

Stopień ekspozycji na stresory i poziom objawów potraumatycznych u żołnierzy powracających z misji pokojowej ONZ w byłej Jugosławii

Maria Lis-Turlejska, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski*

Aleksandra Łuszczyńska-Cieślak, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Jan Borkowski, Akademia Obrony Narodowej

Mirosław Dyrda, Akademia Podlaska

Tomasz Ochowski, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości

Zdzisław Kobos, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej

Bronisław Rokicki, Akademia Obrony Narodowej

DEGREE OF EXPOSURE TO STRESSORS AND POSTTRAUMATIC SYMPTOMATOLOGY AMONG SOLDIERS RETURNING FROM A UN PEACEKEEPING MISSION IN THE FORMER YUGOSLAVIA

The study was aimed to assess posttraumatic symptomatology and the level of various stressors experienced by soldiers coming back after participating in a UN peacekeeping mission in the former Yugoslavia. The relationship between the levels of symptoms of PTSD, depression and anxiety and the differences between subjects with different stressful experiences during a peacekeeping mission was also assessed. A group of 165 soldiers took part in the study within 24 hours after coming back from the mission. 38.5% of the group had nightmares once a week and 24.8% had intrusive memories of stressful experiences during the peacekeeping mission. There is a correlation between the intensity of symptoms of PTSD, depression and anxiety. The data show also differences in intensity of PTSD symptoms between soldiers with different experiences perceived as the most stressful and also with different most difficult tasks during their period of duty.

WPROWADZENIE

W ostatniej dekadzie można mówić o wzroście zainteresowania traumatycznymi doświadczeniami i ich konsekwencjami, występującymi u żołnierzy pełniących służbę w ramach misji pokojowych (Bramsen, Birkzwaiger i van der Ploeg, 2000; Litz i in., 1997; Segal i Segal, 1993). Uważa się, że współczesne operacje pokojowe obejmują bardziej złożoną niż poprzednio, wielozadaniową służbę obejmującą zarówno bezpo-

średnie działania związane z utrzymywaniem pokoju pomiędzy wrogimi lub walczącymi stronami, jak też dostarczanie humanitarnej pomocy w warunkach politycznej i społecznej dewastacji i zagrożenia cywilnego (por. Litz i in., 1997).

Polska uczestniczy w operacjach pokojowych ONZ od 1953 roku. Począwszy od uczestnictwa w Międzynarodowym Komitecie w Korei polski personel, głównie wojskowy, brał udział w 37 operacjach pokojowych w 30 krajach Ameryki, Afryki, Azji i Europy. W operacjach tych brało udział około 40 tysięcy polskich żołnierzy, w tym około 6 tysięcy na terytorium b. Jugosławii. Ponad czterdziestu polskich żołnierzy zginęło podczas służby, a około 400 zostało inwalidami (Chilczuk, 2001).

* Korespondencję prosimy kierować na adres: Maria Lis-Turlejska, Wydział Psychologii UW, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa
e-mail: maya@engram.psych.

Wpływ udziału w wojnie (*combat*) na rozwój PTSD i innych zaburzeń psychicznych u żołnierzy został ustalony w znacznej już obecnie liczbie badań (zob. Lis-Turlejska, 1998). Ostatnio prowadzone badania wskazują na to, że procent wariacji nasilenia objawów PTSD może być przypisywany również innym związanym z militarnymi działaniami stresorom, oprócz tradycyjnie rozumianej ekspozycji na walkę frontową (zob. Litz i in., 1997). Na przykład stresory „niskiego nasilenia” (*low-magnitude stressors*) (złe wyżywienie, ekspozycja na trudne warunki klimatyczne, zakłócenia snu) w sposób niezależny zwiększały ryzyko PTSD u weteranów wietnamskich (King i in., 1995). Wskazuje się także na zasadność podziału stresorów związanych z działaniami militarnymi na obejmujące takie zmienne jak: przedłużone oczekiwanie zagrożenia życia w związku z przewidywanym użyciem broni chemicznej lub atakiem raketowym oraz stresory nie związane z walką frontową – takie jak wypadki lub molestowanie seksualne podczas służby (Sutker i in., 1993). Również neutralność, której muszą przestrzegać szkoleni do walki podczas wojny żołnierze, może prowadzić do konfliktu ról i niejasności dotyczącej odpowiedniego działania w zagrażającej sytuacji (Litz i in., 1997).

