

ASPEKT KLINICZNY STRESU BOJOWEGO ZAŁÓG MARYNARKI WOJENNEJ

Małgorzata Żychlińska¹⁾, Michał Żychliński²⁾, Piotr Siermontowski²⁾

¹⁾ Akademia Marynarki Wojennej w Gdyni

²⁾ Zakład Medycyny Morskiej i Hiperbarycznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Gdyni

STRESZCZENIE

Stres u marynarzy wywołany jest przez nowe otoczenie pod postacią klimatu, hałasu, niepełnowartościowych posiłków, chorób lub urazów i innych. Stres jest nasilany przez brak informacji, konflikty w oddziale, zmieniające się decyzje przełożonych. Jednak najsilniejszym stresorem działań zbrojnych jest lęk o utratę życia lub zdrowia.

Stres doprowadza do zaburzeń w przewodnictwie neuronalnym, redukcji liczby komórek OUN, osłabienia procesów neurogenety. Jego powikłania stanowią problem społeczny, dotyczący powracających marynarzy z misji humanitarnych i wojennych oraz ich rodzin.

W strefie działań sił zbrojnych marynarze indywidualnie radzą sobie ze stresem. Jednak istnieją psychologiczne algorytmy wsparcia, kiedy sytuacje trudne przerastają możliwości kompensacyjne żołnierza. Podstawą radzenia sobie ze stresem jest permanentne wsparcie społeczne. Następnym poziomem radzenia sobie ze stresem dotyczy psychoterapii. Początkowo w warunkach polowych, potem pod postacią hospitalizacji w kraju. Postacie kliniczne wystąpienia stresu bojowego to zaburzenia stresowe pourazowe, zespół stresu ostrego, zmiana osobowości na skutek doświadczenia katastrofy, zaburzenia dysocjacyjne, Zmęczenie operacyjne, zespół DESNOS. W leczeniu tego typu zaburzeń stosuje się Terapię Poznawczo-Behawioralną zorientowaną na traumę oraz farmakoterapię z wykorzystaniem SSRI, SNRI, oraz leków przeciwpsychotycznych.

W XXI wieku spojrzenie na stres bojowy stwarza szersze ramy profilaktyki jego powikłań. Społeczeństwo posiada wysoki poziom świadomości w tym obszarze.

Słowa kluczowe: stres bojowy, zespół stresu pourazowego, zespół ostrego stresu, zespół zmęczenia walką, radzenie sobie ze stresem.

ARTICLE INFO

PolHypRes 2016 Vol. 55 Issue 2 pp. 29 - 38

ISSN: 1734-7009 eISSN: 2084-0535

DOI: 10.1515/phr-2016-0009

Strony: 10, rysunki: 0, tabele: 0

page **www of the periodical:** www.phr.net.pl

Typ artykułu: przeglądowy

Termin nadesłania: 02.04.2016r.

Termin zatwierdzenia do druku: 25.06.2016r.

Publisher

Polish Hyperbaric Medicine and Technology Society



WSTĘP

Stres bojowy definiuje się jako normalną reakcję na nienormalną sytuację. Jego powikłania stanowią problem społeczny, dotyczący powracających marynarzy z misji humanitarnych i wojennych oraz ich rodzin. Charakter oraz trudne warunki służby w strefie walk gwarantują jego wystąpienie oraz zwiększają ryzyko powstania jego powikłań. Ciągłe zagrożenie wywiera na żołnierzach presję, która odbija się na ich zdrowiu, zdolności do walki oraz funkcjonowaniu po powrocie do kraju. Pojęciem stresu definiuje się specyficzne zachowanie człowieka w sytuacji zagrożenia. Jest to stan ogólnej mobilizacji jako odpowiedź na silny bodziec.

