskich. Podsumowując, żony weteranów, w porównaniu do żon cywilów, prezentują więcej objawów somatycznych, cierpią z powodu lęku, depresji i trudności ze snem, odczuwają dysfunkcje społeczne i gorsze funkcjonowanie rodziny w zakresie osłabienia relacji, ekspresji oraz większej konfliktowości.

Weterani i ich partnerzy doświadczali podobnych trudności jako małżeństwo w relacjach społecznych (Vuksić-Mihaljević i in., 2000). Partnerzy mówili o życiu w atmosferze strachu, społecznej izolacji, samoobwiniania się, doświadczali uczucia samotności i izolacji w obliczu emocjonalnego wycofania, odrętwienia i braku komunikacji ze strony partnerów – weteranów. Społeczna izolacja dotyczyła zarówno weteranów z, jak i bez, zespołu stresu pourazowego (Verbosky, Ryan, 1988, za: Westerink, Giarratano, 1999).

### **Dzieci w rodzinie wojskowej**

Zidentyfikowano cztery zagrożenia dla rozwoju dzieci z rodzin wojskowych. Są to wysoka mobilność, czasowa nieobecność ojca, przebywanie w obcym kulturowo środowisku, przejście na wcześniejszą emeryturę ojca, którego rezultatem są olbrzymie zmiany w stylu życia (Show, 1987, za: Ryan-Wenger, 2002). W przeszłości w Polsce najlepiej rozpoznaną grupą dzieci z niedostatkami opieki ojca z powodów zawodowych były dzieci marynarzy.

Jednakże mamy tu do czynienia z zupełnie innym poziomem ryzyka zawodowego oraz często zupełnie odmienną sytuacją materialną.

Wcześniej wskazano, iż trudności interpersonalne u osób uczestniczących w operacjach wojennych wiążą się z trudnościami w relacjach z bliskimi. Dotyczy to zwłaszcza żołnierzy ze zdiagnozowanym zespołem stresu pourazowego. Poniżej przedstawiono dwie prace poruszające tą tematykę (Westerink, Giarratano, 1999 oraz Ruscio i in., 2002). Opisano relacje z dziećmi oraz percepcję rodziny wśród dzieci australijskich i amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie. W dalszej kolejności przedstawiono próbę odpowiedzi na pytanie czy dzieci przejmują traumę ojca i jak to wpływa na ich rozwój (Davidson, Mellor, 2001) oraz czy istnieje „syndrom rodziny wojskowej” (Ryan-Wenger, 2002).

Trudności interpersonalne są centralną cechą zespołu PTSD. Mimo to, w wielu pracach pomija się funkcjonowanie w rodzinie oraz relacje z dziećmi weteranów wojennych ze zdiagnozowanym PTSD. Istniały doniesienia, że dzieci weteranów z PTSD mają więcej problemów z zachowaniem niż dzieci ojców bez PTSD. Wykazywały objawy niższej samooceny, zachowań agresywnych, gorszych relacji społecznych, trudności szkolne oraz żywiły ambiwalentne uczucia do matki.

W prezentowanej pracy Ruscio i współautorów (2002) podjęto próbę weryfikacji tej tezy. Wśród 66 weteranów z Wietnamu przeprowadzono badania dotyczące ich relacji z dziećmi. 29% miało zdiagnozowany zespół PTSD, 67% mieszkało ze swoją partnerką, a 44% z dziećmi. Ankiety miały od 1 do 8 dzieci (średnia 2,6) w wieku od 6 miesięcy do 39 lat (średnia 22,4 lata). Te dane świadczą o dużym zróżnicowaniu grupy i powodują znaczne ograniczenia w uogólnianiu uzyskanych wyników. Warto nadmienić, że mieszkający z dziećmi mieli niższy poziom objawów PTSD niż badani, którzy nie mieszkali z dziećmi.

Do pomiaru relacji z dziećmi zastosowano:

- skalę problemów z zachowaniem i dyscypliną u dzieci (częstość wybuchów złości i złego humoru w stosunku do ojca, złe zachowanie i brak posłuszeństwa w stosunku do ojca, niesubordynacja i wyprowadzanie ojca z równowagi);
- skalę wsparcia i pozytywnego dzielenia się (częstość, z jaką dziecko stara się zrozumieć uczucia ojca i chce go pocieszyć, kiedy jest smutny czy zmartwiony, stopień zaufania do dziecka, wspólne zainteresowania i spędzanie czasu wolnego z dzieckiem);
- skalę dezaprobaty i niezgody (częstość, z jaką dziecko weterana krytycznie lub z dezaprobatą odnosi się do ojca, nadmierne oczekiwania w stosunku do ojca oraz częstość nie zgadzania się z ojcem odnośnie do ważnych rzeczy);
- dwa pytania dotyczące częstości kontaktu z dzieckiem w ostatnim roku (0=brak kontaktu; 7=codzienny stały kontakt) oraz ogólna ocena jakości relacji z dzieckiem w ciągu ostatniego roku (1=słaby, z dystansem; 5=doskonały, bliski).