Mehlum (1995) przedstawił wyniki badania, które objęło żołnierzy służących w norweskich oddziałach Tymczasowych Sił ONZ w Libanie w latach 1978–1991. Badanie odbywało się w okresie średnio 6.6 lat po zakończeniu służby. W ramach losowej próby 1062 osób, znalazła się podgrupa osób, które z powodów medycznych, społecznych lub dyscyplinarnych – przerwały służbę przed terminem. Zdiagnozowano PTSD u 5 procent całej próby, zaś w podgrupie osób, które wcześniej przerwały służbę u 15.8%. Znaczna część całej badanej grupy (46.7%) zwiększyła konsumpcję napojów alkoholowych podczas służby. Porównanie podgrupy osób, które przerwały służbę z grupą kontrolną, ze względu na takie zmienne jak: bezrobocie, problemy finansowe, konflikty z prawem (aresztowanie), poważne wypadki, rozwód – wykazało brak wyraźnych różnic w okresie przed służbą. W momencie badania wskaźniki tych zmiennych były znacząco wyższe u osób zwolnionych przedwcześnie ze służby (np. 32% było bezrobotnych). Litz i in. (1997) zbadali grupę amerykańskich żołnierzy (3085 osób), po odbyciu służby w jednostkach pokojowych w Somalii, w 5 miesięcy po powrocie do kraju. Zastosowane narzędzia służyły do pomiaru ekspozycji na różnego rodzaju stresory (związane bezpośrednio ze znajdowaniem się na terenie objętym wojną oraz stresory nie związane z wojną), do oceny negatywnych i pozytywnych aspektów służby oraz do pomiaru PTSD i innych objawów potraumatycznych. Rozpowszechnienie PTSD w całej badanej grupie wyniosło 8%. Predyktorami stopnia nasilenia PTSD była w największym stopniu częstość ekspozycji na stres wojenny (*war zone*

stress), frustracja związana z negatywnymi aspektami zadań dotyczących utrzymywania pokoju (restrykcyjne zasady dotyczące angażowania się) oraz pozytywna ocena militarnych aspektów służby (w przeciwieństwie do humanitarnych).

Bramsen i in. (2000) stwierdzili występowanie PTSD u 3% z 572 żołnierzy, badanych w okresie 1 do 6 lat po powrocie ze służby w holenderskiej misji pokojowej ONZ w byłej Jugosławii. 21% żołnierzy w badanej próbie spełniało przynajmniej jedno kryterium dla diagnozy PTSD.

Można przewidywać, że różne kraje w tym Polska, będą w dalszym ciągu uczestniczyć w operacjach związanych z utrzymywaniem pokoju. Wiedza dotycząca psychologicznych konsekwencji uczestniczenia w tego rodzaju operacjach jest potrzebna dla lepszego przygotowania personelu wojskowego przed służbą, dla zapewnienia lepszego wsparcia psychologicznego podczas służby oraz dla zapewnienia odpowiedniej interwencji psychologicznej po powrocie do domu.

Celem prezentowanych badań była ocena poziomu nasilenia objawów potraumatycznych u żołnierzy Wojska Polskiego, którzy brali udział w misji pokojowej ONZ na terenie b. Jugosławii. Przedmiotem badania było także określenie rodzaju i nasilenia stresorów, na które byli narażeni badani żołnierze.

NARZĘDZIA

W celu uzyskania informacji m.in. o danych socjodemograficznych oraz o ekspozycji na różnego rodzaju stresory, skonstruowano Ankiętę Osobową. Część pytań ankiety dotyczyła wykształcenia, stanu cywilnego, stanowiska służbowego, wcześniejszego udziału w misjach ONZ, długości służby podczas ostatniej misji i najczęściej wykonywanych zadań w czasie pobytu w byłej Jugosławii. Pozostałe pytania dotyczyły częstotliwości udziału w szczególnie niebezpiecznych zadaniach; częstotliwości odczuwania silnego zagrożenia życia lub zdrowia, odniesionych ran; faktu zranienia lub śmierci żołnierza z kompanii lub innej struktury organizacyjnej, w której badany pełnił służbę; konieczności użycia broni; znalezienia się w sytuacji zablokowania (odcięcia posterunku).

