

Diana MAZIAREK

Akademia Obrony Narodowej

Wydział Zarządzania i Dowodzenia – Warszawa

ZABURZENIE PO STRESIE TRAUMATYCZNYM (POST – TRAUMATIC STRESS DISORDER – PTSD)

“Wszystko na wojnie jest bardzo proste, ale najprostsza rzecz jest trudna. Trudności piętrzą się i w końcu doprowadzają do pewnego rodzaju tarć, które są czymś niepojętym, jeśli ktoś sam nie doświadczył wojny”.

Clausewitz (1832, 1982)

Doświadczenia urazowe o szczególnym nasileniu, związane z wpływem przyrody lub powodowane przez ludzi, były udziałem ludzi od zarania dziejów. Ich wpływ na ludzka psychikę był w pewnym stopniu rozpoznawany, czego przykłady możemy znaleźć w licznej literaturze.

Możliwości fizyczne i psychiczne radzenia sobie ze stresem każdego organizmu ludzkiego są różne. Jedni bez najmniejszego problemu radzą sobie świetnie w sytuacjach trudnych, inni wręcz przeciwnie. Najbardziej trafnym pojęciem będzie stwierdzenie, iż stres jest efektem ubocznym złego i nieodpowiedniego radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wszystkie sytuacje, zarówno pozytywne jak i negatywne, do których musimy się dostosować są stresujące. Kanadyjski psycholog Hans Selye (1956, 1976) wprowadził podział stresu na stres **dobry** i **zły** oraz nazwał je *stresem pozytywnym* (eustress) i *stresem negatywnym* (distress).

W nauce – medycynie i psychologii – świadomość roli traumy psychologicznej w genezie zaburzeń psychicznych pojawiła się w czasie pierwszej wojny światowej. Wówczas to zwrócono uwagę na występujące u żołnierzy symptomy psychiczne takie jak:

- oszołomienie,
- strach,
- drżenie,
- koszmary senne,

- niezdolność do funkcjonowania.

„Frederick Mott (1919), określił reakcje spowodowane urazem wywołanym działaniami wojennymi mianem „szoku ostrzału”, „szoku artyleryjskiego”. Uważał te reakcje za stan spowodowany drobnymi krwawieniami w mózgu”¹.

Z czasem stwierdzono, że większość ofiar cierpiała z powodu przemęczenia, ciągłego zagrożenia utratą życia lub kalectwem oraz silnego szoku psychicznego (czynniki typowych dla pola walki), a nie jak początkowo uważano obrażeń fizycznych. Podczas drugiej wojny światowej objawy szoku wywołanego walką określano mianem „zmęczenia operacyjnego” lub „nerwicy wojennej”. Podczas wojen w Korei i Wietnamie przyjęto termin „wyczerpanie walką”.

Jak już zdążyliśmy zauważyć, samo pojęcie „stresu” nie jest jednoznaczne. Dlatego też w bardzo różny sposób może być definiowane i wyjaśniane. Nie oznacza to wcale, że muszą się one wzajemnie wykluczać. „Systematyczne obserwacje na temat stresu datują się dopiero od wieku XIX. Zwraca na to uwagę Richard Lazarus (1984), który twierdził, że definiowano wówczas stres w trzech znaczeniach:

1. obciążenie (*load*) – rozumiane jako siła zewnętrzna,
2. presja (*stress*) – definiowane jako reakcja wewnętrzna wywołana działaniem siły zewnętrznej,
3. napięcie (*strain*) – określane jako zaburzenie lub deformacja podmiotu²”.