Stwierdzono, że spośród symptomów PTSD, tylko emocjonalne odrętwienie tworzyło jednoznaczne i spójne związki z wszystkimi aspektami relacji z dziećmi. Pozostałe objawy tworzyły mniej liczne i słabsze korelacje. Szczegółowe wyniki podano w Tabeli 1.

Tabela 1  
Emocjonalne odrętwienie weterana a jego relacje z dziećmi

Relacje z dziećmi	Emocjonalne odrętwienie	
	$\beta$	$R^2$
Złe zachowanie (N=28)	0,66	0,18
Wsparcie i wspólnota (N=65)	-0,80	0,24
Niezgodność (N=65)	0,54	0,11
Częstość kontaktu (N=64)	-0,60	0,14

Jakość relacji (N=65)	-0,89	0,29
-----------------------	-------	------

Źródło: na podstawie Ruscio i in., 2002, s. 355

Rezultaty wskazują, że u weteranów wojennych przede wszystkim odrętwienie emocjonalne, niekoniecznie związane z PTSD, może stanowić szczególne ryzyko pojawiania się problemów interpersonalnych. Równocześnie słabe zainteresowanie, obojętność i niedostępność emocjonalna cechujące odrętwienie emocjonalne, może zmniejszać umiejętności, chęć i zaangażowanie w relacje z dziećmi oraz czerpanie z niej satysfakcji, prowadząc do ich pogarszania. Warto zdaniem autorów sprawdzić czy osoby z PTSD nie są bardziej wrażliwe na poszczególne zachowania swoich dzieci stawiając je w gorszym świetle.

W omawianej poniżej pracy Davidson i Mellor (2001) postawiono pytanie czy dzieci przejmują traumę ojca, czy przechodzi ona z pokolenia na pokolenie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodziny. Badaniu poddano australijskich żołnierzy, weteranów wojny, z i bez diagnozy PTSD oraz grupy kontrolnej – rodzin cywilnych. Miało ono istotne ograniczenia ze względu na małą liczebność próby.

Wyniki badań nie były zaskakujące. Grupa kontrolna i weterani bez PTSD cechowali się wyższą samooceną i słabszymi objawami stresu pourazowego niż weterani ze zdiagnozowanym PTSD. Gorsza również była umiejętność komunikowania się, rozwiązywania problemów wewnątrz rodziny, reagowanie emocjonalne i zaangażowanie. Natomiast stwierdzono, że dzieci i matki charakteryzują się gorszą percepcją spójności rodziny, mniejszymi możliwościami ekspresji oraz większą konfliktowością w porównaniu do rodzin, w których ojcowie nie uczestniczyli w konfliktach wojennych.

Wśród dzieci (55 w wieku 15-30 lat) stwierdzono różnice wyłącznie na dwóch płaszczyznach funkcjonowania w rodzinie generacyjnej: komunikacji i umiejętności rozwiązywania problemów. Warto podkreślić, że wszystkie trzy grupy badanych dzieci oceniały komunikację w rodzinie jako niezdrową. Przede wszystkim komunikacja w rodzinie była niebezpośrednia, niejasna i wymijająca. Ogólnie dzieci weteranów z PTSD oceniały rodzinę jako dysfunkcyjną, weteranów bez PTSD funkcjonującą na pograniczu, natomiast cywilów jako rodzinę zdrową.

Nie stwierdzono przejmowania objawów traumy ojców przez ich dzieci. Wydaje się, że bardziej na samoocenę dziecka może wpływać nadużywanie substancji uzależniających, przemoc i rozpad rodziny jako negatywne skutki przystosowania powojennego ojców – żołnierzy. Ponadto, emocjonalne odrętwienie i niedostępność może być ważnym czynnikiem w kształtowaniu się relacji dziecko – ojciec.

W pracy Westerink i Giarratano (1999) zbadano grupę 32 żon i 22 dzieci (powyżej 15 lat, średnia 20,9 lat) australijskich weteranów wojny w Wietnamie ze zdiagnozowanym PTSD. Badanych porównano z grupą cywilów. Ponownie badania te miały pewne istotne ograniczenia: mała grupa (jako badania pilotażowe), różnica w statusie socjoekonomicznym żołnierzy i cywilów, na niekorzyść weteranów. Jednakże uzyskane wnioski są zbieżne z wcześniejszymi pracami.

Dzieci nie wykazywały tak wysokiego poziomu zaburzeń jak ich matki. Pomimo to, w grupie dzieci weteranów dystres psychologiczny był wysoki u 36,4% badanych, w porównaniu do 14,3% dzieci cywilów. Spostrzegały większą konfliktowość w rodzinie i mniejszą jej spójność, ale różnice te nie były istotne statystycznie. Nie różniły się natomiast pod względem samooceny i stylu życia.