RYS HISTORYCZNY EWOLUCJI KONCEPCJI STRESU BOJOWEGO

Podwaliny pod koncepcje stresu bojowego powstały w XVII w. Stworzono pojęcie nostalgii, jako załamania się na polu walki. Oryginalna nazwa tego zjawiska brzmi „Choroba szwajcarska”, która wzięła się od przymusowego wcielania do rozbójniczych armii szwajcarskich chłopów. Dotyczyła ona młodych niedojrzałych mężczyzn, którzy stracili nadzieję na powrót do domu. Dochodziło do zmiany poznawczej po konfrontacji z własną śmiertelnością oraz brakiem możliwości powrotu w rodzinne strony.

W 1871 roku J.M. Da Costa opisał stan znany jako nerwica serca. Charakteryzował się skróconym oddechem, potliwością, nudnościami, biegunkami, tępym bólem w klatce piersiowej, utrzymującą się tachykardią. Opisał dolegliwości powstałe u żołnierzy walczących w wojnie secesyjnej. Kilkadziesiąt lat później podczas I wojny światowej powstał termin „szok artyleryjski”, który zastąpiono nazwą „nerwica wojenna”. Obejmowała ona wzmożony lub obniżony nastrój, wzburzenia, wyczerpania, silną reakcję przestachu, utratę koncentracji. Zaś w czasie drugiej światowej, popularnym pojęciem stało się zmęczenie walką. Było ono związane z czterema czynnikami, a o rozpoznaniu stanowił jeden z nich: nagła ekspozycja, ekspozycja skumulowana, stresory fizyczne i problemy w kraju.

Objawy były podobne do szoku artyleryjskiego oraz nerwicy serca poszerzone o lęk, depresję, zaburzeń funkcjonowania fizycznego oraz utratę motywacji, koncentracji i pamięci. Współcześnie jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń zdrowia psychicznego po działaniach zbrojnych jest zespół stresu pourazowego. Jest to zaburzenie odnotowane u amerykańskich weteranów wojny wietnamskiej.

W 1983 roku Kongres Stanów Zjednoczonych zlecił ogólnokrajowe badanie tego zjawiska. Miało ono określić upowszechnienie PTSD (ang. Post Traumatic Stress Disorders) u powracających weteranów. Wykazano, że 30% badanych mężczyzn i 26% kobiet cierpiało z powodu PTSD.

Badania nad PTSD podczas kolejnych misji wojskowych umożliwiają doskonalenie metod terapii. Od niedawna wyróżnia się pojęcie „reakcja na stres operacyjny”. Jego zadaniem jest odróżnienie stresu bojowego podczas misji wojennej od stresu podczas operacji pokojowej [1].

CZYNNIKI I MECHANIZM STRESU BOJOWEGO

Zdecydowanie najsilniejszym stresorem na polu walki jest strach przed śmiercią lub kalectwem. Nasilany jest odrażającymi metodami łamania praw człowieka, okrucieństwem przeciwnika. Potęgowany jest przez nowe otoczenie pod postacią klimatu, hałasu, niepełnowartościowych posiłków, chorób, monotonii, bujania, przechyłu lub urazów i innych. Stres jest nasilany przez brak informacji, konflikty w załodze, zmieniające się decyzje przełożonych.

Wymienione czynniki tylko częściowo odzwierciedlają wpływ wojny na ludzi. Ogromne znaczenie ma pochodzenie, kultura, tradycje z jakich się marynarz wywodzi. Indywidualne przekonania jednostki filtrują stresory walki. Uczestnictwo w konflikcie zbrojnym, żołnierze traktują jako sprawdzenie samego siebie. Sprawdzają swoją odwagę, kompetencje, siłę. Załogant niechętnie przyznaje się o objawów stresu, lub do lęku, ponieważ boi się etykiety osoby słabej lub tchórza [2]. Pojęciem stresu definiuje się specyficzne zachowanie człowieka w sytuacji zagrożenia. Dotyczy wszystkich nieswoistych skutków działania różnych czynników. Stan, w którym wywołuje się objawy stresu, spowodowanych czynnikami swoistymi określa się „ogólnym syndromem adaptacji” (Selye).

