

Magdalena Tomaszewska, Wioleta Tomczyk

Wyższa Szkoła Oficerska Sił Powietrznych w Dęblinie
ma.tomaszewska@gmail.com, wiolatomczyk@op.pl

POCZUCIE STRESU I JAKOŚCI RELACJI MAŁŻEŃSKIEJ U ŻON ŻOŁNIERZY UCZESTNICZĄCYCH W MISJACH WOJSKOWYCH POZA GRANICAMI KRAJU (W ŚWIETLE BADAŃ PILOTAŻOWYCH)

STRESZCZENIE

Głównym celem prezentowanego artykułu jest zwrócenie uwagi na sytuację żon żołnierzy, którzy uczestniczyli w misjach poza granicami kraju. W kręgu zainteresowań autorek znalazły się szczególnie dwa aspekty: jakość relacji małżeńskiej oraz subiektywne poczucie stresu. Hipoteza badawcza dotyczyła zależności między uczestnictwem jednego z partnerów w misjach i występującym u niego natężeniem objawów PTSD a zmianą oceny jakości związku przez obojga partnerów. Dodatkowo postawiono również hipotezę o nasileniu subiektywnego poczucia stresu u obojga partnerów już po powrocie żołnierza z misji. Badaniem objęto 21 par małżeńskich, w których mąż odbywał służbę poza granicami kraju.

Słowa kluczowe:

stres, PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), relacja małżeńska, misje wojskowe.

Wstęp

Zawód żołnierza często wymaga wykonywania zadań trudnych i niebezpiecznych, a więc w różnym stopniu stresujących. Literatura przedmiotu przedstawia wiele opracowań dotyczących oddziaływania stresu pola walki na żołnierza, roli traumy jako czynnika sprzyjającego powstawaniu chorób psychicznych oraz przyczyn powstawania zespołu stresu pourazowego (PTSD) i sposobów jego leczenia. Problemy te przedstawiane są raczej w kontekście bezpośrednich uczestników, tzn. żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Dlatego też w pracy podjęto próbę oceny relacji małżeńskiej i po-

czucia stresu nie tylko z perspektywy żołnierzy realizujących służbę wojskową poza granicami kraju, lecz także ich żon. W artykule przedstawiono stresory dyslokacji, na które narażeni są żołnierze na misjach oraz omówiono aspekt stresu bojowego i PTSD. W dalszej kolejności odwołując się do literatury przedmiotu starano się przedstawić zagadnienie oceny relacji małżeńskiej u żołnierzy powracających z misji, niestety w tym obszarze nie zostało przeprowadzonych wiele badań. Następnie omówiono wstępne wyniki pilotażowych badań, które przeprowadziły autorki w okresie od czerwca do września 2015.

STRES BOJOWY I PTSD

Jeszcze nie tak dawno objawy nadmiernego poziomu stresu wywołwanego zdarzeniami z pola walki, które w znacznym stopniu ograniczały zdolność żołnierzy do działania, uznawano za przejaw słabości, braku woli walki czy wręcz tchórzostwa. Przez stulecia i doświadczenia kolejnych wojen wymyślano dlań różne nazwy od terminu *nostalgii* przez *syndrom Da Costy*, *szoku artyleryjskiego* czy *zmęczenia walką*¹. Pojęcie zaburzenia po stresie traumatycznym (posttraumatic stress disorder), w skrócie PTSD jest terminem dosyć świeżym, sięgającym roku 1980, gdy pojawiło się jako nowa jednostka chorobowa w kolejnej, trzeciej odsłonie obowiązującego w Stanach Zjednoczonych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III)². Wtedy to, po raz pierwszy uznano, że utrzymujące się zaburzenie funkcjonowania psychicznego może być doświadczeniem ludzi zdrowych psychicznie lecz narażonych na ekstremalnie przykre, traumatyzujące doświadczenia. Przyczynkiem do tego stały się badania ocalałych ofiar Holocaustu (w tym także polskie badania Antoniego Kempnińskiego oraz Adama Szymusika³) a także sytuacja żołnierzy, którzy powrócili z wojny w Wietnamie i wśród których według różnych źródeł od

¹ A. Korolczuk, A. Gołębiowski, M. Tomko-Gwoździewicz, *Od nostalgii do PTSD*, Zeszyty Naukowe WSOWL, 2009, s. 116-118.

² Tamże, s. 121.

³ A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, Psychiatria, 2007, s. 129.

11%⁴ do 30%⁵ z nich występowały specyficzne objawy, które później ujęto pod nazwą PTSD. Od tego czasu definicję PTSD doprecyzowywano i w czwartej, poprawionej wersji DSM-IVR jego pełna definicja zawiera się w następujących kryteriach (APA, 1994, s. 209-211):

A. Osoba przeżyła traumatyczne wydarzenie, w którym wystąpiły następujące czynniki:

1. Doświadczenie, bycie świadkiem lub stanięcie w obliczu wydarzenia albo wydarzeń, które obejmowały śmierć, poważny uraz lub ich zagrożenie albo też zagrożenie fizycznej integralności danej osoby lub innych.
2. Reakcja obejmowała intensywny lęk, bezsilność lub przerażenie.

Uwaga: U dzieci może przejawiać się przez zdeorganizowane lub pobudzone zachowanie.

B. Doświadczenie powodujące uraz jest uporczywie przeżywane ponownie w jeden (lub więcej) z następujących sposobów:

1. Powracające, natrętne i powodujące cierpienie wspomnienie zdarzenia, obejmujące obrazy, myśli i odczucia.

Uwaga: U małych dzieci mogą występować powtarzające się zabawy, w których przejawiają się tematy lub aspekty wydarzeń powodujących uraz.

2. Powracające, niepokojące sny na temat danego wydarzenia.

Uwaga: U dzieci mogą występować straszne sny bez rozpoznawalnej treści.

3. Działanie lub odczuwanie takich emocji, jakby wydarzenie powodujące uraz się powtarzało [obejmują poczucie ponownego przeżywania wydarzenia, złudzenia, omamy i dysocjacyjne epizody reminiscencji (*flashback*), te występujące przy przebudzeniu lub w stanie nietrzeźwym].

Uwaga: U małych dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie roli specyficzne dla wydarzenia powodującego uraz.

4. Silny psychologiczny niepokój przy narażeniu na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, które symbolizują albo przypominają traumatyczne wydarzenie.
5. Psychologiczna reakcja na narażenie na wewnętrzne lub zewnętrzne

⁴ M. R. Żebrowski, A. Krucka, P. Lipiec, L. Markuszewski, *Związek zespołu zaburzeń wywołanych stresem pourazowym (PTSD) z chorobami układu sercowo-naczyniowego*, Forum Kardiologów, 2004, s. 28.

⁵ B. Bolechów, *Terroryzm, Aktorzy, statyści, widzowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 267.

sygnały, które symbolizują albo przypominają traumatyczne wydarzenie.

C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z wydarzeniem powodującym uraz oraz redukcja ogólnego reagowania (co nie jest zauważalne przed urazem) według wskazań trzech (lub więcej) następujących czynników:

1. Usiłowanie unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z wydarzeniem powodującym uraz.
2. Usiłowanie unikania czynności, miejsc lub ludzi przywołujących wspomnienia urazu.
3. Niezdolność do przywołania w pamięci istotnych aspektów urazu.
4. Znaczne zmniejszenie zainteresowania lub uczestniczenia w istotnych czynnościach.
5. Poczucie oderwania lub wyobcowania w stosunku do innych.
6. Ograniczony zakres odczuwanych emocji (np. niemożliwość odczuwania miłości).
7. Poczucie braku perspektyw, jeśli chodzi o przyszłość (np. osoba nie oczekuje, że zrobi karierę, weźmie ślub, będzie miała dzieci lub długość jej życia będzie normalna).