Dzieci żołnierzy spostrzegały swoje rodziny jako mało spójne i konfliktowe. W niniejszym badaniu nie pytano się dzieci o przemoc fizyczną ze strony ojca, która może powodować zwiększone problemy w zachowaniu oraz mniejsze kompetencje społeczne.

Ostatecznie w prezentowanych pracach nie została poznana rola żony i jej reakcja na objawy PTSD męża. Na pewno ponosi ona największe koszty traumy męża spośród

wszystkich członków rodziny. Istnieją sugestie, iż odgrywa ona wielką buforową rolę pomiędzy mężem a resztą świata. W prezentowanym badaniu Westerink i Giarratano (1999) wszyscy żołnierze ciągle pozostawali w swoich pierwszych związkach małżeńskich. Być może to reakcje żon mają zasadnicze znaczenie dla stabilności rodziny, tworząc strefę ochronną pomiędzy dziećmi a dysfunkcyjnymi zachowaniami męża. Potrzebne są dalsze badania nad ponoszeniem przez żony kosztów emocjonalnych w wypełnianiu roli ochronnej.

W kolejnej pracy przywiązano wiele starań do wyodrębnienia spośród badanych dzieci, tych, których rodzice pełnią służbę wojskową w warunkach ekstremalnych. W badaniu Ryan-Wenger (2002) dzieciom, w wieku od 8 do 11 lat, zadano 17 otwartych pytań dotyczących myśli i uczuć związanych z wojną. Wśród badanych były dzieci cywilów, rezerwistów oraz czynnych żołnierzy. W tych dwóch ostatnich grupach w wojsku służył jeden z rodziców, w tym 10 matek i 25 ojców, a rodzice ośmiorga dzieci oboje byli żołnierzami. Trzynaścioro miało rodzica walczącego w operacji Pustynna Burza.

Ogólny poziom lęku oraz sposoby radzenia sobie przez dzieci z rodzin cywilnych i wojskowych były podobne. Pozwoliło to autorce na odrzuceniu hipotezy o istnieniu „syndromu rodziny wojskowej”. Natomiast analiza poszczególnych pytań ujawniła pewne różnice. Dzieci z rodzin czynnych zawodowo żołnierzy nieco bardziej liczyły się ze zdaniem rodzica, co jest interpretowane jako pochodna bardziej autorytatywnego stylu wychowania. Dzieci te były również nieznacznie bardziej impulsywne i nieśmiałe niż dzieci cywili. Nieco częściej jako sposób radzenia sobie z trudnościami podawały walczenie z kimś, obgryzanie paznokci oraz oddawanie się marzeniom. Jako efektywne sposoby zaradcze wskazywały agresję fizyczną (walka) oraz werbalną (wrzeszczenie), ale w społecznie akceptowanych granicach. Natomiast dzieci rezerwistów częściej podejmowały strategie instrumentalne (zrobić coś by zmienić sytuację). Podobnie jak dzieci cywilów jako skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem podawały próby relaksowania i odprężania się.

Percepcja zagrożenia wojną rzuciła nieco więcej światła na stosunek dzieci z rodzin wojskowych na pracę rodzica. Po pierwsze dzieci żołnierzy posiadały większą i bardziej adekwatną wiedzę na temat działań wojennych, w których uczestniczyły Stany Zjednoczone. Warto podkreślić, że żadne z dzieci bezpośrednio nie uczestniczyło w wojnie. Dzieci czynnych zawodowo żołnierzy częściej dowiadywały się o wojnie od nauczycieli i z mediów niż od rodziców. Ryan-Wenger wspomina, że miała trudności z pozyskaniem zgody rodziców – żołnierzy na udział ich dzieci w tym badaniu. Ci, którzy odmówili, nie zgadzali się, aby pytano ich dzieci o sprawy związane z wojną. Z jednej strony może świadczyć to o chęci ochrony dzieci przed zagrażającymi informacjami. Z drugiej może wskazywać na utrudnienia w komunikacji w obszarach związanych z ich pracą zawodową.

Dzieci czynnych zawodowo żołnierzy częściej niż cywilów oczekiwały, że Stany Zjednoczone wygrają wojnę, jeśli taka będzie miała miejsce oraz sygnalizowały strach, że rodzic mógłby zginąć. Na pytanie „co by się stało w twojej rodzinie gdyby była wojna?” dzieci rezerwistów i czynnych zawodowo żołnierzy częściej twierdziły, że rodzic mógłby pójść na wojnę i mógłby umrzeć oraz że napađnięto by na ich dom. W przeciwieństwie do nich dzieci cywilów najczęściej mówiły, że musiałyby pójść gdziekolwiek indziej lub, że nic by się nie zmieniło. Dzieci wojskowych niepokoiły się i były smutne myśląc o wojnie, w porównaniu do dzieci cywilów, które twierdziły, że wojna nie jest w porządku i myśląc o niej czują się źle. Natomiast wszystkie dzieci stwierdziły, że w wojnie nie ma nic dobrego, ewentualnie poza tym, że się kończy.