Przebiega on trójfazowo. Jako pierwsza ukazuje się faza alarmowa, z objawiającymi się mechanizmami obronnymi ujawnionymi po spadku odporności organizmu, jako wzrost pobudliwości układu wegetatywnego. Druga faza to stadium odporności, kiedy przystosowujemy się do stresorów i objawy zaczynają zanikać. Jednak mogą być to tylko pozorne zjawiska będące dwoma antagonistycznymi mechanizmami utrzymującymi organizm w równowadze. Jeżeli reakcje kompensacyjne trwają długo i są odpowiedzią na silne czynniki stresu, może dojść do fazy wyczerpania jako reakcji alarmowej. Dochodzi do wyczerpania się zasobów reakcji przystosowawczych [3].

Wysoki poziom stresu wzmaga napięcie psychiczne, pobudza autonomiczny układ nerwowy, czego konsekwencją są zaburzenia snu. Dodatkowo mogą wystąpić koszmary senne, które są szczególnie częste u osób doświadczonych zdarzeniem traumatycznym. Ich przeżywanie stanowi jedno z kryteriów diagnostycznych zespołu stresu pourazowego.

Zaburzenia snu są nasilane przez zmęczenie fizyczne. Narastające problemy ze snem pogarszają percepcję, utrudniają wypoczynek, sprzyjają nadużywaniu alkoholu i leków. Bezsenność po przebytym urazie psychicznym blokuje proces zdrowienia [4,5,6].

Stres doprowadza do zaburzeń w przekaźnictwie neuronalnym. Mechanizm jest analogiczny do depresji. Dochodzi do redukcji liczby komórek OUN, a w konsekwencji osłabieniu procesów neurogenezy. Jest to zawarte w hipotezie receptorów przekaźnikowych Stahla (2000r.), która mówi o wyczerpywaniu się neuroprzekaźników bez wystarczającego wypoczynku, oraz o ich regulacji. Stwierdzono, że długotrwała ekspozycja na stres predestynuje do zaburzeń lękowych oraz depresji w wyniku wyczerpania się zapasów neurotransmiterów [7,8].

POWIKŁANE POSTACIE STRESU BOJOWEGO

Zaburzenia stresowe pourazowe (ang. Post Traumatic Stress Disorders) rozwijają się u osób, które doświadczyły stresu traumatycznego. Warunkiem rozpoznania PTSD jest stwierdzenie ponownego przeżywania traumy, odrętwienia emocjonalnego, unikania bodźców związanych z przeżyciem traumatycznym oraz nadmiernego pobudzenia. W porównaniu z populacją ogólną, osoby z zaburzeniem stresowym pourazowym obciążone są istotnie większym ryzykiem podjęcia próby samobójczej [9].

Aby stwierdzić PTSD pacjent musi przeżyć wydarzenie, w którym jego życie, bezpieczeństwo albo innych osób było zagrożone lub stracone. Pacjent musi doświadczyć intensywnego strachu, bezsilności, przerażenia, które przeżywa na nowo po zakończeniu się wydarzenia. Objawy uwidaczniają się pod postacią wspomnień, koszmarów sennych, myśli natrętnych ze skłonnością do ich unikania. Główną przyczyną PTSD są duże natężenie walk oraz okres ich trwania [8,10].

Marynarze, którzy doświadczyli traumy psychicznej podczas działań wojennych po powrocie do domu stają przed trudnym zadaniem konfrontacji wspomnień i przeżyć wewnętrznych z sytuacją braku napięcia emocjonalnego i zagrożenia. Sytuacja w macierzystym kraju, w domu jest odmienna od strefy wojennej. W domu mają inne znaczenie wartości, niż te uznawane w strefie walk. U załogantów pojawia się poczucie winy, że nie towarzyszą swoim kolegom na misji, że nie wykonali nałożonych na nich zadań.