„Pod koniec XIX wieku pojawiło się szersze zainteresowanie zagadnieniem zaburzeń potraumatycznych w ramach medycyny. Wiązało się to z jednej strony z doświadczeniami amerykańskiej wojny secesyjnej, a później I wojny światowej, z drugiej zaś wynikało z wprowadzenia w niektórych krajach (np. Anglii i Prusach) ustawodawstwa przyznającego prawo do pewnej finansowej rekompensaty za obrażenia w wyniku wypadków kolejowych i przy pracy. W tym okresie zaczęły się rozwijać poglądy akcentujące rolę czynników psychologicznych w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Znaczące obserwacje i dociekania na temat związku pomiędzy traumą i chorobą psychiczną (histerią) prowadzono w paryskim szpitalu Salpetriere.

¹ R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, „Psychologia zaburzeń, t. 1”, Gdańsk 2003, s. 232.

² J. F. Terelak, „Człowiek i stres”, Bydgoszcz – Warszawa 2008, s. 14-15.

Stopniowo torował sobie drogę pogląd, że silnie urazowe przeżycia między innymi związane z wojną i wypadkami, mogą powodować wyraźne zmiany funkcjonowania psychicznego, a także fizycznego. Od samego początku zainteresowania medycyny strauumatyzowanymi ludźmi, toczyły się burzliwe spory dotyczące etiologii. Czy wiążą się one z czynnikami organicznymi czy psychicznymi? Czy traumą jest samo zaburzenie czy jego subiektywna interpretacja?³”.

„Masowe zwolnienia z powodów psychologicznych ze służby wojskowej w armii amerykańskiej (do 1944 roku ponad milion takich zwolnień) przyczyniły się do zwrócenia uwagi na reakcje żołnierzy na stres wojenny, jak również poszukiwanie możliwości terapeutycznych. Opis reakcji pilotów amerykańskich walczących w Europie przedstawili właśnie Roy R. Grinker i John P. Spiegel (1945) w książce *„Men Under Stress”*. Jak już wspominałam wcześniej, opisali oni symptomy będące bezpośrednią reakcją na stres walki (*combat*) jak również po powrocie do domu. Owe podejście psychoanalityczne pozwoliło im na wnikliwy psychologicznie opis przeżyć i reakcji żołnierzy, biorących udział w wojnie. Zdaniem autorów kliniczny opis neurotycznych reakcji na ciężki stres walki obejmuje wiele psychologicznych i psychosomatycznych symptomów i nieprzystosowane zachowania. Dla uniknięcia stygmatyzacji posługują się oni dla ich ogólnej charakterystyki określeniem *„operational fatigue”*.”

Do najczęściej występujących objawów według Grinkera i Spiegela należą:

- zdenerwowanie (*restlessness*),
- drażliwość i zachowania agresywne,
- zmęczenie po obudzeniu się i ospałość,
- trudności z zasypianiem,
- subiektywny lęk,
- łatwe męczenie się,
- reakcje przestachu,
- depresja,
- zmiany osobowości i zakłócenia pamięci,
- drżenie i objawy nadaktywności układu sympatycznego,

³ M. Lis- Turlejska, *„Stres traumatyczny – występowanie, następstwa, terapia”*, Warszawa 2002, s. 25-26.

- trudności w koncentracji,
- poczucie zagubienia (*confusion*),
- zwiększone spożycie alkoholu.

Bardzo ważne dla dalszego rozwoju teorii stresu traumatycznego są poglądy Abrama Kardiner, który w 1941 roku wydał książkę dotyczącą nerwic wojennych. Kardiner – uczeń Freuda – podsumował w swojej książce obserwacje i analizy związane z leczeniem przypadków nerwic po pierwszej wojnie światowej. Początkowo usiłował bez powodzenia wykorzystywać założenia klasycznej psychoanalizy. Później jednak stworzył własną koncepcję traumy w wieku dorosłym jako samodzielnego źródła nerwicy. Tym samym odrzucił związany z klasyczną psychoanalizą pogląd o powstawaniu objawów, w rezultacie wzbudzenia przez traumę wczesnodziecięcych uwarunkowań. Kardiner traktowany jest jako autor, który w największym stopniu w XIX wieku przyczynił się do opisywania specyfiki psychologicznych następstw traumatycznych przeżyć i do późniejszego zdefiniowania PTSD.