Implikacje praktyczne tego artykułu dotyczą pomocy rodzicom – żołnierzom w lepszej komunikacji z dzieckiem w obszarze zagrożeń wynikających z ich pracy. Proponowane są też programy prewencyjne w grupach wysokiego ryzyka, czyli u dzieci, których rodzic aktualnie uczestniczy w operacjach militarnych. Kolejny aspekt pomocy psychologicznej dotyczy dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania oraz objawami związanymi z



przeżywanym stresem. Na podkreślenie konieczności umiejętnego rozmawiania z dziećmi na trudne tematy autorka przytacza wypowiedź dziesięcioletniego chłopca: „to wspaniałe, nikt dotąd mnie o to nie pytał!”. Niniejsza praca ukazuje, że choć dzieci z rodzin wojskowych nie różnią się w natężeniu symptomów psychopatologicznych od dzieci z rodzin cywilów, to oczywiście myślą o zagrożeniu, jakie może spotkać ich rodzica. Ta świadomość nie powinna być ignorowana przez dorosłych, choć im samym może być trudno rozmawiać z dzieckiem na ten temat. Zwłaszcza, jeśli sami czują wiele obaw i sobie z nimi nie zawsze dobrze radzą.

### **Pomoc psychologiczna**

#### *Po misji*

Z dotychczasowych badań wynika, że profesjonalna i systematyczna opieka wśród osób pełniących służbę w warunkach ekstremalnych jest niezbędna. W bardzo obszernym badaniu Bramsen i współpracowników (2001), obejmujących holenderskich uczestników misji pokojowych (3500 weteranów i 1000 członków ich rodzin) stwierdzono, że 27% odczuwało potrzebę profesjonalnej pomocy z uwagi na symptomy psychiczne i fizyczne, które rozwinęły się w wyniku udziału w operacjach pokojowych. Połowa z tych weteranów nie szukała i nie otrzymała takiej pomocy. Podobne zjawisko zaobserwowano u żołnierzy uczestniczących w walkach wojennych. Nie zgłaszali swoich problemów i nie leczyli się z obawy przed stygmatyzacją (Creamer i in., 1999). Wracając do badań holenderskich, 10% rodzin weteranów, zwłaszcza tych, u których zdiagnozowano PTSD, również potrzebowała opieki medycznej. 75% żołnierzy preferowało pomoc ze strony lekarzy wojskowych niż cywilnych oraz aktywności w zaspokajaniu ich potrzeb ze strony organizacji militarnych (Bramsen i in., 2001). Natomiast uczestniczący w misji pokojowej w Kambodży twierdzili, iż potrzebowali pomocy krótko po operacji (21% ankietowanych), a 6% nawet pięć lat po jej zakończeniu. Warto nadmienić, że 53% żołnierzy i weteranów nie było zadowolonych z otrzymanej pomocy. Większość odczuwała potrzebę nieformalnej rozmowy o przeżyciach i doświadczeniach w trakcie i po misji (Van Esch i in., 1998).

Niektóre długofalowe programy pomocy dla weteranów wojen nie przyniosły oczekiwanych efektów medycznych. Sześcioletnia obserwacja leczących się żołnierzy z Wietnamu, ze zdiagnozowanym PTSD pozwoliła na stwierdzenie, że zredukowano tendencje do stosowania przemocy oraz nadużywania alkoholu, natomiast nie osiągnięto poprawy w symptomach związanych z pobudzeniem oraz izolacją społeczną. Objawy pobudzenia nawet nasilały się wraz z upływem czasu. Jednakże wszyscy weterani podkreślali pozytywny wpływ leczenia na ich funkcjonowanie we wszystkich obszarach życia i ich lepsze umiejętności radzenia sobie z przewlekłą chorobą (PTSD) (Johnson i in., 2004).

W literaturze spotyka się termin programów leczniczych pierwszej i drugiej generacji skierowanych do weteranów wojny w Wietnamie (Johnson i in., 1994). Pierwsza generacja miała na celu przepracować efekty traumy wojennej i zmniejszyć objawy zespołu stresu pourazowego. Programy drugiej generacji koncentrują się na reintegracji społecznej w odniesieniu do funkcjonowania w rodzinie i pracy. Ich głównym celem jest poprawa umiejętności funkcjonowania w społeczeństwie. Oba typy oddziaływań mają pomóc żołnierzom w osiągnięciu jak najlepszego psychologicznego i społecznego rozwoju. Oznacza to, że pomoc powinna być kompleksowa, dotycząca wielu sfer funkcjonowania żołnierzy. Choć przywołane prace świadczą o konieczności wzrostu skuteczności programów terapeutycznych, to widoczny jest trend w subiektywnym poczuciu poprawy funkcjonowania żołnierzy.