Do pomiaru nasilenia objawów potraumatycznych wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń (*Impact of Events Scale*, IES, Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Składa się ona z 15 pozycji. Każdej pozycji odpowiada czterostopniowe nasilenie danego objawu: „wcale”, „rzadko”, „od czasu do czasu”, „często”, któremu przyporządkowane są następujące wartości: 0, 1, 3, 5. Średni wynik w IES wyniósł $M = 12.53$ ($SD = 12.71$; Min = 0, Max = 51). IES jest jednym z najczęściej cytowanych w literaturze narzędzi do pomiaru nasilenia symptomów potraumatycznych (por. np. Weiss, Marmar, 1996). Rzetelność i trafność polskiej wersji jest satysfakcjonująca (Lis-Tur-

lejska, 1996). Również w prezentowanych badaniach uzyskano satysfakcjonujący wskaźnik rzetelności ($\alpha = .89$).

Pierwszą część IES stanowi pytanie o przeżyte traumatyczne doświadczenie, do którego badani odnoszą się w dalszej części kwestionariusza. W tym przypadku pytanie to zastąpiono Listą Zdarzeń. Rozpoczyna ją pytanie: „które z wymienionych poniżej zdarzeń stanowiło dla Pana najtrudniejsze przeżycie w czasie służby w pokojowej misji ONZ w byłej Jugosławii?” Badani zgodnie z instrukcją wybierali 1 do 3 z przedstawionych sytuacji lub wpisywali inne dodatkowe sytuacje. Lista Zdarzeń obejmowała 18 pozycji, podzielonych na trzy kategorie. Pierwsza dotyczy „odniesienia rany” lub bycia „bezpośrednim obiektem rażenia ogniowego (strzelano do mnie)”. Druga kategoria odnosi się do sytuacji związanych z „poczuciem zagrożenia życia lub zdrowia”. Zawiera ona opis 10 sytuacji, takich jak: udział w akcji rozminowania terenu, patrolowanie terenu, zablokowanie (odcięcie posterunku), zatrzymanie w charakterze zakładnika. Trzecia kategoria dotyczy bycia świadkiem śmierci lub zniszczeń, np. przebywanie w strefie zniszczeń, widok zabitych i rannych wśród miejscowej ludności.

W badaniu zastosowano więc dwa narzędzia odnoszące się do przeżytych zdarzeń traumatycznych (stresorów). Jedno z nich dotyczyło udziału w tych wydarzeniach (Ankieta Osobowa). Drugie służyło uzyskaniu informacji o tym, które z przeżytych wydarzeń badani oceniali jako najtrudniejsze przeżycie (Lista Zdarzeń).

Do pomiaru nasilenia symptomów depresji wykorzystano Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory BDI*, Beck i in., 1961), w przekładzie Czapińskiego i Lewickiej (Czapiński, 1995). Średni wynik w badanej próbie wyniósł $M = 3.87$ ($SD = 5.05$; $Min = 0$, $Max = 27$). Polska wersja BDI nie posiada oficjalnej adaptacji; kwestionariusz ten był jednak kilkakrotnie stosowany w badaniach reprezentatywnych prób dla populacji ogólnej w Polsce (np. Czapiński, 1998).

Do oceny poziomu lęku wykorzystano Kwestionariusz Samooceny (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970). Jest to narzędzie składające się z 40 pozycji dotyczących lęku-stanu oraz lęku-cechy. Średni wynik w zakresie lęku-cechy wyniósł $M = 35.85$ ($SD = 8.01$, $Min = 21$, $Max = 63$), natomiast w zakresie lęku-stanu $M = 31.84$ ($SD = 8.33$; $Min = 18$, $Max = 63$). Odpowiedzi udzielane są na czteropunktowej skali. Polska wersja charakteryzuje się wysoką trafnością i rzetelnością (Wrześniewski i Sosnowski, 1987).