D. Uporczywe objawy wzmózonego pobudzenia (niewystępujące przed urazem) według wskazań dwóch (lub więcej) następujących czynników:

1. Trudności z zasypianiem lub kontynuowaniem snu.
2. Nerwowość lub wybuchy gniewu.
3. Trudności z koncentracją.
4. Nadmierna czujność.
5. Nadmierna reakcja na zaskoczenie.

E. Długość utrzymywania się zaburzenia (objawów kryteriów B, C i D) wynosi ponad 1 miesiąc.

F. Zaburzenie powoduje klinicznie znaczne cierpienie lub zaburzenie zawodowego, społecznego lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

W wydany na rynku amerykańskim w 2013 roku DSM-V wprowadzono kolejne zmiany w definicji, m.in. zmieniła się sama klasyfikacja PTSD oraz ASD jako zaburzenia – przeniesione zostały z klasy zaburzeń lękowych do nowej klasy zaburzeń traumatycznych i związanych z oddziaływaniem stresu. Dodatkowo, choć większość kryteriów diagnostycznych pozostała niezmienną pojawiły się zmiany w postaci zwiększenia liczby wiązek symptomów z 3: natrętne nawracanie, unikanie i wzmózone pobudzenie do

4 wiązek z nową wiązką opisującą negatywne zmiany poznawcze oraz obniżenie nastroju. Zaszły także zmiany w poszczególnych symptomach. Co ciekawe z kryteriów diagnostycznych usunięty całkowicie został punkt A2 czyli kryterium mówiące o reakcji na wydarzenie która obejmuje odczuwanie silnego lęku, poczucia bezsilności i przerażenia podczas zdarzenia traumatycznego⁶. Jednakże w związku z dużą krytyką całego DSM-V^{7,8}, wydaje się słuszne sięganie do kryteriów diagnostycznych PTSD z DSM-IVR, czym też kierowałyśmy się podczas naszych badań.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że o ile każdy człowiek może doświadczyć zdarzenia traumatycznego (szacuje się, że mocnego urazu psychicznego doświadcza w ciągu życia co 3 osoba, a od 3% do 6% ogółu populacji cierpi na PTSD⁹) o tyle istnieją specyficzne zawody, których wykonywanie lokuje w grupie podwyższonego ryzyka uczestniczenia w tego typu sytuacjach i doświadczenia wystąpienia objawów PTSD. Są to zawody związane ze służbą zdrowia, a także służbą w Policji, Straży Pożarnej czy Wojsku¹⁰. Badania dowodzą również, że częściej PTSD dotyka tych, którzy stykają się ze zdarzeniami traumatycznymi wywołanymi przez człowieka niż przez siły natury. Istnieją natomiast również inne czynniki ryzyka wpływające na występowanie PTSD są nimi: wiek (ludzie młodszy bardziej podatni), płeć (kobiety bardziej podatne), cechy osobowościowe (np. styl radzenia sobie ze stresem), czynniki poznawcze (np. niższy iloraz inteligencji), występujące wcześniej zaburzenia psychiczne, wcześniejsza ekspozycja na wydarzenia traumatyzujące, występowanie silnie stresogennych wydarzeń w ciągu roku poprzedzającego wydarzenie traumatyzujące, brak wsparcia ze strony środowiska społecznego¹¹. Niejednoznaczne wydają się wyniki badań

⁶ U.S. Department of Veteran Affairs, *DSM-5 Criteria for PTSD*, http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp [dostęp: 17.08.2015].

⁷ A. J. Frances, *DSM 5 Is Guide Not Bible—Ignore Its Ten Worst Changes*, <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes> [dostęp: 02.12.2012].

⁸ B. Robbins, *Open Letter to the DSM-5*, <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>

⁹ A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego –rozumienie i leczenie*, Psychiatria, 2007, s. 131.

¹⁰ P. Rasmus, D. Makowska, A. Stetkiewicz- Lewandowicz, T. Sobów, W. Machała, *Poczucie koherencji a występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym w grupie zawodowych żołnierzy uczestniczących w misji wojskowej poza granicami kraju- doniesienia wstępne*, Anestezjologia i Ratownictwo, 2013 s. 29.

¹¹ B. Bolechów, *Terroryzm. Aktorzy, statyści, widzowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 274-275.

tyczących się współwystępowania podczas zdarzenia traumatycznego urazów fizycznych, choć prawdopodobnie czynnik ten również wpływa na większą traumatyzację¹². Czynniki predysponującymi do powstania PTSD mogą być również warunki potraumatyczne w jakich znajduje się osoba poszkodowana – bardzo dużo zależy od wsparcia udzielanego jej przez najbliższe otoczenie oraz problemy jakie pojawiają się na jej drodze zawodowej, społecznej czy finansowej. Zaznaczyć również należy, że jeśli już dojdzie do wykształcenia się PTSD to z objawami jego często współwystępują depresja i myśli samobójcze, zwiększona skłonność do nadużywania alkoholu lub środków odurzających (około 60-80% pacjentów z objawami PTSD)¹³, zaburzenia zachowania czy zaburzenia osobowości (spełnianie kryteriów osobowości borderline¹⁴).

Jednak nie każdy żołnierz wyjeżdżający na misję doświadcza PTSD, każdy zaś z pewnością doświadcza stresu bojowego. Te dwa terminy niesłusznie¹⁵ często stosowane są zamiennie, mimo, że oznaczają coś zupełnie innego. Stres bojowy, nie jest terminem medycznym a określeniem charakteru stresorów oddziałujących na żołnierza przed, w trakcie i po powrocie z misji. Tak więc czas w którym jednostka jest narażona na działanie czynników określanych jako stres bojowy jest znacznie dłuższy niż sam pobyt w strefie działań wojennych. I etap zaczyna się na długo przed misją – składają się nań przygotowania związane z misją, przygotowanie rodziny, sprawy prawne (stresory związane z lękiem przed nieznanym, zagrożeniem życia i zdrowia, relacjami interpersonalnymi na misji a także rozłąką z bliskimi). II etap – to wpływ stresorów dyslokacji podczas pobytu na misji (stresorów uczestnictwa w operacjach poza granicami swego kraju). William P. Nash¹⁶ wyróżnił pięć grup stresorów: stresory fizyczne (tj. temperatura otoczenia, odwodnienie i wilgoć, brud i błoto, pozbawienie snu, hałas i wybuchy, wyziewy i wonie, jaskrawe światło lub ciemność, złe odżywianie, choroba/uraz); stresory poznawcze (brak lub nadmiar informacji, niejednoznaczne

¹² D. Koren., Y. Hilel, N. Idar, D. Hemel, E. M. Klein, *Radzenie sobie ze stresem w stres bojowy: wzajemne oddziaływanie między walką, fizycznym uszkodzeniem ciała i urazem psychicznym*, [w:] *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, (red.) Ch. R. Figley, W. P. Nash, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 142-147.

¹³ A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, *Psychiatria*, 2007, s. 131.

¹⁴ Tamże, s. 134.

¹⁵ A. Gumińska, J. Szymańska, R. Tworus, *Najtrudniejsze przed nami*, Polska Zbrojna, 2014, s. 14.