Z jego koncepcji i doświadczeń korzystali psychiatrzy i psychologowie amerykańscy podczas drugiej wojny światowej. Kardiner zaobserwował, że osoby cierpiące na traumatyczną nerwicę rozwijają stałą czujność i uwrażliwienie na zewnętrzne zagrożenie. Uważał, że centrum nerwicy traumatycznej to „*fizjonerwica*”. Poza zmianami fizjologicznymi Kardiner zaobserwował „patologiczny syndrom traumatyczny”, obejmujący zmieniony sposób postrzegania siebie w relacji do świata, oparty na „byciu uczepionym” (*fiksacja*) do traumy i nietypowych snach, z chronicznym poirytowaniem i reakcjami przerażenia (*startle reactions*). Pojawiające się niezwykle objawy somatyczne traktował jako swoisty sposób „przypominania”, ponieważ dolegliwości medyczne były społecznie akceptowane i podlegały kompensacji⁴.

„Teoretyczne i praktyczne doświadczenia związane z leczeniem żołnierzy amerykańskich przyczyniły się do rozwoju psychiatrii i psychologii klinicznej. W Stanach Zjednoczonych do psychiatrów, którzy zaangażowali się aktywnie w leczenie nerwic wojennych, zarówno na froncie jak i w kraju, należeli między innymi Lawrence Kubie, Walter Menninger, Lawrence Kolb oraz wspomniani powyżej Roy Grinker i John Spiegel. Zaczęto wówczas stosować w armii amerykańskiej metodę grupowego „debriefingu”. Docenienie leczniczego znaczenia grupy w związku z traumą wojenną, zapoczątkowało późniejszy rozwój terapii grupowej.

⁴ M. Lis – Turlejska, „*Stres traumatyczny – występowanie, następstwa, terapia*”, Warszawa 2002, s. 35-37.

W tym czasie odkryto również hipnozę (także narkoanalizę), dostrzegając znaczenie przywracania pamięci traumatycznych zdarzeń⁵.

Na przełomie kilkudziesięciu lat istniało wiele terminów określających zaburzenia psychiczne spowodowane walką, choć brakowało konkretnej ich definicji. Dopiero w ciągu ostatnich trzydziestu lat wyłonił się nowy obszar teorii i badań psychologii dotyczący wpływu szczególnie nasilonego stresu na ludzką psychikę. Określany jest on mianem badań nad skrajnym stresem środowiskowym, katastroficzną traumą, traumatycznym stresem.

W odniesieniu do stresu traumatycznego podstawową cechą traumy psychicznej jest przede wszystkim wystawienie na oddziaływanie zdarzenia, które jest tak destrukcyjne, że pełna i natychmiastowa reakcja adaptacyjna na nie jest niemożliwa. „Stres traumatyczny powoduje uraz udarowy (*impast injury*) psychiki i mózgu tak samo, jak upadek ze zbyt dużej wysokości spowoduje uraz udarowy ciała (...). Zamieszczone w podręczniku diagnostycznym *DSM – IV – TR Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, najlepiej opisuje cechy urazu spowodowanego przez stres traumatyczny.

A. Dana osoba była wystawiona na oddziaływanie traumatycznego zdarzenia, które spełniało oba podane niżej kryteria:

- 1) dana osoba doświadczyła, była świadkiem lub stanęła wobec zdarzenia lub zdarzeń, które wiązały się z rzeczywistą lub groźącą śmiercią, lub poważnym uszkodzeniem ciała, lub zagrożeniem integralności fizycznej jej samej albo innych osób;
- 2) reakcja danej osoby obejmowała intensywny strach, bezradność lub przerażenie.