Żony weteranów wojennych z objawami stresu pourazowego mają wysoki poziom psychologicznego stresu. Występuje tu zjawisko wtórnej traumatyzacji z powodu doświadczeń męża. Mają małe wsparcie w rodzinie, z uwagi na jej konfliktowość, zakaz swobodnej ekspresji uczuć i małej spójności rodziny. O ile żołnierze z PTSD otrzymują

pomoc psychologiczną i medyczną, to ich partnerzy nie. Najczęstszymi życzeniami żon jest chęć wytchnienia i odpoczynku poprzez hospitalizację męża oraz częstsze kontakty z psychiatrą opiekującym się mężem w celu podniesienia swoich umiejętności pomocy mężowi, a nie sobie. 80% żon nie szuka porady, podejmują wysiłki w poradzeniu sobie z problemami bez żadnej pomocy z zewnątrz. Wręcz były niechętne i nie akceptowały pomocy psychologicznej. Zaleca się szeroko dostępną informację o PTSD, aby żony lepiej mogły radzić sobie z sobą i problemami męża. Mogą uczestniczyć w grupach wsparcia dla żon, aby wymieniać się doświadczeniami i dawać sobie wsparcie. W przypadkach poważnego stresu powinny mieć swobodny dostęp do indywidualnego czy małżeńskiego poradnictwa (Westerink, Giarratano, 1999).

### *Rodziny w trakcie trwania misji*

Bardzo cenną inicjatywą amerykańskiego Departamentu ds. Weteranów było powołanie do życia w 1989 roku Amerykańskiego Narodowego Ośrodka ds. PTSD (National Centre for PTSD). Z czasem zakres jego działalności został rozszerzony na inne grupy wysokiego ryzyka zespołu stresu pourazowego. Ośrodek prowadzi badania i szkolenia w zakresie PTSD oraz szeroko zakrojoną działalność informacyjną, zarówno dla służb medycznych, jak i osób poszkodowanych w wyniku skrajnie wyczerpujących przeżyć. Na stronie internetowej <http://www.ncptsd.org> można znaleźć między innymi podręcznik dla służb medycznych o problemach żołnierzy walczących w Iraku z niezbędnymi narzędziami diagnostycznymi oraz informacjami edukacyjnymi. Stworzono obszerną bazę danych dotyczących publikacji o PTSD, która może efektywniej, niż inne bazy danych naukowych, zaspokoić potrzebę poszerzania wiedzy wśród lekarzy i psychologów.

Dla samych żołnierzy i ich rodzin najcenniejsze mogą być działy: dziesięć najczęściej zadawanych pytań oraz broszury „Fakty o PTSD”. W tym ostatnim znajduje się wiele porad, co powinna wiedzieć rodzina o stresie pola walki i jak sobie z nim radzić oraz jak udział rodzica w wojnie może wpływać na dziecko. Zawarto wiele linków do bardziej szczegółowych omówień problemów. Ponadto istnieje możliwość uzyskania informacji o możliwości skorzystania z profesjonalnej pomocy. W ten sposób pomoc i opieka może przesunąć się z okresu po misji, na tak trudny dla rodzin okres podczas misji.

Strona jest łatwo dostępna, nie tylko dlatego, że informacje tam zawarte są bezpłatne, ale również po wpisaniu w wyszukiwarce internetowej hasła „wojna w Iraku” pojawia się na pierwszej pozycji. Niestety tej dostępności do informacji brakuje w warunkach polskich. Z informacji podanych przez ppłk Patokę (2003) dowiadujemy się, że rodziny polskich żołnierzy przebywających w Iraku zostaną otoczone stosowną pomocą i opieką psychologiczną. Zadania te ułatwić ma stworzenie telefonów informacyjnych, prowadzenie spotkań dowódców z wyjeżdżającymi żołnierzami i ich rodzinami, wyznaczenie osób odpowiedzialnych za kontakty z rodzinami w czasie pobytu mężów na misji, organizowanie spotkań żon, zapraszanie je na uroczystości odbywające się w jednostkach wojskowych, zapraszanie dzieci na kolonie, wycieczki i imprezy rekreacyjne. W kolejnym kroku utworzono Centra Pomocy Rodzinie, które posiadają dostęp do łączności telefonicznej i internetowej oraz punkty konsultacji psychoprofilaktycznej, czyli dyżury psychologów z jednostek wojskowych (Szustakowski, 2004). Jednak nie należy zapominać o tych, którzy na podstawie wcześniejszych własnych doświadczeń organizowali podobną pomoc. Mam tu na myśli Stowarzyszenie Rodzina Wojskowa i nieformalne „kobiece stanowiska dowodzenia”. Jest to szczególnie ważna grupa samopomocowa, wspierana przez Stowarzyszenie Kombatantów Misji Pokojowych ONZ (<http://skmponz.w.interia.pl>), mająca największe doświadczenie w reagowaniu na problemy psychologiczne, czy socjalno – bytowe rodzin misjonarzy. Jak wykazano w przeglądzie literatury, pierwszą naturalnie odczuwaną potrzebą jest rozmowa nieformalna, zwłaszcza z osobami o podobnym doświadczeniu i statusie.