¹⁶ W. P. Nash, *Stresory wojny*, [w:] *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, (red.) Ch. R. Figley, W. P. Nash, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 23-35.

lub zmieniające się zadanie, niejednoznaczne lub zmieniające się reguły zaangażowania, konflikty lojalności, nuda i monotonia, doświadczenia, które wydają się bezsensu); stresory emocjonalne (utrata przyjaciół wskutek śmierci lub urazów, strach, wstyd i poczucie winy, bezradność, okropność masakry, zabijanie); stresory społeczne (izolacja od wsparcia społecznego, brak prywatności czy przestrzeni osobistej, media i opinia publiczna); stresory duchowe (utrata wiary w Boga, niezdolność przebaczenia/odczucia, że użył skała się przebaczenie). Ważnym jest aby pamiętać o kumulatywnym i chronicznym charakterze oddziaływania stresorów dyslokacji – każdy człowiek ma swoją granicę wytrzymałości, po przekroczeniu której doznaje urazu. III etap – najdłuższy, po powrocie z misji, związany z zaburzeniami związanymi z powtórna adaptacją do dawnych ról – w rodzinie, pracy. To czas kiedy następuje komasacja emocji z dwóch poprzednich etapów, pojawiają się problemy z brakiem adrenaliny, trudności z poradzeniem sobie z wymogami codziennego życia¹⁷. Stres bojowy może powodować różne problemy psychiczne (PTSD, zaburzenia lękowe, lękowo-depresyjne, zaburzenia snu, zachowań i emocji, nadużywanie alkoholu czy środków odurzających, myśli samobójcze). Wpływa również na nasilenie lub ujawnienie zaburzeń psychicznych występujących przed misjami.

Ofiarą cierpienia z powodu stresu traumatycznego jest nie tylko osoba, która bezpośrednio została narażona na przykre wydarzenie. U bliskich ofiar traumatycznych zdarzeń mogą doznać „traumatyzacji wtórej”. Termin ten oznacza przenoszenie się udręki i cierpienia z kogoś, kto doświadczył urazu na osoby w jego otoczeniu¹⁸.

W latach 80. Mac Donald ze współpracownikami przeprowadził badania 756 osobowej grupy Nowozelandczyków walczących w Wietnamie. Stwierdzono, że wraz z nasileniem się objawów PTSD rosły problemy w relacjach małżeńskich¹⁹. Evans z zespołem²⁰ przeprowadzili badania 270 żołnierzy walczących w Wietnamie, u których zdiagnozowano PTSD oraz ich partnerów. Badania wykazały, że spośród trzech grup objawów to

¹⁷ J. Rybak, *Zakamarki żołnierskiego umysłu*, Polska Zbrojna, 2014.

¹⁸ T. Galovsky, J. Lyons, *Psychological squeal of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions*, [w:] „Aggression and Violent Behavior”, vol. 9, 2004, s. 477-501.

¹⁹ C. MacDonald, K. Chamberlain, N. Long, R. Flett, *Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War veterans: a mediational model*, *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 1999, s. 701-707.

²⁰ L. Evans, T. McHugh, M. Hopwood, C. Watt, *Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners*, *Journal of Psychiatry*, 37, 6, 2003, s. 765-772.

unikanie jest silnie związane z funkcjonowaniem relacji małżeńskiej. Symptomy unikania korelują z gniewem i depresją. Małżeństwa, w których mąż doznał objawów PTSD charakteryzują się obniżonym poziomem zgodności, intymności, porozumienia, a także wzrostem konfliktów.

RELACJE MAŁŻEŃSKIE

W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się konsekwencji wyjazdów emigracyjnych Polaków. Prognozy demografów są niepokojące, ponieważ przewidują rozpad co trzeciego małżeństwa „emigracyjnego”. Główny Urząd Statystyczny podaje, że w wyniku dłuższej nieobecności w domu jednego z partnerów liczba rozwodów w 2007 roku wzrosła sześciokrotnie. Według GUS to mężczyźni są uznawani za winnych rozpadu małżeństwa z powodu dłuższej nieobecności w domu²¹.

Służba wojskowa wymaga dyspozycyjności, gdyż żołnierz może zostać wysłany do dowolnego miejsca w Polsce, jak i na świecie. Kadencyjność stanowisk zobowiązuje do przeniesień służbowych, wyjazdy na poligony, kilkumiesięczne kursy doszkalające, misje zagraniczne, które przeciętnie trwają pół roku. Doliczając okres przygotowania żołnierza do wyjazdu można wydłużyć się nawet do prawie rocznej nieobecności. „Mąż Moniki wyjechał na IV zmianę do Iraku, została sama z dziećmi. Dobrze znosiła rozłąkę. Po dwudziestu latach małżeństwa z wojskowym przyzwyczaiła się do samotności. Mąż często wyjeżdżał na poligony, w domu nie było go tygodniami, więc misję potraktowała jak kolejną – dłuższą – delegację”²². To w znacznym stopniu wpływa negatywnie na funkcjonowanie małżeństwa. „Małżeństwo ocenia się jako udane, dobrane, czy też o wysokiej jakości jedynie wtedy, gdy istnieje u partnerów subiektywne poczucie szczęścia”²³, z kolei Szczepański definiuje sukces małżeński jako „zdobycie szczęścia osobistego, tzn. pełnego przystosowania małżonków, zadowolenie seksualne, zharmonizowanie osobowości; równowaga emocjonalna i zadowolenie uczuciowe; zadowolenie ze wspólnej realizacji celów i powodzenia w ich realizacji; wy-

²¹ http://wyborcza.pl/1,75478,16804400,Niezgodnosc_charakterow_zdrady_i_alkoholizm_Dlaczego.html [dostęp: 31.08.2015].

²² P. Glińska, M. Kowalska-Sendek, *Choroba rodzinna*, Polska Zbrojna, nr 4, kwiecień 2013, s. 32; T. Galovsky, J. Lyons, *Psychological squeal of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions*, [w:] „Aggression and Violent Behavior”, vol. 9, 2004, s. 477-501.

²³ I. Janicka, L. Niebrzydowski, *Psychologia małżeństwa*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1994, s. 66.

pełnianie zadań małżeństwa tzn. posiadanie i wychowywanie dzieci na pełnowartościowych obywateli, osiągnięcie sukcesu ekonomicznego, tzn. nagromadzenie majątku, pełne uczestnictwo małżonków w życiu społecznym”²⁴. Długa nieobecność żołnierza poza systemem rodzinnym może przyczynić się do niezdolności pełnego, zaangażowanego włączenia się w relacje rodzinną. Dodatkowo uczestniczenie w traumatycznych sytuacjach na misji, po powrocie do kraju powoduje negatywne skutki psychiczne, zdrowotne i społeczne, a to może przekładać się na funkcjonowanie rodzinne.

Każdy wyjazd na misję obciążony jest ryzykiem utraty zdrowia, a nawet życia. Obciążenie psychiczne żon żołnierzy w sytuacji rozłąki jest niewspółmiernie wyższe w sytuacjach codziennych, dochodzi jeszcze strach, stres związany ze stratą męża. „[...] domofon dzwoni, to drygasz, czy nie przyszli z jednostki, czy nie powiedzą: Pani mąż poległ. Na każdy telefon drętwiałam. Ściszałam nawet, żeby mi serce któregoś dnia nie pękło [...]. Przez rok można się od męża odzwyczaić. Jak wraca, to przez tydzień jest dziwnie, strasznie nawet. Intruz jakiś w domu”²⁵.

Długotrwała rozłąka zaciera porozumienie w małżeństwie. Kilkuminutowa rozmowa przez telefon, Skype nie jest wystarczająca do podtrzymania więzi emocjonalnej. Często w żonach rodzi się poczucie osamotnienia, krzywdy, a nawet złość²⁶. Nie chcą dodatkowo martwić mężów problemami dnia codziennego, w związku z tym w rozmowach nie mówią jak im ciężko.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Kwestionariusz Poczucia Stresu autorstwa Mieczysława Plopy i Ryszarda Makarowskiego²⁷

Kwestionariusz składa się z 27 itemów. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia przez wybranie jednej z pięciu odpowiedzi: „Prawda”, „Raczej prawda”, „Trudno powiedzieć”, „Raczej nieprawda”, „Nieprawda”. Poszczególnym odpowiedziom przypisuje się odpowiednią wartość liczbową. Badany otrzymuje 5 punktów za odpowiedź A, 4 punkty za odpowiedź B, 3 punkty za odpowiedź C, 2 punkty za odpowiedź D oraz

²⁴ J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1963, s. 156-157.