Dodatkowo zastosowano listę zawierającą pytania dotyczące występowania różnych objawów PTSD (Ocena Wpływu Zdarzenia, OWZ). Pytania te zaczerpnięto z Wywiadu Ustrukturalizowanego dla PTSD (*Structured Interview for Post-traumatic Stress Disorder*, Keane i in., 1985), skonstruowanego do badania weteranów wojny wietnamskiej, w oparciu o kryteria

diagnostyczne DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Pytania dotyczyły występowania oraz nasilenia różnych objawów PTSD oraz symptomów towarzyszących, takich jak poczucie winy, używanie alkoholu, agresja. Trafność i rzetelność polskiej wersji narzędzia nie została określona. Narzędzie to można potraktować jako ankietę pozwalającą na oszacowanie frekwencji występowania wybranych objawów PTSD w badanej grupie.

OSOBY BADANE

Przebadano 165 mężczyzn, żołnierzy szeregowych, podoficerów i oficerów Wojska Polskiego. W badanej grupie 14,5% miało wykształcenie wyższe, 33,3% – średnie, 41,8% – zawodowe, a 1,8% – podstawowe. Jedynie 3,6% badanych było kawalerami, 50,3% było żonatych, 37% rozwiedzionych. Badani przebywali na ostatniej misji w byłej Jugosławii między 1 a 36 miesięcy ($M = 9.21$; $SD = 4.93$). Dla większości z nich był to pierwszy pobyt w ramach misji pokojowych ONZ (71,5%), choć jeden z badanych brał udział w misjach pokojowych ONZ pięciokrotnie (.6%). Udział w misji pokojowej jest dobrowolny i wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia finansowego.

Badani stanowili część polskiego kontyngentu wojsk ONZ. Około sześciu miesięcy przed badaniem w regionie stacjonowania wojsk ONZ miały miejsce intensywne działania wojenne; część grupy skorzystała z regulaminowej możliwości przerwania służby i nie powróciła z urlopów w Polsce. Sądzić można zatem, że badani stanowią w pewnej mierze wyselekcjonowaną część całej populacji polskich żołnierzy, którzy w danym okresie przebywali na terenie byłej Jugosławii.

PROCEDURA

Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 1995 roku, w ciągu pierwszej doby od przyjazdu do Polski, na terenie instytucji wojskowych w Opolu i Kielcach. Badanie odbywało się w grupach około 30 osobowych, z udziałem 3 psychologów. Badania miały charakter anonimowy i były przeprowadzane przez autorów raportu. Żołnierze byli informowani, iż badania są prowadzone przez Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i służą celom naukowym.

WYNIKI

Z danych zebranych za pomocą Ankiety Osobowej wynika, iż badani doświadczyli różnych sytuacji związanych z pełnieniem obowiązków w czasie odbywania misji pokojowej, które można uznać za traumatyczne. W całej grupie 3,6% badanych odniosło rany podczas służby, 78,9% znalazło się w sytuacji zablokowania lub odcięcia posterunku. Zdecydowana większość widziała

osoby cywilne lub uczestników walk poszkodowanych w wyniku działań wojennych (91.5%). Część osób badanych relacjonowała, iż podczas wykonywania zadań inny z żołnierzy kompanii lub innej struktury organizacyjnej został ranny (57.7%) lub poniósł śmierć (19.4%). Większość żołnierzy brała udział w zadaniach, które oceniali jako szczególnie niebezpieczne: 38.8% 1 do 3 razy; 15.8% 4 do 12 razy; 2.4% 13 do 50 razy; 4.8% ponad 50 razy. Jedynie 15,2% badanych udzieliło negatywnej odpowiedzi na pytanie o „przeżycie sytuacji której towarzyszyło silne zagrożenie życia lub zdrowia”. Pozostali badani deklarowali przeżycie tego rodzaju sytuacji, z czego 67.3% kilka razy, 8.5% kilkanaście razy, a 1.2% przez kilka tygodni.

Najwięcej badanych (38.2%) stwierdziło, iż „spostrzeżenia i odczucia podczas pobytu były zbieżne z wyobrażeniami o wielkości strat i zniszczeń w tym rejonie i realnego zagrożenia”, 35.8% deklarowało iż „sytuacja okazała się mniej dramatyczna, niż wcześniejsze przewidywania”. Jednak 17.6% badanych uznało, iż znaleźli się „w sytuacji trudniejszej, niż przewidywali”. Większość badanych (80.6%) deklarowała jednak chęć wzięcia udziału w innej misji pokojowej ONZ.