B. Dana osoba podczas doświadczenia przerażającego zdarzenia albo po jego zakończeniu wykazuje co najmniej trzy z następujących objawów dysocjacyjnych:

- 1) subiektywne poczucie odrętwienia, „*wyłączenia się*” (*detachment*) czy braku wrażliwości emocjonalnej,
- 3) zredukowana świadomość otoczenia (np. „bycie oszołomionym”),
- 4) derealizacja,
- 5) depersonalizacja,

⁵ Tamże.

6) amnezja dysocjacyjna (tzn. niezdolność przypomnienia sobie ważnego aspektu traumatycznego zdarzenia).

C. Uporczywe ponowne doświadczenie (*reexperiencing*) traumatycznego zdarzenia w przynajmniej jeden z następujących sposobów:

- powracające obrazy, myśli, sny, złudzenia,
- epizody nagłych przeżyć wspomnień (*flashback episodes*),
- poczucie ponownego przeżywania tego doświadczenia,
- cierpienie po zetknięciu z bodźcami przypominającymi traumatyczne zdarzenie.

D. Wyraźne unikanie bodźców, np. myśli, uczuć, rozmów, czynności, miejsc, ludzi, które wzbudzają wspomnienia traumatycznego zdarzenia.

E. Wyraźne objawy lęku lub zwiększonego pobudzenia (np. trudności z zasypianiem, drażliwość, trudności z koncentracją, nadmierna czujność, wzmożona reakcja przestachu, niepokój ruchowy).

F. Zaburzenie powoduje klinicznie znaczące cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych dziedzinach lub osłabia zdolność jednostki do zrealizowania koniecznego zadania, takiego jak uzyskanie niezbędnej pomocy lub zmobilizowanie osobistych zasobów przez opowiedzenie członkom rodziny o traumatycznym doświadczeniu.

G. Zaburzenie trwa co najmniej dwa dni i co najwyżej cztery tygodnie, a występuje w ciągu miesiąca od traumatycznego zdarzenia.

H. Zaburzenie nie jest spowodowane bezpośrednimi fizjologicznymi skutkami zażycia jakiejś substancji (np. narkotyku, leku) lub ogólnym stanem zdrowia, nie można go wyjaśnić krótkotrwałym stanem psychicznym i nie jest zaostrzeniem istniejącego uprzednio zaburzenia, zaliczanego do *osi I (zespoły kliniczne)* lub *osi II (zaburzenia rozwojowe i osobowości)* według systemu klasyfikacji psychiatrycznej *DSM*.

Definicja traumatycznego zdarzenia według *DSM – IV – TR* składa się z dwóch części.

Po pierwsze, istnieje poważne zagrożenie życia lub integralności fizycznej danej osoby lub kogoś znajdującego się w pobliżu niej.

Po drugie, w reakcji na zagrożenie musi występować strach, przerażenie lub bezradność. Zagrożenia różnią się pod względem swej zdolności wywoływania strachu, przerażenia lub bezradności przeciętnej osoby. Z doświadczeń autora z żołnierzami, którzy służyli w Afganistanie

i Iraku, wynika, że do potencjalnie najbardziej traumatycznych zdarzeń podczas walk należało:

- bycie świadkiem śmierci kolegi lub cenionego dowódcy,
- odpowiedzialność za śmierć dzieci,
- nieudana próba uratowania kolegi od śmierci lub poważnego zranienia,
- pomyłkowe ostrzelanie swoich,
- przeżycie nieoczekiwanego ataku, którego ofiara padło wielu przyjaciół, takiego jak samochód pułapka z umieszczonym w nim improwizowanym urządzeniu wybuchowym lub duża zasadzka.

Jednakże walka każdego rodzaju jest potencjalnie destrukcyjna. W swoim badaniu przeprowadzonym wśród żołnierzy sił lądowych i piechoty morskiej po upływie 3 – 6 miesięcy od operacji *Enduring Freedom* (*Trwała wolność*) i *Iraki Freedom* (*Iracka wolność I*) Hoge i inni (2004) stwierdzili wysoką dodatnią korelację między liczbą starć ogniowych a ciężkością objawów stresu traumatycznego⁶.