²⁵ M. Rigamonti, M. Rigamonti, *Straty. Żołnierze z Afganistanu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015, s. 28-29.

²⁶ Informacje uzyskane podczas pracy zawodowej autorki (niepublikowane).

²⁷ M. Plopa, R. Makarowski, *Kwestionariusz Poczucia Stresu*, Wyd. VIZJA Press&IT, Warszawa 2010.

1 punkt za odpowiedź E. Pamiętając, że wybrane numery pytań mają odwróconą wartość punktową. Minimalna ilość punktów, które może otrzymać badany to 7, a maksymalna 35. Kwestionariusz pozwala na obliczenie wyniku ogólnego (liczb punktów mieści się w granicach 21-105), w którego skład wchodzi trzy wymiary tj. napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychiczny. Dodatkowo zawiera skalę kłamstwa.

Napięcie emocjonalne to:

- Poczucie niepokoju, trudności w odprężaniu się;
- Brak energii do działania z tendencją do rezygnacji z osiągnięcia celów;
- Zwiększona drażliwość w relacjach interpersonalnych;
- Poczucie zmęczenie, często bez przyczyny.

Stres zewnętrzny wskazuje na:

- Poczucie bezradności, zmęczenia wynikającej z obrony swoich racji;
- Przekonanie, że nie poradzę sobie z zadaniami, wymaganiami stawianymi przez otoczenie;
- Doświadczenie niepokoju z poczucia bycia niesprawiedliwie traktowanym.

Stres intrapsychiczny to:

- Poczucie bycia mało zdolnym, słabym psychicznie;
- Trudności w zaakceptowaniu swoich problemów;
- Myśl o przyszłości wzbudza niepokój, negatywną ocenę siebie i świata;
- Jednostka za doświadczane problemy obwinia siebie, a nie otoczenie.

Osoby uzyskujące wysoki wynik w Skali kłamstwa mają tendencje do ukrywania swoich wad, niedostrzegania swoich słabości. Przyczyną takiego zachowanie może być słaby krytycyzm, wgląd w siebie lub chęć celowego wprowadzenia w błąd innych.

Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej autorstwa Marii Kaźmierczak i Mieczysława Plopy

Kwestionariusz składa się z 30 itemów, para ostatecznie wypełnia cztery arkusze – po dwa na każdego z partnerów. Pierwszy kwestionariusz polega na ocenie swoich zachowań w stosunku do partnera, w drugim ocenia się zachowania partnera w stosunku do nas. Ocena polega na wyborze jednej

z odpowiedzi na 5 stopniowej skali: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – zawsze, przy czym wybrana wartość liczbowa stanowi o liczbie punktów przyznawanych za poszczególne odpowiedzi. Następnie sumę punktów odnosi się do norm stenowych od 1-10 przy czym wyniki niskie zawierają się między 1a 4 stenem, wyniki średnie między stenem 5 i 6 a wyniki wysokie obejmują zakres od 7 do 10 stena. Kwestionariusz umożliwia ocenę szczególnie istotnych obszarów komunikacji w relacji małżeńskiej: wspierania, zaangażowania i deprecjonowania partnera.

Wsparcie

„Oznacza okazywanie szacunku partnerowi poprzez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania problemami czy potrzebami partnera, a także aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania owych problemów. Troska o partnera przejawiana jest zatem nie tylko w momentach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego”.

Zaangażowanie

„Oznacza umiejętność tworzenia atmosfery zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera dla nas, urozmaicanie rutyny dnia codziennego oraz zapobiegania konfliktom w związku”.

Deprecjacja

„Oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania partnera i kontrolowania jego działań, brak poszanowania godności partnera”²⁸.

Kwestionariusz do Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym (K-PTSD) autorstwa Jerzego Koniarka, Bohdana Dudka, Marii Szymczak (2000)

Stanowi polską adaptację PTSD-Interview (Watson i inni, 1991). Na wstępie badani proszeni są o przypomnienie sobie oraz jak najdokładniejsze opisanie zdarzenia traumatycznego, jeśli takie kiedykolwiek ich spotkało. Główna część kwestionariusza składa się z 17 itemów ocenianych na 7 stopniowej skali: 1- nigdy, wcale; 2 – bardzo rzadko, bardzo słabo; 3 – czasami, słabo; 4 – dość często, w pewnym stopniu; 5 – często, dość silnie; 6 – bardzo często, bardzo silnie; 7 – zawsze, ciągle, niezwykle silnie. W kwestionariuszu można zdobyć od 17-119 punktów, przy czym im wyższa liczba punktów tym większe nasilenie symptomów PTSD. Jak podaje autor kwestionariusza około 10% uczestników zdarzeń traumatycznych, charakteryzujących się najwyższym poziomem symptomów pourazowych, uzyskuje około 50 lub

²⁸ M. Kaźmierczak, M. Płopa, *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej*.

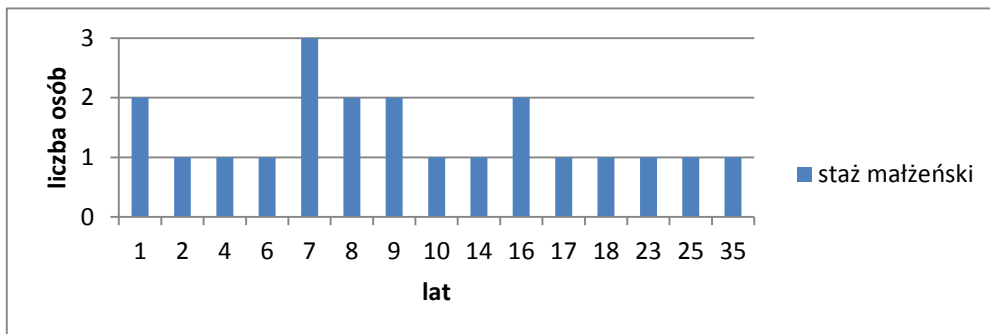
więcej punktów. W końcowej części kwestionariusza zawarte są również dwa pytania E1 oraz E2 dotyczące czasu trwania objawów w przeszłości (pyt. E1) oraz trwania objawów obecnie (pyt. E2). Autorki w trakcie opisywanych badań przyjęły za kryterium występowania nasilonych symptomów PTSD następujące kryteria: próg punktowy w Kwestionariuszu do Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym 40 punktów i więcej oraz twierdząca odpowiedź na przynajmniej jedno z pytań E1 lub E2.

Pary badane otrzymywały dwie oddzielne wersje kwestionariuszy – dla Pań oraz dla Panów z dodatkową instrukcją aby każdy z partnerów samodzielnie wypełnił swój kwestionariusz. Panowie w *Kwestionariuszu do Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym* proszeni byli o opis sytuacji traumatycznej, która spotkała ich w trakcie misji oraz ocenę nasilenia u siebie symptomów zespołu stresu pourazowego w kontekście tej sytuacji. Panie w tym kwestionariuszu były zaś proszone o opisanie traumatycznej sytuacji, która spotkała ich męża (jeśli dzielił się z nimi opowieścią o tym) oraz o określenie stopnia nasilenia symptomów PTSD u męża w kontekście tej sytuacji. Dodatkowo osoby badane proszone były o wypełnienie metryczki stworzonej przez autorki, zawierającej pytania dotyczące wieku, stażu małżeństwa, posiadania dzieci, ilości wyjazdów na misję, pojawiania się myśli o rozwodzie, oceny wpływu misji na relację, a także wskazaniu konkretnych zmian w zachowaniu żołnierza po misji.