Ich stan psychiczny pod postacią stępienia uczuciowego oraz agresji działa destrukcyjnie na ich rodziny oraz może wywołać wtórną traumatyzację u współmałżonków. Żony żołnierzy z objawami PTSD częściej przejawiają objawy somatyzacji, depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, myślenia paranoicznego, wrażliwości interpersonalnej oraz wrogości. W tych małżeństwach również stwierdza się częstsze separacje oraz rozwody [11].

Zespół ostrego stresu, jest zaburzeniem o przemijającym i znacznym nasileniu pojawiającym się jako reakcja na wyjątkowo traumatyczne zdarzenie, zwykle w okresie od 2 godzin od wydarzenia (trwa maksymalnie 30 dni) i charakteryzuje się znaczną różnorodnością objawów. U osoby, u której występuje zespół ostrego stresu obserwujemy początkowe „oszołomienie” z zawężeniem pola świadomości i zawężeniem uwagi, niemożność rozumienia bodźców, zaburzenia orientacji.

Pacjenci wyłączają się z otoczenia (w skrajnych przypadkach stupor) lub przejawiają nadmierną aktywność i pobudzenie. Uwidaczniają się objawy panicznego lęku z reakcjami fizjologicznymi. Możliwa jest całkowita lub częściowa niepamięć, poczucie utraty własnej tożsamości- depersonalizacja. Osoba czuje, że nie jest sobą, czuje, że jest obca dla siebie, zmienia się. Może pojawić się poczucie dziwności, deformacji własnego ciała [12].

Innym zaburzeniem którego mogą doświadczyć żołnierze jest zespół DESNOS. Jest wywołany urazem psychicznym spowodowanym wielokrotną lub długotrwałą ekspozycją na zdarzenia traumatyczne np. jako ofiara przemocy. Do diagnozy wymagane są objawy ze strony sześciu zaburzeń psychopatologicznych. Są to zaburzenia afektu, uwagi i świadomości, obrazu własnego „ja”, relacji z innymi ludźmi, somatyzacja oraz zaburzenia poznawcze. Mogą doświadczyć tego żołnierze przetrzymywani w niewoli, wielokrotnie upokarzani, torturowani [10].

Konsekwencją silnego stresu oraz długotrwałych sytuacji kryzysowych mogą być trwałe zmiany mające charakter zaburzeń osobowości. Takie zaburzenia widnieją w ICD-10 jako zmiana osobowości na skutek doświadczenia katastrofy. Rozpoznaje się je gdy przed wydarzeniem stresowym nie występowały zaburzenia osobowości oraz utrzymują się co najmniej 2 lata. Objawiają się wrogością, nieufnością, poczuciem zagrożenia, napięciem, skłonnością do reagowania rozdrażnieniem, wycofaniem się z kontaktów społecznych, wyobcowaniem [13].

W klasyfikacji DSM-IV wyróżniono grupę zaburzeń dysocjacyjnych wyróżniając amnezje, fugi, zaburzenia tożsamości, depersonalizacje i niespecyficzne zaburzenia dysocjacyjne. W zaburzeniach dysocjacyjnych problemy, złe wspomnienia lub konflikty marynarza są zastępowane objawem chorobowym. Dochodzi do utraty integracji między własną tożsamością, kontrolą własnych ruchów, wrażeniami oraz wspomnieniami. Objawy są często wyobrażeniem pacjenta o przebiegu choroby somatycznej. Zaburzenia dysocjacyjne mają zdolność do ustępowania po kilku tygodniach zwłaszcza jeśli powstały po wydarzeniu traumatycznym [14].

Zespół dezadaptacyjny jest efektem długotrwanie utrzymującego się stanu napięcia psychicznego, spowodowanego kumulacją sytuacji stresorodnych i narastającymi trudnościami przystosowawczo-kompensacyjnymi. Przebiega etapowo. W pierwszym okresie stwierdza się zaburzenia emocjonalne z pogranicza normy i patologii. W kolejnym zaburzenia emocjonalne są zbliżone do objawów nerwic lub zaburzeń osobowości. W okresie trzecim nawarstwiają się objawy psychopatologiczne jako wyraz mechanizmów obronnych osobowości. W ostatnim, czwartym etapie, dochodzi do zaburzenia odporności, wyraźnych zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych.