Poniżej przedstawiono najprostsze i użyteczne rady udzielane przez Narodowego Ośrodka ds. PTSD rodzinom, których członek aktualnie uczestniczy w działaniach wojennych, a które również dotyczą z powodzeniem misji stabilizacyjnych. Podane zalecenia nie są ograniczone żadnymi barierami kulturowymi w stosunku do warunków polskich.

Zachęca się partnerów, którzy pozostali w kraju do otwartej komunikacji z innymi członkami rodziny, a zwłaszcza z dziećmi. Rozmowy mają dotyczyć przede wszystkim uczuć i obaw. Akceptacja uczuć, czasami ambiwalentnych, zrozumienie ich normalności może przyczynić się do lepszego funkcjonowania.

Aktualności podawane przez media są ważnym źródłem informacji, ale mogą wpływać na wzrost doświadczanego stresu. Rodziny żołnierzy uczestniczących w misji stabilizacyjnej w Iraku mogą stale śledzić informacje podawane przez media. Z jednej strony w telewizyjnych doniesieniach mogą dostrzec bliską osobę. Jednak chyba ważniejszym jest, że większość tych informacji dotyczy zagrożeń i niebezpieczeństw, co prowadzi do wzrostu napięcia, a nawet wtórnej traumatyzacji. W związku z tym zaleca się ograniczenia oglądania programów informacyjnych z doniesieniami o wojnie oraz dbanie by dzieci nie oglądały makabrycznych scen z rejonów walki.

Nieobecność rodzica może być złagodzona poprzez trzymanie jego zdjęcia na widocznym miejscu, co sprawia, że jest, choć częściowo, obecny w rodzinie. To postępowanie zmniejszy również niepokój żołnierza, iż zostanie odsunięty na dalszy plan, czy zapomniany. Nie da się zmienić faktu, że fizyczna nieobecność rodzica, zmusi resztę rodziny do podjęcia nowych obowiązków i zwiększy odpowiedzialność rodzica pozostającego w kraju. Mimo to, zaleca się utrzymywanie dotychczasowych zwyczajów rodzinnych, takich jak wspólne spożywanie posiłków czy obchodzenie rodzinnych uroczystości.

Zachęca się małżonków by dbali o swoją kondycję psychiczną i fizyczną poprzez ćwiczenia i wypoczynek, zapewnianie sobie drobnych przyjemności typu zabawa czy spacer, spędzanie czasu z przyjaciółmi.

Organizowanie sieci wsparcia warto by było świadomie kierowane. Poza rodziną i przyjaciółmi ważna jest możliwość pomocy ze strony sąsiadów czy spotkania się z innymi kobietami, które są w podobnej sytuacji. Również cenne jest wsparcie ze strony miejscowej społeczności czy kościoła.

Wiedza o instytucjach, które organizują pomoc dla żon żołnierzy w rozwiązywaniu przez nie nagle pojawiających się codziennych problemów jest niezwykle istotna. Aż w końcu, uczestnictwo w programach organizowanych przez wojsko dotyczących psychoedukacji, radzenia sobie z niepewnością wynikającą z pracy męża, pomocy w przygotowaniu rodziny na powrót męża do domu. Również znajomość lekarza czy psychologa, którego można poprosić o pomoc jest niezwykle ważna.

### **Zakończenie**

Najlepiej rozpoznany obszar są deficyty zdrowia psychicznego żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych, zwłaszcza symptomatologii zespołu stresu pourazowego. Choroba ta ma wpływ na funkcjonowanie społeczne i rodzinne żołnierza. Z tego względu pojawiają się, ciągle nieliczne, badania kosztów ponoszonych przez ich partnerów. Spośród objawów PTSD dla partnerów żołnierzy najtrudniejsze w codziennym życiu są symptomy pobudzenia i unikania. Są to głównie utrudnienia w komunikowaniu się, emocjonalna niedostępność, agresja i przemoc, życie z osobą uzależnioną. Na szczęście dotyczy to tylko części żołnierzy. Większość cieszy się dobrym zdrowiem psychicznym i fizycznym. Można przypuszczać, że ich relacje z bliskimi są prawidłowe. Jednak ciągle brak systematycznych badań o cechach i siłach pozwalających radzić sobie ze skrajnie traumatycznymi przeżyciami, ze stresem pola walki. Jest to o tyle zrozumiałe, że dominują prace kliniczne, prowadzone przez służby medyczne zajmujące się leczeniem weteranów, a

badania monitorujące i profilaktyczne są dla nich drugoplanowe. Wydaje się, że zdrowie stale rozumiane jest jako brak patologii, brak choroby, a nie kształtowanie dobrostanu i jak najlepszego funkcjonowania w życiu.