OPIS GRUPY BADAWCZEJ

Badania zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do września 2015 roku. Badaniami objęto grupę 21 par małżeńskich. Przy czym w każdym z tych małżeństw mąż jest żołnierzem, który uczestniczył w misji lub misjach wojskowych poza granicami kraju. Badani żołnierze służą w Jednostkach Wojskowych w Dęblinie, Inowrocławiu oraz Tomaszowie Mazowieckim i należą do personelu naziemnego. Grupa badana została zgromadzona głównie dzięki metodzie kuli śnieżnej. Autorki pragną w tym momencie zaznaczyć, że główną barierą w pozyskiwaniu kolejnych respondentów był fakt, że duża część z osób typowanych do badania była w trakcie lub już po rozwodzie. Wiek osób badanych mieści się w przedziale od 29 do 55 lat (średni wiek zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn równa się 38 lat).

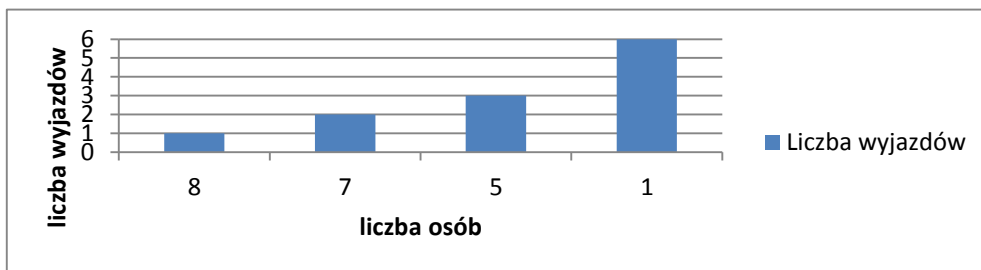
Wykres 1. Staż małżeński



Źródło: Badania własne.

Jak obrazuje Tabela 1 wśród badanych par małżeńskich najkrótszy staż małżeński to 1 rok (u dwóch par), a najdłuższy to 35 lat (u jednej pary).

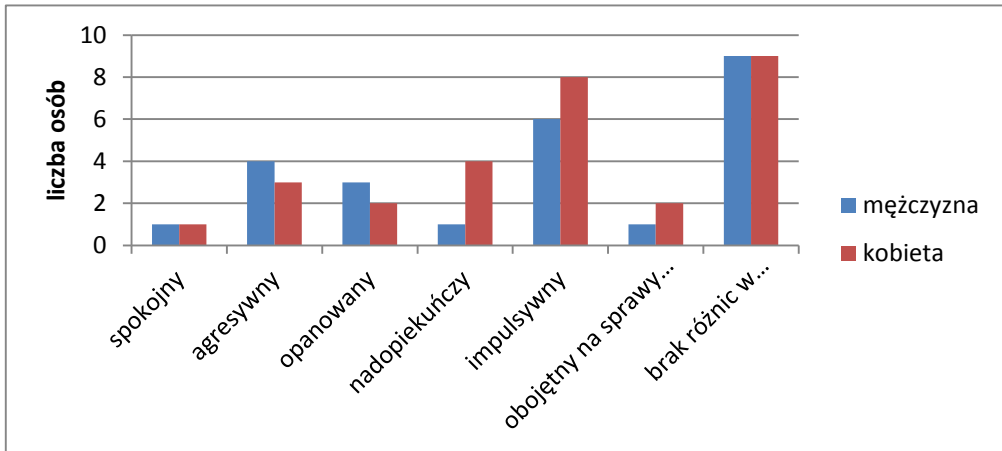
Wykres 2. Liczba wyjazdów



Źródło: Badania własne.

Jak wynika z powyższej tabeli ośmiu żołnierzy uczestniczyło na jednej misji, siedmiu na dwóch misjach, a tylko jeden na sześciu. Zadając pytanie żonom żołnierzy „Czy każdy wyjazd męża na misję był przez Panią akceptowany?”, 11 kobiet odpowiedziało, że nie akceptowało wyjazdu męża na misję.

Wykres 3. Zmiany zachowania



Źródło: Badania własne.

Wykres 3 pokazuje, jak oceniali swoje zachowanie żołnierze po powrocie z misji oraz jak oceniali ich zachowanie żony. Autorki w badaniu skupiły się m.in. na relacji małżeńskiej przed i po powrocie z misji, zmianie zachowania partnera. Dziewięć par zgodnie twierdzi, że misja nie wpłynęła na zachowanie partnera. Często odpowiedzią zaznaczaną przez respondentów jest „impulsywność”. Tabela zamieszczona poniżej przedstawia odpowiedzi parami.

Tabela 1. Zmiana zachowania żołnierza w ocenie obojga partnerów

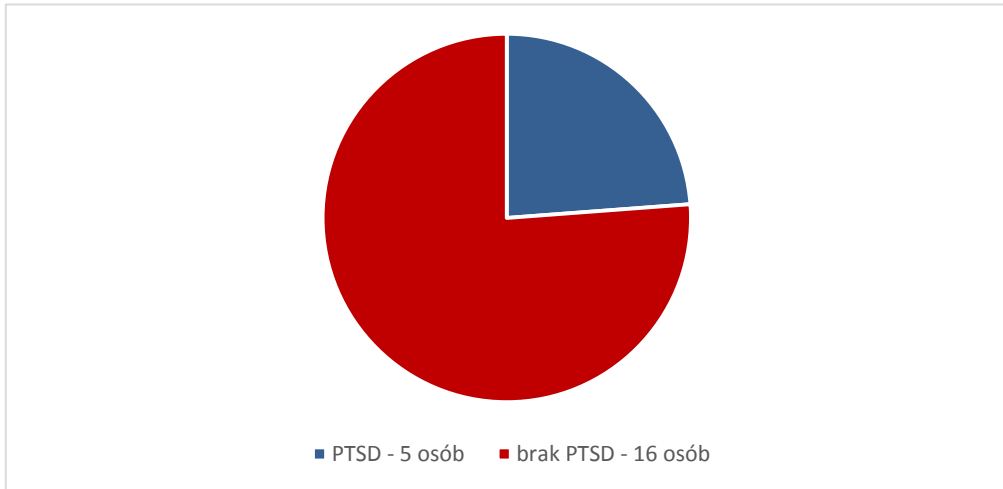
SPOKOJNY		kobieta	
		NIE	TAK
mężczyzna	NIE	19	1
	TAK	1	0
AGRESYWNY		kobieta	
		NIE	TAK
mężczyzna	NIE	15	2
	TAK	3	1
OPANOWANY		kobieta	
		NIE	TAK
mężczyzna	NIE	17	1
	TAK	2	1
NADOPIEKUŃCZY		kobieta	
		NIE	TAK

mężczyzna	NIE	16	4
	TAK	1	0
IMPULSYWNY		kobieta	
	NIE		TAK
mężczyzna	NIE	10	5
	TAK	3	3
OBOJĘTNY NA SPRAWY RODZINNE, OTOCZENIE		kobieta	
	NIE		TAK
mężczyzna	NIE	19	1
	TAK	0	1
BRAK RÓŻNIC		kobieta	
	NIE		TAK
mężczyzna	NIE	9	3
	TAK	4	5
MYŚL O ROZWODZIE		kobieta	
	NIE		TAK
mężczyzna	NIE	15	2
	TAK	1	3

Źródło: Badania własne.