Przebieg zespołu dezaptacyjnego jest uzależniony od cech osobniczych. Może się to przejawiać jako pogorszenie wyników w szkoleniu, zaniedbywanie obowiązków, nieprzestrzeganie regulaminów, niezdyscyplinowanie, nadużywanie alkoholu, zachowania agresywne. Zdarzają się zachowania samobójcze, jednak częściej występują samookaleczenia o charakterze demonstracyjnym, aby zwrócić uwagę otoczenia na istniejący problem [15].

Zmęczenie operacyjne, zwane dawniej zespołem wyczerpania walką obserwuje się u marynarzy, którzy nie tyle doświadczyli lęku o własne życie lub o okaleczenie, ile byli obciążeni ogromnym długotrwałym wysiłkiem fizycznym, napięciem emocjonalnym, koncentracją i czujnością, brakiem snu. Zmęczenie operacyjne przebiega etapowo w trzech fazach. W pierwszej fazie, okresie wstępnym, charakterystyczne są objawy napięcia emocjonalnego, gdzie jako pierwszy ujawnia się brak snu, Po czasie dochodzą bóle głowy, zawsze w tej samej lokalizacji, o charakterze ucisku.

Kolejna faza, okres dezorganizacji psychiki uwidacznia zahamowanie psychomotoryczne załoganta, lęki, dezorientację. Stan psychiczny i zachowanie zmuszają do ewakuacji z rejonu walk. Pojawiają się objawy somatyczne stresu. W fazie trzeciej, okresie pełnej dezorganizacji psychiki marynarz staje się zaczepty, niespokojny, zdezorientowany. Jego wypowiedzi są irracjonalne, sprzeczne. Mogą wystąpić zaburzenia konwersyjne [3].

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Podstawą radzenia sobie ze stresem wśród marynarzy są naturalne, osobnicze zdolności. Są to procesy nieświadome, nabyte umiejętności kompensacji psychicznej oraz zwyczaje. Wymienione zagadnienia są wzmacniane przez wsparcie społeczne, tzn.: kolegę, księdza, dowódcę. Mają miejsce zawsze i wszędzie. Następnym poziomem radzenia sobie ze stresem dotyczy grupowych sesji wsparcia, w których biorą udział żołnierze po wykonaniu zadania lub zdarzeniu traumatycznym. Sesje mają miejsce w spokojnym miejscu, już po zaprzestaniu działań. Mowa tu o technice defusingu, odprawie z elementem wentylacji emocji oraz debriefingu. Najwyższym poziomem radzenia sobie ze stresem dotyczy psychoterapii. Początkowo w warunkach polowych, potem pod postacią hospitalizacji w kraju.

Defusing (ang. – rozbrojenie, stępienie), czyli spotkanie nastawione na rozbrojenie sytuacji krytycznej przez przygotowanych przełożonych. Jest to metoda pomocy psychologicznej, sprowadzająca się do odreagowania silnych emocji i napięć spowodowanych udziałem w szczególnie dramatycznych wydarzeniach. Powinien być przeprowadzony w miejscu, pobliżu lub zbliżonych warunkach zdarzenia jeszcze tego samego dnia.

Zasadniczymi celami defusingu są zniwelowanie skutków przeżytego stresu, przywrócenie równowagi i zdolności do dalszego działania, ocena stanu psychicznego (emocjonalnego) żołnierzy i co najważniejsze zapobieganie wystąpieniu zespołu stresu pourazowego. Cele te osiąga się poprzez rozmowę w grupie (zespole, drużynie, pododdziale, wachcie). Rozmowa ta daje możliwość ujścia nagromadzonych w stresie emocji oraz unormalnienia reakcji (wszystkie te reakcje są normalne w odpowiedzi na nienormalną sytuację) [16].