Poza wymienieniem stresowych doświadczeń, które miały miejsce podczas pełnienia misji pokojowej ONZ, badani odpowiadali także na pytania zawarte w Liście Zdarzeń wskazując na 1 do 3 sytuacji, które były dla nich najtrudniejsze. Żołnierze wskazywali następujące sytuacje – 18.2% wymieniło bycie bezpośrednim obiektem rażenia ogniowego; 49.7% znalezienie się w sferze oddziaływania ogniowego, podczas którego występowało poczucie zagrożenia życia; 2.4% wskazało odniesienie ran. Badani wymieniali również sytuacje określane jako „wywołujące poczucie zagrożenia życia lub zdrowia” takie jak: udział w akcji rozminowania terenu (4.5%), przebywania w strefie min – pułapek (17.6%), zablokowanie lub odcięcie posterunku (10.9%), zatrzymanie przez żołnierzy walczących stron (13.9%), zatrzymanie w charakterze zakładnika (1.2%). Spośród przeżytych doświadczeń jako najtrudniejsze określali także bycie świadkiem śmierci innego żołnierza (4.5%), udział w wymianie zwłok między stronami konfliktu (4,5%), widok zabitych i rannych lub poszkodowanych wśród miejscowej ludności (9.7%), przebywanie w strefie zniszczeń (15.3%) lub udział w akcjach ekshumacyjnych (1.2%).

Badani relacjonowali różne symptomy PTSD. Niektóre symptomy występowały co najmniej raz w tygodniu, np.: koszmarne sny związane z pobytom w byłej Jugosławii (10.3%), koszmarne sny o innej treści (28.2%), budzenie się w nocy z powodu koszmarnych snów (7.9%), pojawianie się „jakby żywych, dokładnych obrazów wydarzeń w byłej Jugosławii” (24.8%). Część badanych relacjonowała zmniejszenie się zdolności do przeżywania różnych emocji (7.8% do 23%). Jednym z powszechniej występujących symptomów była reakcja

przestraszenia na nieoczekiwane bodźce (*startle response*) (74.6% badanych). Dodatkowo badani obserwowali u siebie wybuchy złości w postaci angażowania się w bójki (4.8%), grożenia innym bronią (4.2%) lub niszczenia przedmiotów lub wybuchów gniewu (22.7%).

Przeprowadzono analizy dotyczące związków między nasileniem symptomów PTSD, poziomem lęku i symptomów depresyjnych. Stwierdzono istotne związki między nasileniem symptomów PTSD mierzonych za pomocą IES, a nasileniem objawów depresyjnych ($r = .19; p < .05$), cechy-lęku ($r = .21; p < .05$) oraz lęku-stanu ($r = .28; p < .01$). Wyższy poziom symptomów PTSD wiązał się z wyższym poziomem symptomów depresji i silniejszym lękiem (rozumianym jako stan i jako cecha). Również wysoki poziom depresyjności był związany z nasileniem lęku-cechy ($r = .72; p < .001$) i lęku-stanu ($r = .55; p < .001$). Lęk-stan był związany z lękiem-cechą ($r = .69; p < .001$).

Trzydzieści dziewięć procent badanych deklarowało, iż podczas służby nastąpił wzrost ilości spożywanego alkoholu. Stwierdzono również związki między poziomem symptomów psychopatologicznych, a odpowiedzią na pytanie dotyczące wzrostu ilości spożywania alkoholu podczas pobytu w b. Jugosławii. Zwiększeniu ilości spożywanego alkoholu towarzyszył wyższy poziom depresyjności ($r = .25; p < .01$), wyższy poziom symptomów PTSD ($r = .28; p < .01$), wyższy poziom lęku-stanu ($r = .41; p < .001$) i lęku-cechy ($r = .27; p < .01$). Również wysoka ilość alkoholu wypijanego jednorazowo wiązała się z wyższym poziomem depresyjności ($r = .20; p < .05$), wyższym poziomem lęku-stanu ($r = .38; p < .001$) i lęku-cechy ($r = .21; p < .05$). Jedynie 6.7% było abstynentami, pozostali wypijali jednorazowo przeciętnie .33 litra alkoholu ($SD = .28$).