Powyższa tabela pokazuje wybór odpowiedzi parami. Żona wybierała jedną lub więcej odpowiedzi dotyczących zmiany zachowania u swojego męża po powrocie z misji, z kolei mąż oceniał swoje zachowanie po powrocie z misji. Zmiana zachowania „tak, jestem/jest bardziej spokojny” wybrała jedna pani i jeden pan, jednocześnie nie jest to małżeństwo. 19 par nie zauważyło zmiany. Kolejną zmianą była agresja. Według pań trzech ich partnerów, stało się agresywnych, przy czym tylko u jednej pary wybór był zgodny. „Opanowany” zgodność występuje u jednej pary. Cztery panie uważają, że mężowie stali się nadopiekuńczy po powrocie z misji oraz jeden pan zauważył u siebie tą cechę. Brak wyboru zgodnego w parze. Często odpowiedzią wybieraną przez respondentów była „impulsywność”. Ten wybór zaznaczyło osiem pań i sześciu panów. Zgodność wyboru jest u trzech par. Według dwóch pań, panowie stali się obojętni na sprawy rodzinne, otoczenie. Z badanych 21 par, dziewięć nie zauważyło zmiany zachowania. Na pytanie „czy myślał pan/pani o rozwodzie” twierdząco odpowiedziało pięć pań i czterech panów, zgodność wyboru wystąpiła u 3 par.

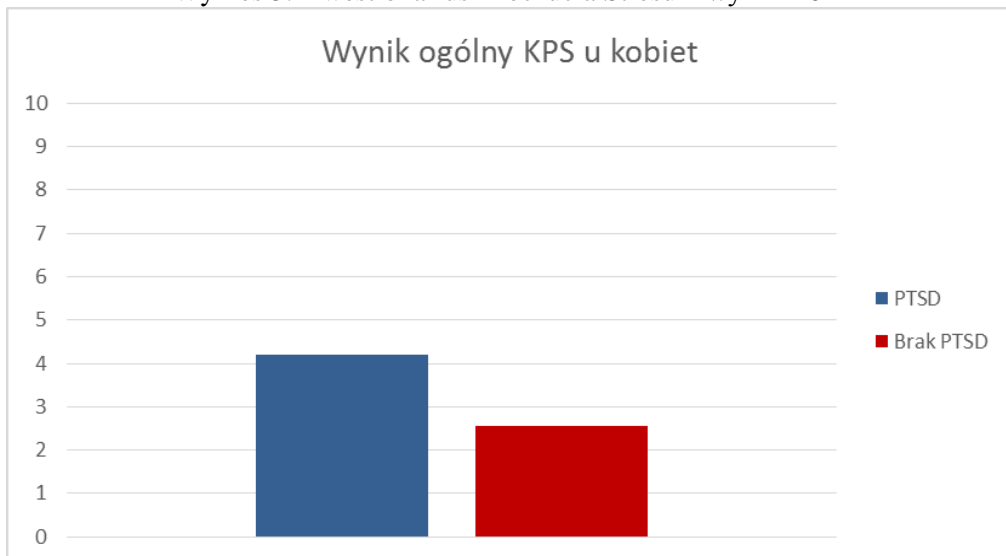
Wykres 4. Liczba żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD na tle całej grupy badanej



Źródło: Badania własne.

Jak widać na wykresie 4 na 21 osobową grupę badanych mężczyzn aż 5 z nich zdradza nasilone symptomy PTSD co stanowi prawie 24% całej grupy.

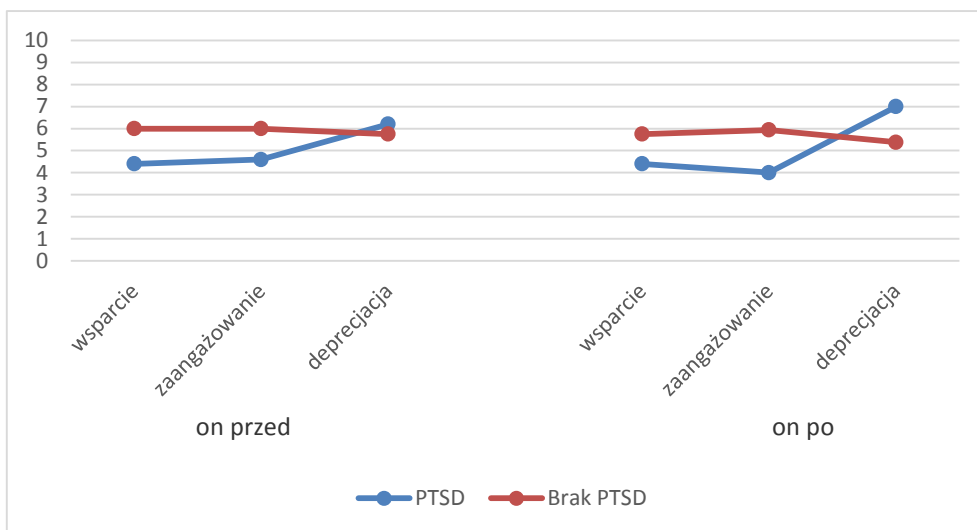
Wykres 5. Kwestionariusz Poczucia Stresu – wyniki żon



Źródło: Badania własne.

Jak pokazuje wykres 5 wyniki ogólne w Kwestionariuszu Poczucia Stresu u żon, których małżonkowie wykazują nasilone symptomy PTSD, są wyższe od wyników ogólnych u żon, których małżonkowie nie wykazują nasilonych symptomy PTSD.

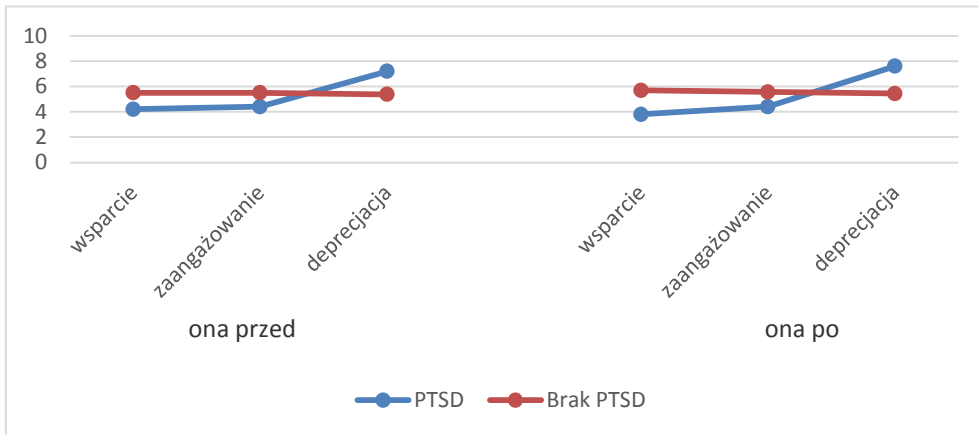
Wykres 6. Ocena własnego sposobu komunikacji przez żołnierzy w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej



Źródło: Badania własne.

Jak widać na wykresie 6 żołnierze, którzy po powrocie z misji przejawiają nasilone symptomy PTSD oceniają swój sposób komunikacji z partnerką jako mniej zaangażowany i bardziej deprecjonujący niż przed misją. Natomiast żołnierze bez nasilonych symptomów PTSD oceniają swój sposób komunikacji z partnerką jako bardziej wspierający i mniej deprecjonujący niż przed wyjazdem na misję.