Z powyższej definicji wynika, że stres traumatyczny może dotknąć każdej osoby, choć jest ona szczególnie bliska żołnierzom oraz pracownikom cywilnym wojska biorącym udział w misjach wojskowych.

Misje poza granicami kraju niosą wiele trudności i problemów, wynikających bezpośrednio z miejsca oraz charakteru pełnionej służby. Pojawiające się trudności mają często swe podstawy w nieznaności kultury i społeczności danych państw, bariery językowej, zagrożeniu zdrowia i życia wynikające z zagrożeń militarnych w rejonie misji i realizacji zadań, specyficznej izolacji, rozłące z rodziną i najbliższymi oraz braku doświadczenia. Innym, nie mniej groźnym przeciwnikiem, mogącym łatwo uśpić czujność żołnierzy pełniących służbę, są klimat, warunki terenowe i przyroda. Wynikiem tego jest udział żołnierzy w szeregu przygotowań, szkoleń, aby mieć świadomość zagrożeń związanych z misją i być odpowiednio przygotowanym. Niestety, przygotowanie teoretyczne często nie wystarczy, bo wiedza okazuje się raczej powierzchowna a wyobrażenie o pewnych zjawiskach ubogie, co boleśnie weryfikuje rzeczywistość. Te wszystkie sytuacje powodują, że służba żołnierzy w niebezpiecznych i trudnych misjach sprzyja powstawaniu stresu. Wynika to bezpośrednio z faktu, iż misje pokojowe w krajach nękanych wojną były pomyślane jako neutralne akcje humanitarne lub stabilizacyjne, mające

⁶ Charles R. Figley, William P. Nash, „*Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*”, Warszawa 2010, s. 59-61.

przy użyciu środków pokojowych rozdzielić walczące strony oraz chronić ludność cywilną i pracę organizacji niosących jej pomoc. Okazało się jednak, że zadania i obowiązki sił pokojowych nie są wcale takie oczywiste, a rozwój sytuacji może wciągnąć je w ostry konflikt, do którego nie są przygotowane. Udział w niektórych wojskowych „misjach pokojowych”, „wojennych”, takich jak te w Iraku, Czadzie, czy w Afganistanie były i są równie stresujące jak udział w działaniach wojennych i mogą prowadzić do tragedii oraz powodować głębokie urazy.

Dla wielu uczestników misji wykonanie zadań oznacza poważny stres. Charakterystyczne objawy stresu związanego z walką różnią się zasadniczo w zależności od rodzaju służby wojskowej, charakteru i intensywności dramatycznego przeżycia oraz osobowości jednostki.

Istnieje wiele przyczyn stresu pola walki. Część z nich wynika z faktu, że nasze zwykłe metody radzenia sobie są bezużyteczne na polu walki, gdzie jesteśmy ustawicznie narażeni na śmierć lub poważne obrażenia i co chwila ocieramy się o niebezpieczeństwo. Tracimy poczucie skuteczności i bezpieczeństwa, które towarzyszy nam w stosunkowo pewnym, stabilnym i bezpiecznym cywilnym świecie. Większość żołnierzy biorących udział w walkach nie trafiała do ośrodków psychiatrycznych, chociaż prawie wszyscy zdradzali silne reakcje lękowe i inne objawy dezorganizacji osobowości. Nie były jednak one na tyle głębokie, by uniemożliwić normalne funkcjonowanie. Niektórzy żołnierze zanim nastąpiło u nich załamanie, wytrzymywali wręcz niewiarygodny stres, podczas gdy inni, załamywali się pod wpływem stosunkowo lekkiego stresu, spowodowanego podstawowym szkoleniem wojskowym.

Aby zrozumieć reakcje pourazowe, spowodowane udziałem w walce musimy wziąć pod uwagę takie czynniki, jak predyspozycje wynikające z uwarunkowań psychicznych, dojrzałość, lojalność wobec własnej jednostki wojskowej, zaufanie do przełożonych oraz aktualny poziom stresu.