Debriefing jest usystematyzowanym spotkaniem, zorganizowanym po przeprowadzeniu akcji bojowej, polegające na odtworzeniu traumatycznych zdarzeń. Powinno się ono odbyć w ciągu 24-72h od zdarzenia i być prowadzone przez psychologa lub psychiatrę i kilku ratowników nie będących członkami grupy debriefingowej. Celem spotkania jest odreagowanie emocji powstałych podczas działań zbrojnych. Pozwala to na zredukowanie negatywnego wpływu na psychikę i powrotu do równowagi. Model J. Mitchela, Critical Incident Stress Debriefing (CISD), obejmuje Spotkanie składające się z siedmiu etapów.

Pierwszym etapem jest wprowadzenie –przedstawienie zasad obowiązujących podczas spotkania. Zaraz po nim faza faktów –uczestnicy opisują zdarzenie. Trzecim etapem jest faza myśli –uczestnicy dzielą się myślami, jakie pojawiły się podczas zdarzenia. Kolejnym etapem jest faza reakcji –uczestnicy dzielą się reakcjami emocjonalnymi pojawiającymi się w odpowiedzi na zdarzenie oraz emocjami udzielającymi się w trakcie spotkania.

Etap piąty to faza symptomów – rozmowa dotycząca indywidualnych reakcji na stres. Etap przedostatni to faza nauczania – podczas której uczestnicy uczą się, jak radzić sobie ze stresem. Ostatni etap, siódmy to zakończenie – czyli podsumowanie przebiegu spotkania i wskazanie uczestnikom innych źródeł pomocy. Zapobieganiu PTSD służy również model interwencji kryzysowej, zaproponowany przez Bravermana. Kiedy marynarze biorący udział w zdarzeniu traumatycznym ujawniają typowe dla uczestników tych zdarzeń reakcje i symptomy, należy stworzyć im możliwość wsparcia emocjonalnego i informacyjnego.

W bazie, lub po za nią (np. patrol, akcja), mogą wystąpić różne bariery uniemożliwiające powrót żołnierzy do zdrowia, np. zerwanie dotychczasowych więzi koleżeńskich, zmiana relacji z przełożonymi, niemożność wyrażania emocji, lęków czy słabości. Model interwencji kryzysowej dotyczy wspólnego działania dowództwa, specjalistów od urazów psychicznych i osób dbających o bezpieczeństwo i zdrowie żołnierzy w bazie. W modelu uwzględniono pięć elementów, które występują kolejno po sobie.

Pierwszym elementem jest gotowość kryzysowa, czyli wdrożenie koniecznych wcześniej przemyślanych i zaplanowanych działań zaraz po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego. Drugi element to konsultacja z dowództwem, które w ciągu dwunastu godzin od zdarzenia powinno podjąć decyzję o interwencji, a także ustalić skład zespołu kryzysowego. Następnie powinno się odbyć spotkanie z osobami narażonymi na krytyczne zdarzenie. Czwarty etap to indywidualne poradnictwo kryzysowe dla osób, które go potrzebują. Ostatni element dotyczy oceny działań interwencyjnych i formułuje odpowiednie zalecenia na przyszłość [17].

LECZENIE

W leczeniu tego typu zaburzeń stosuje się psychoterapię oraz farmakoterapię. U osób, u których rozwija się zespół stresu pourazowego aby zapobiec PTSD można zastosować propranolol, sertralinę oraz Terapię Poznawczo-Behawioralną zorientowaną na traumę (TF-CBT), nie zaleca się natomiast stosowania metody Debriefingu.