W celu określenia zależności między rodzajem przeżytych sytuacji stresowych ocenianych jako najtrudniejsze, a nasileniem symptomów potraumatycznych badani zostali podzieleni na trzy grupy. Pierwszą stanowiły osoby, które jako najtrudniejsze przeżycie z pobytu w byłej Jugosławii określiły sytuacje, w których odniosły rany lub były obiektem bezpośredniego rażenia ogniowego (Grupa 1). W skład Grupy 2 weszły osoby, które nie wymieniły wyżej wspomnianych sytuacji wśród przeżyć ocenianych jako najtrudniejsze, natomiast wymieniły wśród nich wydarzenia z drugiej kategorii sytuacji w Liście Zdarzeń. Grupę 3 stanowiły osoby, które nie wymieniły wśród sytuacji ocenianych jako najtrudniejsze wydarzeń z dwóch powyższych kategorii z Listy Zdarzeń, natomiast stwierdziły, iż najtrudniejsze były dla nich wydarzenia z trzeciej kategorii sytuacji z Listy Zdarzeń. Porównano Grupy 1 i 2 pod względem poziomu symptomów PTSD, depresyjności i poziomu lęku. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic między grupami. Porównano także Grupy 2 i 3 pod względem poziomu tych zmiennych. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic także między tymi grupami.

Porównując Grupy 1 i 3 stwierdzono jedynie tendencję do występowania różnicy między grupą 1 i 3 w zakresie nasilenia symptomów PTSD ($F = 1.72$; $df = 1, 30$; $p < .1$). Osoby z pierwszej grupy miały wyższy poziom symptomów PTSD ($M = 16.1$; $SD = 11.85$), niż osoby z grupy 3 ($M = 6.40$; $SD = 9.97$).

Porównano również badanych, którzy nigdy nie brali udziału w niebezpiecznych zadaniach z tymi, którzy w Ankiecie Osobowej deklarowali udział w takim zadaniu co najmniej jeden raz. Stwierdzono istotną różnicę w zakresie nasilenia symptomów PTSD ($F = 9.77$; $df = 1, 122$; $p < .01$). Osoby, które przeżyły taką sytuację przejawiały wyższy poziom symptomów PTSD ($M = 15.19$; $SD = 13.93$), w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły takich wydarzeń ($M = 7.95$; $SD = 8.60$).

Stwierdzono również tendencję do występowania różnic w nasileniu symptomów PTSD ($F = 2.30$; $df = 1, 122$; $p < .09$) między żołnierzami, którzy w Ankiecie Osobowej zadeklarowali, iż ani razu nie odczuwali silnego zagrożenia życia lub zdrowia ($M = 8.19$; $SD = 12.67$), a tymi, którzy zgłaszali przynajmniej kilkakrotne wydarzenia związane z takimi odczuciami ($M = 13.41$; $SD = 12.62$). Grupy te różniły się również w poziomie lęku-stanu ($F = 7.48$; $df = 1, 135$; $p < .01$). Osoby które ani razu nie odczuwały silnego zagrożenia życia lub zdrowia ($M = 27.61$; $SD = 7.13$) miały niższy poziom lęku niż te, które relacjonowały przynajmniej kilkakrotne wydarzenia związane z takimi odczuciami ($M = 32.69$; $SD = 8.31$).

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki wskazują, iż badani stosunkowo często przejawiali różne symptomy PTSD. W odniesieniu do przedstawionego badania można mówić o pomiarze objawów PTSD. Niestety, brak w okresie przeprowadzania badań wystandaryzowanych narzędzi, nie pozwolił na diagnozę zespołu stresu pourazowego (PTSD).

Stwierdzono także istotne zależności między lękiem, symptomami depresji i symptomami PTSD. Wśród symptomów towarzyszących, stwierdzono między innymi wzrost spożycia alkoholu. Podobne rezultaty uzyskał cytowany powyżej Mehlum (1995), który stwierdził podobny symptom u 44.6% osób badanych.