Wrodzony temperament, wrażliwość i energia mają prawdopodobnie wpływ na adaptację żołnierza do stresu pola walki, choć nie ma na to wielu dowodów. Więcej wiemy o tych warunkach panujących na polu walki, które wystawiają na próbę fizyczną i emocjonalną odporność żołnierza. Stałe napięcie emocjonalne w połączeniu z innymi częstymi niepowodzeniami, takimi jak trudne warunki klimatyczne, niedożywienie czy choroba, prowadzą do ogólnego obniżenia odporności fizycznej i psychicznej na wszystkie stresory. Efektem tego są różnego rodzaju nerwice określane jako zaburzenia czynnościowe powstające na skutek urazów psychicznych związanych ze skrajnie trudnymi sytuacjami kon-

fliktowymi lub frustracjami (takimi, w których przeszkody uniemożliwiają osiągnięcie zamierzonego celu).

„Istotne znaczenie dla powstawania i rozwoju nerwicy mają długotrwałe albo powtarzające się urazy psychiczne (szczególnie groźne jest sumowanie się wpływu tych sytuacji na człowieka). Ponadto ważnymi czynnikami sprzyjającymi nerwicy jest obniżona odporność na urazy, związana z długotrwałą chorobą somatyczną lub niektóre przeżycia z okresu wczesnego dzieciństwa (znaczenie tych czynników podkreślano szczególnie mocno w psychoanalizie)⁷”.

Kolejną grupą przyczynową stresu pola walki są czynniki psychospołeczne. Wiele czynników psychospołecznych i czynników wynikających z relacji z innymi wpływa na poziom stresu żołnierzy i sprawia, że załamują się oni na polu bitwy. Do czynników tych zaliczamy: względną izolację – ograniczenie wolności osobistej, wszelkiego rodzaju frustracje związane z przebywaniem daleko od domu, brakiem możliwości kontaktu z rodziną oraz rozłąkę z bliskimi i z domem rodzinnym. Oczywiście, główną rolę odgrywają liczne stresy wynikające z udziału w bitwie, takie jak nieprzewidywalne i na ogół nie dające się kontrolować okoliczności, ciągły strach, konieczność zabijania oraz stałe przebywanie w trudnych warunkach.

Osobowość jest kolejnym ważnym czynnikiem przesądzającym o przystosowaniu do służby wojskowej. Cechy osobowości przyczyniające się do obniżenia indywidualnej zdolności adaptacji do stresu lub poszczególnych stresorów silnie determinują reakcje jednostki w warunkach pola walki.

Indywidualne przystosowanie do warunków pola walki determinują również różne czynniki społeczno – kulturowe. Do takich ogólnych czynników zaliczamy:

- zrozumienie i akceptację celu wojny,
- identyfikację i solidarność z oddziałem,
- morale oddziału,
- umiejętności przełożonych.

Ważnym czynnikiem jest zrozumienie i akceptacja celów wojny. Żołnierz, który identyfikuje się z nim, uznaje je za własne i istotne dla siebie, rozumie wagę i wartość tego, co robi – znajduje w tym podporę psychiczną.

⁷ W. Oniszczenko, „Stres to brzmi groźnie”, Warszawa 1998, s.64.

Innym istotnym czynnikiem jest identyfikacja z oddziałem. Im silniejsze jest poczucie jedności z grupą, tym mniejsze prawdopodobieństwo załamania w walce. Poczucie solidarności z oddziałem podnosi morale i ułatwia przystosowanie w ekstremalnych warunkach.

Również umiejętności dowódcy i jego zaufanie do oddziału są niezmiernie istotnym elementem ułatwiającym żołnierzowi adaptację na polu walki. Szacunek dla przełożonego, zaufanie do jego umiejętności i oceny sytuacji, wytworzenie silnej więzi braterstwa lub synowskiego oddania podnoszą morale żołnierza i zwiększają jego odporność na stres. Z drugiej strony, brak zaufania lub sympatii do dowódcy obniża morale i tolerancję stresu.