Lekami pierwszego rzutu są Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (paroksetyna, sertralina,) lub inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (wenlafaksyna). Jako psychoterapię głównym zaleceniem jest TF-CBT lub Desentyzacja za Pomocą Ruchu Gałek Ocznych (EMDR). Pierwsze efekty terapii obserwuje się po dwunastu tygodniach. U osób, które uzyskały poprawę powinno się utrzymać farmakoterapię przez co najmniej dwanaście miesięcy. Jednoczesne stosowanie farmakoterapii oraz psychoterapii jest niezalecane w początkowym okresie leczenia.

W razie nieskutecznej farmakoterapii można zastosować zwiększenie dawki leku, zmienić na inny lek o potwierdzonej skuteczności lub zastosować polifarmakoterapię włączając leki przeciwpsychotyczne (olanzapina, rizperidon). W późniejszym okresie leczenia zaleca się skojarzone leczenie farmakologiczne z psychoterapią [18].

PODSUMOWANIE

Cechą wspólną wymienionych jednostek chorobowych jest długotrwałe doświadczanie przez marynarzy okropności wojny. Edukacja sił zbrojnych w materii stresu na polu walki ma za zadanie zwiększyć ich świadomość. Wczesne rozpoznanie u siebie samego lub kolegów objawów stresu umożliwia redukcję wystąpienia jego powikłań. Uzyskać to można poprzez radzenie sobie ze stresem w sposób indywidualny lub grupowy. Zapobiega się osobistej tragedii żołnierza związanej z trudnościami rodzinnymi, utratą pracy i kosztownym leczeniem. Dodatkowo szybciej odtwarza się zdolność operacyjną

załogi lub oddziału. Liczne badania i obserwacje powikłań stresu bojowego dały całościowy ogląd problematyki. Wnioski z nich płynące pozwoliły na utworzenie schematów psychologicznych ułatwiających radzenie sobie ze stresem.

Siły zbrojne umożliwiają marynarzom otrzymanie wsparcia psychologicznego. Żołnierz zawodowy wraz z rodziną może zgłosić do wyznaczonego punktu, w którym jest dostępny psycholog. Dodatkowo po powrocie z misji żołnierz ma prawo skorzystać z turnusu w sanatorium wojskowym, podczas których jest możliwość udziału w grupowych sesjach terapeutycznych. Jeżeli zajdzie taka konieczność zostaje skierowany na leczenie do wojskowych oddziałów psychiatrycznych.

Stres bojowy nie jest problemem tylko wojskowej służby zdrowia. Jest to interdyscyplinarne zagadnienie którego znajomość znajduje zastosowanie w planowaniu, taktyce, logistyce, efektywności walki, pomocy sobie, kolegom i podwładnym. Stwierdzić można, że w XXI wieku spojrzenie na stres bojowy stwarza szczelne ramy profilaktyki jego powikłań.