Porównania między osobami, które doświadczyły różnych sytuacji, ocenianych przez nie jako najtrudniejsze, wskazują na tendencję do występowania różnic w zakresie nasilenia symptomów PTSD. Również porównania osób, które brały udział w szczególnie niebezpiecznych zadaniach z tymi, które takich zadań nie wykonywały dowodzą występowania istotnych różnic w nasileniu symptomów zespołu stresu pourazowego.

Brak jest jednak różnic w zakresie poziomu symptomów depresji i lęku, co świadczy, iż PTSD powinno być podstawową jednostką diagnostyczną uwzględnianą w profilaktyce i terapii żołnierzy biorących udział w misjach pokojowych.

Mimo występowania licznych symptomów potraumatycznych żołnierze deklarowali chęć ponownego odbycia służby. Podobne wyniki uzyskała Bache (1995), która zbadała 722 żołnierzy duńskich służących w byłej Jugosławii.

Zarówno ze względu zarówno na rodzaj i nasilenie przeżytych stresorów jak też na podwyższony poziom objawów potraumatycznych, wobec części osób z badanej grupy należałoby podjąć działania profilaktyczne oraz terapeutyczne. Willigenburg i in. (1996) prezentują opis narzędzia do oceny działań profilaktycznych i terapeutycznych stosowanych wobec żołnierzy armii holenderskiej uczestniczących w misjach pokojowych ONZ. Deahl, Earnshaw i Jones (1994) postulują konieczność profilaktyki PTSD niezależnie od występowania symptomów tego zaburzenia.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.). Washington, DC: Author.
- Bache, M. (1995). *Danish UN-soldiers. Experiences and stress reactions*. Nie opublikowany manuskrypt. Psychological Division, Defence Center for Leadership, Dania.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelshon, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bramsen, I., Birkzwager, A. J. E., van der Ploeg, H. M. (2000). Predeemployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- Chilczuk, M. (2001). *Ruch kombatancki w Europie środkowej i wschodniej: Osiągnięcia i dylematy*. World Veterans Federation; Division of Central and Eastern Europe. Warszawa: Departament Społeczno-Wychowawczy MON; maszynopis niepublikowany.
- Czapiński, J. (1995). *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej*. Nie opublikowany raport z badań. Międzywydziałowy Instytut Studiów Społecznych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Czapiński, J. (1998). *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej*. Raport końcowy. Warszawa: Międzywydziałowy Instytut Studiów Społecznych, Uniwersytet Warszawski.
- Deahl, M.P., Earnshaw, N.M., Jones, N. (1994). Psychiatry of war. Learning lesson from the former Yugoslavia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 441-442.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimmering, R.T., Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake: vol. 1. The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder* (s. 257-294). New York: Brunner/Mazel.
- King, D.W., King, L.A., Gudanowski, D.M., Vreven, D.L. (1995). Alternative representations of war-zone stressors: relationships to post-traumatic stress disorder in male and

- female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 184–196.
- Lis-Turlejska, M. (1996). *Sprawozdanie z badań w ramach projektu BST w roku 1994-1995*. Nie opublikowany manuskrypt. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Stres traumatyczny. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Friedman, M., Ehlich, P., Batres, A. (1997). Posttraumatic Stress Disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 154, 2, 178–184.
- Mehlum, L. (1995). Positive and negative consequences of serving in a UN peace-keeping mission. A follow-up study. *International Review of the Armed Forces Medical Services*, 68, 289–295.
- Segal, D.R., Segal, M.W. (1993). Research on soldiers of the Sinai multinational force and observers. W: D.R. Segal, M.W. Segal (red.), *Peacekeepers and Their Wives* (s. 56–64). Westport, Conn: Greenwood Press.
- Spielberger C.D. Gorsuch, R.E., Lushene, R.L. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., Allain, A.N. (1993). War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shield/Storm returnees. *Journal of Social Issues*, 49, 33–49.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1996). The Impact of Events Scale – Revised. W: J.P. Wilson, T.M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (s. 399–411). New York: Guilford Press.
- Willigenburg, T., Alkemade, N.D., i in. (1996). *Aftercare. Royal Netherlands Army: Behavioural Science*. Department and Department of Psychological and Psychotherapeutic Support. Haga: Holandia.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz stanu i cechy lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.