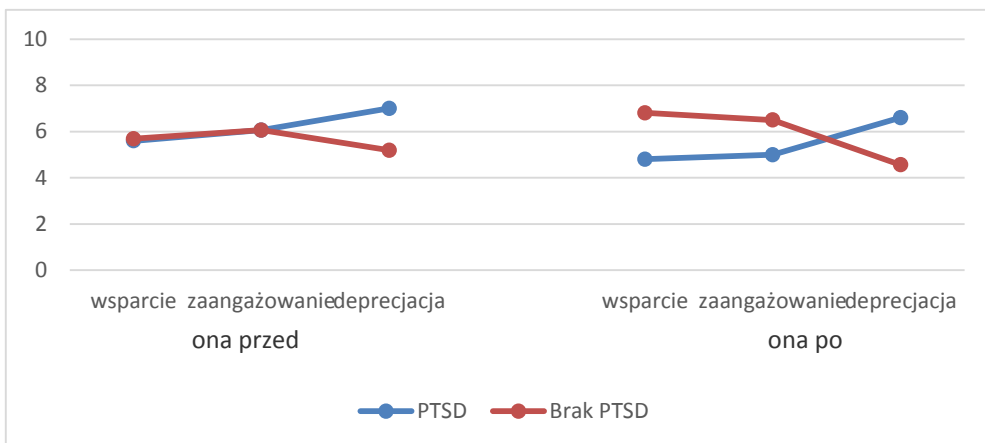
Wykres 7. Ocena sposobu komunikacji partnerek przez żołnierzy w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej



Źródło: Badania własne.

Wykres 7 pokazuje, że w ocenie żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD, po powrocie z misji, ich żony są komunikują się z nimi w sposób mniej wspierający i bardziej deprecjonujący niż przed misją. Natomiast żołnierze, którzy nie przejawiają nasilonych symptomów PTSD oceniają, że komunikacja ze strony ich żon jest bardziej wspierająca i bardziej zaangażowana niż przed misją.

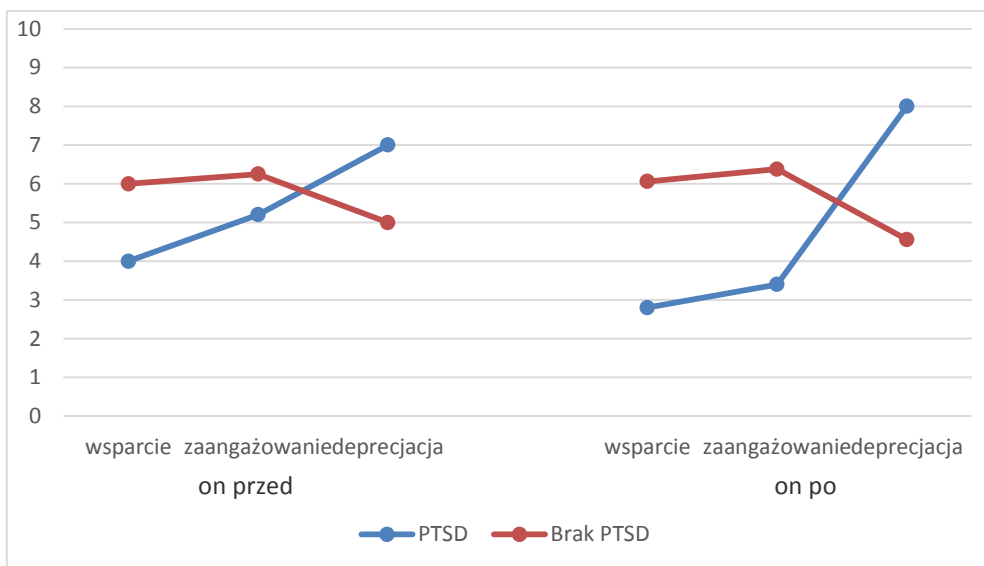
Wykres 8. Ocena własnego sposobu komunikacji przez żony w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej



Źródło: Badania własne.

Na wykresie 8 widzimy, że żony żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD oceniają swój sposób komunikacji z mężami jako mniej wspierający i mniej zaangażowany. Jednakże w swojej ocenie są też mniej deprecjonujące. Natomiast żony żołnierzy bez nasilonych symptomów PTSD są w komunikacji z nimi bardziej wspierające i bardziej zaangażowane niż przed wyjazdem mężów na misje. Są również mniej deprecjonujące.

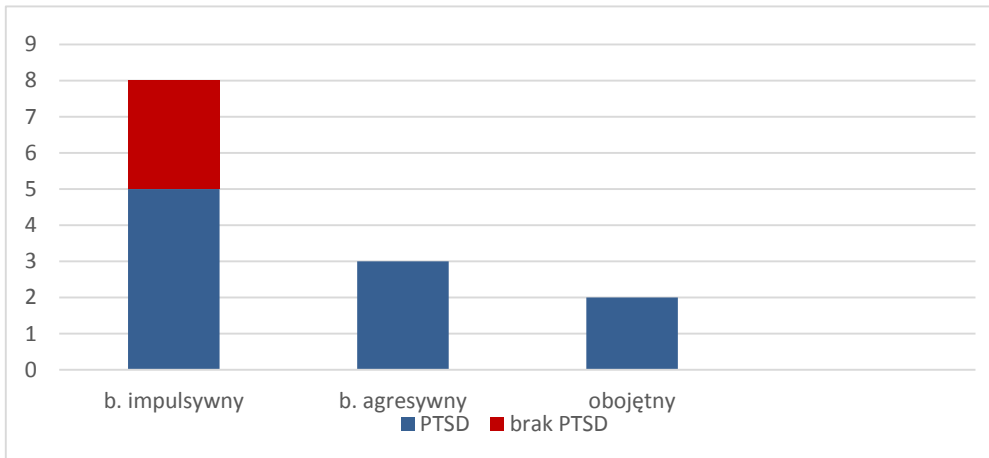
Wykres 9. Ocena sposobu komunikacji żołnierzy przez żony w Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej



Źródło: Badania własne.

Wykres 9 pokazuje, że w ocenie żon tych żołnierzy, którzy po misji przejawiają nasilone symptomy PTSD sposób komunikacji ich mężów, w porównaniu do komunikacji sprzed misji jest mniej wspierający, mniej zaangażowany i bardziej deprecjonujący. Natomiast żony żołnierzy bez nasilonych symptomów PTSD oceniają komunikację swoich mężów po powrocie z misji jako bardziej zaangażowaną i mniej deprecjonującą niż przed misją.

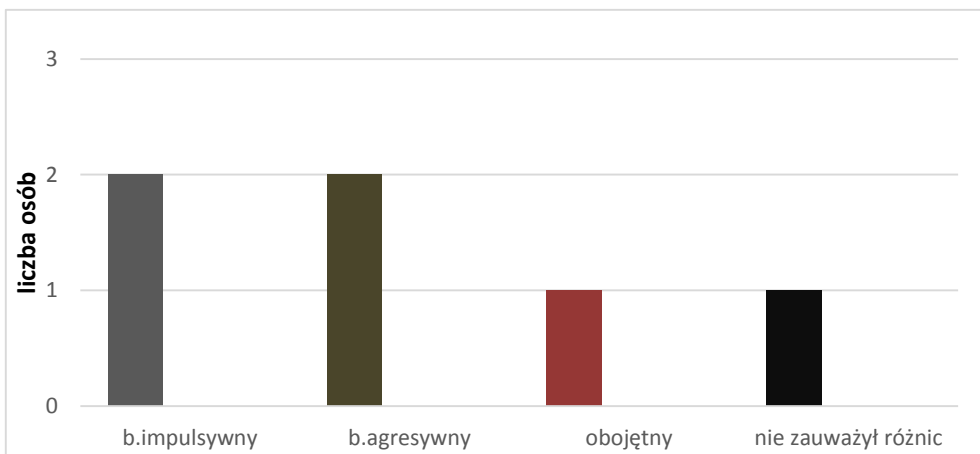
Wykres 10. Zmiany w zachowaniu żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD – wskazania żon



Źródło: Badania własne.