BIBLIOGRAFIA

1. Moore B, Reger G: Stres bojowy i zespół do spraw kontroli stresu bojowego w perspektywie historycznej i współczesnej. w: Figley C, Nash W, Ilnicki S. Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka, terapia. Warszawa, 2010, 188-193 ISBN 978-83-01-16310-5 [Combat stress and control team of combat stress in a historical and contemporary perspective].
2. Nash W Stresory Wojny. w: Figley C, Nash W, Ilnicki S. Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka, terapia. Warszawa, wyd. PWN, 2010, 20-22 ISBN 978-83-01-16310-5 [Stressors of war].
3. Gruszczyński W: Zdrowie Psychiczne w czasie wojny u żołnierzy. w: Florkowski A, Gruszczyński W. Zdrowie psychiczne żołnierzy. Łódź, Wojskowa Akademia Medyczna, 2000, 171-175. [Soldiers' mental health during the war].
4. Wichniak A: Praktyczne wskazówki dotyczące rozpoznawania i leczenia zaburzeń snu Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Chest 2013. [Practical guidance on the diagnosis and treatment of sleep disorders].
5. Wichniak A: Zaburzenia snu. w: Jarema M. Psychiatria wyd. PZWL, Warszawa, 2011, 301 ISBN 978-83-200-4180-4 [Sleep disturbances].
6. Ilnicki S, Przedmowa. w: Figley C, Nash W, Ilnicki S. Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka, terapia. Warszawa, wyd. PWN, 2010, XXII ISBN 978-83-01-16310-5 [Preface].
7. Rybakowski J: Choroby Afektywne. w: Jarema M. Psychiatria wyd. PZWL, Warszawa, 2011, 176 ISBN 978-83-200-4180-4 [Affective diseases].
8. Nash W, Baker D: Konkurencyjne ze sobą i uzupełniające się modele stresu bojowego. w: Figley C, Nash W, Ilnicki S. Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka, terapia. Warszawa, wyd. PWN, 2010, 94-98 ISBN 978-83-01-16310-5 [Competing and complementing models of combat stress].
9. Baldwin D., Anderson I, D.J. Nutt, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology, Journal of Psychopharmacology, 2014; 28 (5): 403–439 DOI: 10.1177/0269881114525674,
10. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk B: Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress, (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment, Directions in Psychiatri, 2011 DOI:10.3325/cmj.2011.52.505,
11. Lyons J: Powracający Wojownik: rady dla rodzin i przyjaciół. w: Figley C, Nash W, Ilnicki S. Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka, terapia. Warszawa, wyd. PWN, 2010, 357-369, ISBN 978-83-01-16310-5 [Returning warrior: advices for family and friends].
13. Sideris E, Paczuska-Jałowńska B: Bezpieczeństwo psychologiczne elementem spójnej polityki Zarządzenia Kryzysowego. In: VII międzynarodowa konferencja naukowa „Zarządzanie Kryzysowe”, Olsztyn, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, 2008. www.uwm.edu.pl/mkzk/upload/referaty/24_konf_olsztyn.doc [cytowano 2016-03-10] [psychological safety as element of coherent policy for crisis management].
14. Aleksandrowicz J: Zaburzenia nerwicowe. In: Aleksandrowicz J, Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości, Kraków, 2002, 153 ISBN 83-233-1529-9 [Neurotic disorders].
15. Aleksandrowicz J: Zaburzenia nerwicowe. In: Aleksandrowicz J, Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości, Kraków, 2002, 83-86 ISBN 83-233-1529-9 [Neurotic disorders].
16. Kocur J: Zespoły dezadaptacyjne u żołnierzy – przyczyny, uwarunkowania, obraz kliniczny, diagnostyka i terapia, zasady postępowania orzeczniczego, psychoprofilaktyka. In: Florkowski A, Gruszczyński W. Zdrowie psychiczne żołnierzy. Łódź, Wojskowa Akademia Medyczna, 2000, 35-43. [soldiers maladaptive syndromes – cause, conditions, clinical, diagnosis, therapy, certification, psychoprevention].
17. Nowak B: Stres bojowy przyczyny, oznaki, zapobieganie. Materiał do zajęć z kształcenia obywatelskiego, Ministerstwo obrony narodowej, Departament wychowania i promocji obronności, Warszawa, 2008, www.wojsko-polskie.pl/pl/f/d/.../Stres%20bojowy%20-%20konspekt.pdf, cytowano [2016-03-15] [Combat stress. Cause, syndromes, prevention].
18. Radko J: Wtórny zespół stresu pourazowego w pracy strażaków i pracowników pogotowia ratunkowego – przegląd badań, Szczecin, Opuscula sociologica nr 3 [5] 2013 [Firemen's and paramedics' secondary posttraumatic stress disorders].
19. Baldwin D., Anderson I, D.J. Nutt, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology, Journal of Psychopharmacology, 2014; 28 (5): 403–439 DOI: 10.1177/0269881114525674.

lek. med. Michał Żychliński

Zakład Medycyny Morskiej i Hiperbarycznej
Wojskowego Instytutu Medycznego w Gdyni
ul. Kmdr Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia
zychlinskimichal@gmail.com, tel. 691 363 199