Przyczyną stresu pola walki są zagrożenia militarne w rejonie misji związane z realizacją zadań mandatowych, takich jak np. udział w akcjach bojowych, nieprzewidywalność ataków rodzące poczucie ciągłego zagrożenia w tym obawa przed śmiercią lub kalectwem. Wymienione przeze mnie: czynniki psychospołeczne, społeczno – kulturowe, to tylko niektóre z możliwych. Nie mniej groźną przyczyną stresu może być wystąpienie takich stresorów jak np. klimat, warunki terenowe i przyroda – czyli czynniki nie zagrażające bezpośrednio życiu żołnierza.

Służba na misji jest dla każdego żołnierza długotrwałym wydarzeniem ekstremalnym, zarówno dla jego psychiki, jak i dla fizjologii. We współczesnych operacjach wojskowych, przy dużej fascynacji techniką, nie wolno zapominać, że wartością nadrzędną zawsze jest myślący człowiek – żołnierz. Mimo doskonałej, zaawansowanej i rozwiniętej techniki, ukrytej w nowoczesnych narzędziach pola walki – może okazać się, że żołnierz będzie najstabszym „środkiem walki”.

Granice tych możliwości wahają się w różnych przedziałach nawet w przypadku tego samego żołnierza w zależności od jego stanu fizycznego, psychicznego i emocjonalnego. Potencjał obronny psychiki każdego żołnierza w pewnym momencie kończy się. Musi liczyć wówczas na pomoc kolegów, wiedzę i wsparcie przełożonych. W każdych okolicznościach nieodzownym uzupełnieniem zdobywanej wiedzy jest gromadzenie własnych doświadczeń oraz wymiana ich z członkami zespołu, wnikliwa obserwacja i analiza reakcji psychicznych występujących w działaniach bojowych. Dlatego poznawanie, kształtowanie i rozwijanie maksymalnych możliwości w tym zakresie jest jednym z podstawowych zadań podwyższania bezpieczeństwa i zwiększania gotowości bojowej każdego żołnierza.

BIBLIOGRAFIA

- R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, „*Psychologia zaburzeń, t.1*”, Gdańsk 2003 r.;
- J. F. Terelak, „*Człowiek i stres*”, Bydgoszcz – Warszawa 2008 r.;
- M. Lis – Turlejska, „*Stres traumatyczny – występowanie, następstwa, terapia*”, Warszawa 2002 r.;
- Charles R. Figley, William P. Nash, „*Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*”, Warszawa 2010 r.
- W. Oniszczenko, „*Stres to brzmi groźnie*”, Warszawa 1998.

ABSTRAKT

Doświadczenia każdego człowieka związane są niewątpliwie z emocjami, które przeżywamy w każdym momencie naszego życia. Emocje, uczucia, złe czy też dobre mają bardzo duży wpływ na kształtowanie się naszej osobowości i charakteru. Stres jakiego doświadczamy w codziennym życiu jest początkiem starcia się osobowości i siły charakteru z tym, czy będziemy w stanie mu sprostać. Sam termin „stres” nie jest czymś negatywnym. Jednak długotrwale działający, w warunkach niesprzyjających człowiekowi, przy bardzo dużym obciążeniu jest siłą niszczącą nie tylko psychikę człowieka. Zaburzenie po stresie traumatycznym – PTSD czyli *Post Traumatic Stress Disorder* jest terminem szczególnie bliskim żołnierzom walczącym na misjach zagranicznych poza granicami naszego kraju. Tam, gdzie codzienność ściera się z obawami i lękiem o swoją egzystencję żołnierze muszą wykonywać swoje zadania na najwyższym poziomie. Dlatego też są grupą, która niewątpliwie narażona jest na tego typu doświadczenia.