Do niedawna uczestniczący w wojnie czy misji żołnierz to zazwyczaj był mężczyzna. W ostatnich latach zwiększa się odsetek kobiet w wojsku. Na temat ich funkcjonowania małżeńskiego oraz jako matki na razie nie odnotowano żadnych artykułów. Wskazano na nierozpoznaną do końca, ale szczególnie ważną rolę ochronną pełnioną przez żonę żołnierza. Jest ona jakby buforem pomiędzy światem zawodowym męża i jego konsekwencjami a resztą rodziny. Tak jak wykazano na podstawie literatury to partnerka ponosi znacząco większe koszty niż dzieci czy inni członkowie rodziny. Są to dystres i gorsze zdrowie. Istnieją sygnały o mniej korzystnym funkcjonowaniu społecznym dzieci wojskowych. Dotyczy to ich trudności w zachowaniu lub konfliktowości. Jednak im gorsze funkcjonowanie jednego czy obojga rodziców, tym większa szansa na dysfunkcje u dziecka. Spośród objawów PTSD najbardziej niekorzystne dla dziecka są emocjonalne odrętwienie i niedostępność rodzica – żołnierza.

Pomoc świadczona rodzinom wojskowym w trakcie trwania misji i po jej zakończeniu wymaga dalszego dopracowania i indywidualizacji. Najtrudniejsza podczas misji jest niepewność, co dzieje się z partnerem. Punktem wyjścia jest dostępność informacji o formach i miejscach udzielających wsparcie oraz możliwość skomunikowania się z tymi organizacjami. W dobie rozwoju internetu może być to zadaniem łatwiejszym. Jednak warto pamiętać, iż nic nie zastąpi osobistego, bezpośredniego, empatycznego kontaktu. Natomiast informacja o specyfice rodzin wojskowych, zwłaszcza, że ich sytuacja w ostatnich latach zmieniła się diametralnie, powinna być również przekazywana do nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych.

W wielu pracach, w których badaniu poddano mniej niż 150 osób, małą liczebność grupy podawano jako znaczące ograniczenie w interpretacji wyników. Rzeczywiście w ich interpretacji należy zachować ostrożność, ale ich walor praktyczny jest niezaprzeczalny. Wycinkowe badania mogą być doskonałym punktem wyjścia do zorganizowania badań na dużych próbach, pobranych losowo, ale zwiększa to koszty ich prowadzenia. Mimo wszystko warto też rozważyć badania porównawcze z innymi grupami zawodowymi. Czasowa nieobecność rodzica w domu i ponoszone ryzyko zawodowe występuje również wśród funkcjonariuszy jednostek specjalnych policji. Lepsze funkcjonowanie rodzin wojskowych będzie sprzyjać szybszej i bardziej efektywnej adaptacji do pracy w szczególnych warunkach i przy wykonywaniu trudnych, ale ważnych zadań.

### Literatura

- Baggaley, M.R., Piper, M.E., Cumming, P., Murphy, G. (1999). Trauma related symptoms in British soldiers 36 months following a tour in the former Yugoslavia. *Journal of the Royal Army Medical Corps.*, 145, 1, 13-14.
- Ballone, E., Valentino, M., Occhiolini, L., Di Mascio, C., Cannone, D., Schioppa, F.S. (2002). Factors influencing psychological stress levels of Italian peacekeepers in Bosnia. *Military Medicine*, 165, 12, 911-915.
- Birenbaum, R. (1994). Peacekeeping stress prompts new approaches to mental-health issues in Canadian military. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 15, 1484-1489.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A.J.E., Van der Ploeg, H.M. (2001). *Deelname aan Vredesmissies: gevolgen, opvang, en nazorg: een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen* [Participation in peacekeeping operations: after-effects and immediate and long-term care: a study among veterans, family members and health care institutions]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam (abstract). [dostępne <http://biblioline.nisc.com>]

- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., Charney, D.S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 3, 369-375.
- Byrne, C.A., Riggs, D.S. (1996). The cycle of trauma; relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11, 3, 213-225.
- Calhoun, P.S., Beckham, J.C., Bosworth, H.B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 3, 205-212.
- Creamer, M., Morris, P., Biddle, D., Elliott, P. (1999). Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: a cause for cautious optimism. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 545-558.
- Davidson, A.C., Mellor, D.J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 345-351.
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., Van der Ploeg, H.M. (2001). Factors associated with PTSD symptom severity among Dutch former peacekeepers, 21-41. *Posttraumatic stress among Dutch military veterans: a longitudinal study*. Amsterdam: Vrije Universiteit (abstract) [dostępne <http://biblioline.nisc.com>]
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 6, 765-772.
- Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P., Hopwood M. (2003). MMPI-2 based subgroups of veterans with combat-related PTSD: differential patterns of symptom change after treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 8, 531-537.
- Freeman, T., Kimbrell, T. (2004). Relationship of alcohol craving to symptoms of posttraumatic stress disorder in combat veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 5, 389-390.
- Gallagher, J.G., Riggs, D.S., Byrne, C.A., Weathers, F.W. (1998). Female partners' estimations of male veterans' combat-related PTSD severity. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 2, 367-374.
- Hofmann, S.G., Litz, B.T., Weathers, F.W. (2003). Social anxiety, depression, and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Anxiety Disorder*, 17, 5, 573-582.
- Hotopf, M., David, A.S., Hull, L., Ismail, K., Palmer, I.P., Unwin, C., Wessely, S.C. (2003). The health effects of peace-keeping in the UK Armed Forces: Bosnia 1992-1996: predictors of psychological symptoms. *Psychological Medicine*, 33, 1, 155-162.
- Hyer, L., Braswell, L., Albrecht, B., Boyd, S., Boudewyns, P., Talbert, S. (2003). Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 12, 1295-1304.
- Hyer, L., McCranie, E.W., Boudewyns, P.A., Sperr, E. (1996). Modes of long-term coping with trauma memories: relative use and associations with personality among Vietnam veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 2, 299-316.
- Johnson, D.R., Feldman, S.C., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1994). The concept of the Second Generation program in the treatment of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 2, 217-235.
- Johnson, D.R., Fontana, A., Lubin, H., Corn, B., Rosenheck, R. (2004). Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 1, 35-41.



- Kishon-Barash, R., Midlarsky, E., Johnson, D.R. (1999). Altruism and the Vietnam War veteran: the relationship of helping to symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 655-662.
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Friedman, M.J., Ehlich, P.J., Batres, A.R. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 2, 178-184
- National Center for Post-Traumatic Stress Disorder and Walter Reed Army Medical Center (2004). *Iraq War Clinician Guide. 2<sup>nd</sup> Edition*. Department of Veterans Affairs National center for PTSD. [dostępne <http://ncptsd.org/war/guide/IraqGuide.pdf> ]
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N., Flett, R. (1999). Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War veterans: a mediational model. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 701-707.
- Mehlum, L., Weisaeh, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 1, 17-26.
- Michel, P.O., Lundin, T., Larsson, G. (2003). Stress reactions among Swedish peacekeeping soldiers serving in Bosnia: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 6, 589-593.
- Morgan, C.A., Hill, S., Fox, P., Kingham, P., Southwick, S.M. (1999). Anniversary reactions in Gulf War veterans: a follow-up inquiry 6 years after the war. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 7, 1075-1079.
- Patoka, J. (2003). Opieka psychologiczna w PKW w Iraku. *Przegląd Wojsk Lądowych, sierpień*, 79-87. [dostępne [www.army.mil.pl/strona\\_pl/publicystyka/pwl/pwl\\_spec/s79-87.pdf](http://www.army.mil.pl/strona_pl/publicystyka/pwl/pwl_spec/s79-87.pdf)]
- Ruscio, A.M., Weathers, F.W., King, L.A., King, D.W. (2002). Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 5, 351-357.
- Ryan-Wenger, N.A. (2002). Impact of threat of war on children in military families. *Journal of Pediatric Health Care* 16, 245-252.
- Savarese, V.W., Suvak, M.K., King, L.A., King, D.W. (2001). Relationships among alcohol use, hyperarousal, and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 4, 717-732.
- Shigemura, J., Nomura, S. (2002). Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 483-491.
- Steindl, S.R., Young, R.M., Creamer, M., Crompton, D. (2003). Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 27-34.
- Szustakowski, J. (2004). Z sercem na dłoni. *Wojska Lądowe*, 10, 23. [dostępne [www.army.mil.pl/strona\\_pl/publicystyka/wl/wl10\\_04/s23.pdf](http://www.army.mil.pl/strona_pl/publicystyka/wl/wl10_04/s23.pdf)]
- Taft, C.T., King, L.A., King, D.W., Leskin, G.A., Riggs, D.S. (1999). Partners' ratings of combat veterans' PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 2, 327-334.
- Taylor, A.J.W. (2004). Occupational stress and peacekeepers. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1. [dostępne <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/taylor.htm> ]
- Van Esch, S.C.M., Bramsen, I., Sonnenberg, G.P., Merlijn, V.P.B.M., Van der Ploeg, H.M. (1998). *Het Post-Cambodia Klachten Onderzoek: het welbevinden van Cambodjagangers en hun behoefte aan hulp en nazorg* [The Post-Cambodia Complaints Study: the well-being of soldiers who have served in Cambodia and their need for help and aftercare]. Amsterdam: EMGO-Instituut (abstract). [dostępne <http://biblioline.nisc.com>]

- Vuksić-Mihaljević, Z., Mandić, N., Bensić, M., Mihaljević, S. (2000). Posttraumatic stress disorder among Croatian veterans: a causal model. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 6, 625-636.
- Ward, W.K. (1997). Psychiatric morbidity in Australian veterans of the United Nations peacekeeping force in Somalia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 2, 184-193.
- Westerink, J., Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847.