Wykres 10 pokazuje, że wszystkie zmiany w zachowaniu żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD jakie dostrzegają u nich żony są zmianami negatywnymi. Wszystkie żony z grupy żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD wskazały u swoich partnerów wzrost impulsywności (5 na 8 wskazań w całej grupie badanej), trzy z nich dodatkowo zauważyły u swoich mężów większą agresywność a dwie również większą obojętność w zachowaniu.

Wykres 11. Zmiany w zachowaniu żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD – wskazania żołnierzy



Źródło: Badania własne.

Zmiany w zachowaniu, które zauważają u siebie żołnierze z nasilonymi symptomami PTSD również są negatywne. Jak widać na wykresie 11, tylko jeden Pan nie dostrzegł u siebie różnicy w zachowaniu przed i po misją, natomiast dwóch Panów zauważyło u siebie wzrost impulsywności, dwóch określa siebie jako bardziej agresywnych a jeden uważa, że stał się bardziej obojętny na sprawy rodziny.

Podsumowanie

Należy jeszcze raz podkreślić, że wyniki, które zostały zaprezentowane w artykule pochodzą z danych zebranych, podczas badań pilotażowych i odnoszą się do niereprezentatywnej, z powodu swojej małej liczebności, grupy badanej. Dlatego też powinno się je traktować tylko jako pewne wskazówki czy inspiracje do dalszych badań.

Obraz jaki wyłania się z tych wstępnych wyników potwierdza przypuszczenia autorek, że silny stres doświadczany przez żołnierzy w związku z wyjazdami na misje, ma rzeczywisty wpływ na poczucie stresu u ich żon oraz na ocenę relacji małżeńskiej przez oboje partnerów. Różnice widać już w wynikach doświadczanego subiektywnego poczucia stresu u żon żołnierzy – te z nich, których mężowie mają nasilone symptomy PTSD, czują się bardziej zestresowane niż reszta Pań z grupy badanej. Właśnie te żony wskazują także, że ich mężowie po misji zmienili się na niekorzyść – są bardziej agresywni, impulsywni i obojętni na sprawy rodziny. Żadna z Pań z tej grupy nie zauważyła ani jednej pozytywnej zmiany w zachowaniu swojego męża po powrocie z misji. Podobne odczucia co do swoich zachowań mają również Panowie z grupy o nasilonych symptomach PTSD – oni także wskazują u siebie głównie na wzrost impulsywności i agresywności. Jednocześnie widzimy także, że jeśli żołnierze nie przejawiają nasilonych symptomów PTSD ocena ich relacji małżeńskiej sprzed i po powrocie z misji poprawia się i to zarówno z punktu widzenia ich żon jak i w ocenie samych żołnierzy. Całkowicie odwrotną sytuację można zaobserwować w grupie żołnierzy z nasilonymi symptomami PTSD – tutaj zarówno żołnierze jak i ich żony oceniają relacje z partnerem jako gorszą niż tę przed misją.

Oczywiście kwestią dalszych badań jest potwierdzenie lub odrzucenie zaprezentowanych wyników a także, być może poszerzenie zagadnień tutaj przedstawionych o kolejne aspekty, które w przyszłości mogłyby pomóc we wspieraniu i tworzeniu jak najlepszego systemu profilaktyki i opieki nad rodzinami żołnierzy, którzy borykają się z problemem nasilonego stresu zwią-

zanego z misją lub traumatycznymi wydarzeniami, które podczas niej miały miejsce.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bolechów B., *Terroryzm. Aktorzy, statyści, widzowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010.
- [2] Cebella A., Łucka I., *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, *Psychiatria*, 2007, s. 128-137.
- [3] Dekel R., Solomon Z., *Traumatyizacja wtórna u żon weteranów wojennych cierpiących na PTSD*, [w:] *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, (red.) Ch. R. Figley, W. P. Nash, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- [4] Dudek B., *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- [5] Evans L., McHugh T., Hopwood M., Watt C., *Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners*, *Journal of Psychiatry*, 37, 6, 2003, s. 765-772.
- [6] Galovsky T., Lyons J., *Psychological sequel of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions*, [w:] "Aggression and Violent Behavior", vol. 9, 2004, s. 477-501.
- [7] Glińska P., Kowalska-Sendek M., *Choroba rodzinna*, *Polska Zbrojna* nr 4, kwiecień 2013, s. 32.
- [8] Groth J., Waszyńska K., Zyszczyk B., *Czynnik ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojсковych*, *Studia Edukacyjne*, 2013, s. 297-316.
- [9] Gumińska A., Szymańska J., Tworus R., „Dober”, *Najtrudniejsze przed nami*, *Polska Zbrojna*, 2014, s. 12-20.
- [10] Janicka I., Niebrzydowski L., *Psychologia małżeństwa*, wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 1994, s. 66.
- [11] Koren D., Hilel Y., Idar N., Hemel D., Klein E. M., *Radzenie sobie ze stresem w stres bojowy: wzajemne oddziaływanie ,między walką, fizycznym uszkodzeniem ciała i urazem psychicznym*, [w:] *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, (red.) Ch. R. Figley, W. P. Nash, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

- [12] Korolczuk A., Gołębiowski A., Tomko-Gwoździewicz M., *Od nostalgii do PTSD*, Zeszyty Naukowe WSOWL, 2009, s. 115-124.
- [13] MacDonald C., Chamberlain K., Long N., Flett R., *Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War veterans: a mediational model*, Journal of Traumatic Stress, 12, 4, 1999, s. 701-707.
- [14] Nash, W. P., *Stresory wojny*, [w:] *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, (red.) Ch. R. Figley, W. P. Nash, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- [15] Oleksy J., *Źródła stresorów psychofizycznych w służbie wojskowej*, Promotor, 2014, s. 53-56.
- [16] Płopa M., Makarowski R., *Kwestionariusz Poczucia Stresu*, wyd. VIZJA Press&IT, Warszawa 2010.
- [17] Rasmus P., Makowska D., Stetkiewicz-Lewandowicz A., Sobów T., Machała W., *Poczucie koherencji a występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym w grupie zawodowej żołnierzy uczestniczących w misji wojskowej poza granicami kraju – doniesienia wstępne*, Anestezjologia i Ratownictwo, 2009, s. 27-36.
- [18] Rigamonti M., Rigamonti M., *Straty. Żołnierze z Afganistanu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015, s. 28-29.
- [19] Rybak J., *Zakamarki żołnierskiego umysłu*, Polska Zbrojna, 2014, s. 22-24.
- [20] Skłodkowski H., Błaszczński P., *Stres bojowy: historia i współczesność, Perspektywa polska*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2013, s. 126-131.
- [21] Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1963, s. 156-157.
- [22] Żebrowski M. R., Krucka A., Lipiec P., Markuszewski L., *Związek zespołu zaburzeń wywołanych stresem pourazowym (PTSD) z chorobami układu sercowo-naczyniowego*, Forum Kardiologów, 2004, s. 27-30.
- [23] http://wyborcza.pl/1,75478,16804400,Niezgodnosc_charakterow_zd_rady_i_alkoholizm__Dlaczego.html [dostęp: 31.08.2015].

THE FEELING OF STRESS AND QUALITY OF SPONES RELATIONS AMONG WIVES OF SOLDIERS PARTICIPATING IN OVERSEAS MILITARY MISSIONS

ABSTRACT

The main purpose of the article is to attract attention to the situation of wives of soldiers who took part in overseas military missions. The two issues, e.g. the quality of spouses relations and the subjective feeling of stress lie in the authors' interests. The research concerned the relationship between the participation in the military mission of one of the surveyed and their intensification of PTSD symptoms and the shift in the estimation of the quality of the spouses' relations. Furthermore, we hypothes the intensification of the subjective of stress among both partners after the soldier's return from the mission. We questioned twenty-one wives whose husbands served in overseas missions.

Key words:

stress, PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), the relationship of marriage, military missions.