



Ewa Gurba

 <https://orcid.org/0000-0003-3838-6570>

*Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie*

Alicja Senejko

 <https://orcid.org/0000-0003-1152-8516>

*Uniwersytet Wrocławski*

## Rodzina z osobą w traumie. Diagnoza i wspomaganie. Potencjalne traumy w rodzinach wojskowych

Jak zauważa Urli Bronfenbrenner, rozwój człowieka zachodzi przez wzajemne złożone interakcje społeczne. Pierwsze i w opinii wielu badaczy najważniejsze środowisko w całym życiu człowieka stanowi rodzina, która jest swoistym mikrosystemem dla każdego jej członka<sup>1</sup>. W tradycyjnym ujęciu rodzinę tworzą żyjący we wspólnocie kobieta i mężczyzna będący małżeństwem, wychowujący swe biologiczne, a czasami adoptowane dzieci<sup>2</sup>. W szerszym rozumieniu możemy rodzinę określić jako „grupę bliskich sobie ludzi połączonych określonego rodzaju wspólnotą: formalną, majątkową, terytorialną”<sup>3</sup> czy środowisko, w którym zachodzi rozwój każdego członka rodziny, zarówno dziecka, jak i dorosłego<sup>4</sup>.

---

1 Por. U. Bronfenbrenner, *The Bioecological Model from a Life Course Perspective. Reflections of a Participant Observer*, w: *Examining Lives in Context*, eds P. Moen, G.H. Elder, K. Lüscher, Vol. 1, Washington 1995, s. 599–618.

2 Por. K. Wałęcka-Matyja, *Role i funkcje rodziny*, w: *Psychologia rodziny*, red. nauk. I. Janicka, H. Liberska, Warszawa 2014, s. 95–114.

3 W. Świętochowski, *Rodzina w ujęciu systemowym*, w: *Psychologia rodziny*, dz. cyt., s. 25.

4 Por. *Rodzina a rozwój jednostki*, red. M. Tyszkowa, Poznań 1990.

## 1. Rodzina w ujęciu systemowym

Współcześnie rodzinę najczęściej opisuje się z perspektywy systemowego ujęcia<sup>5</sup>, według którego to psychospołeczny system będący kontekstem życia i rozwoju kolejnych pokoleń. Członkowie rodziny wchodzić we wzajemne interakcje, a także tworzą różne wzajemnie na siebie oddziałujące podsystemy<sup>6</sup>. Wzajemne relacje między członkami rodziny, zespół funkcjonalnych wymagań i formułowanych oczekiwań wyznaczają jej strukturę. Rozwój każdego członka rodziny przebiega w kontekście rozwoju innych członków, a także w kontekście jej rozwoju jako całości. Optymalna sytuacja zachodzi wówczas, gdy rozwojowi poszczególnych osób stanowiących rodzinę towarzyszą takie zmiany rodziny, które pozwalają na utrzymanie swoistej równowagi w tym systemie<sup>7</sup>.

## 2. Zmiana i stabilizacja rodziny

W cyklu życia rodziny ze względu na wydarzenia istotne dla jej życia oraz związane z nimi zadania i pełnione funkcje wyróżniany jest układ względnie uniwersalnych faz. Na podstawie struktury rodziny, wieku dzieci i aktywności zawodowej małżonków Evelyn Millis Duvall (1957) wyznaczyła następujące etapy:

Faza 1. Para małżeńska bez dzieci, kiedy małżonkowie wspólnie pracują nad określeniem norm i zasad obowiązujących w ich związku, a także nad jakością relacji z rodzinami pochodzenia oraz ze znajomymi.

Faza 2, 3, 4. Rodziny z dzieckiem do okresu dorastania. (2) Małżonkowie z małym dzieckiem (do około 2 roku życia dziecka) stają wobec wyzwania przystosowania się do przyjęcia nowego członka rodziny, określenia siebie w rolach matki oraz ojca. Formułują oczekiwania wobec roli babci i dziadka. Konieczna jest adaptacja rodziny do nowej sytuacji związanej z obecnością dziecka, polegająca między innymi na uzgodnieniu przez małżonków obowiązków wobec rodziny oraz stopnia ich zaangażowania w aktywność zawodową. (3) Rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym (do około 6 roku życia dziecka). (4) Rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym (pomiędzy 6 a 13 rokiem życia dziecka), poza wymienionymi powyżej zadaniami małżonkowie systematycznie pracują nad wspólnym modelem wychowawczym.

Faza 5. Rodzina z nastolatkiem (pomiędzy 13 a 21 rokiem życia dziecka). Rodzina w związku z nasileniem dążeń nastolatka do autonomii staje wobec

5 Por. S. Minuchin, *Families and Individual Development. Provocations from the Field of Family Therapy*, „Child Development” 56 (1974), s. 289–302.

6 Por. W. Świętochowski, *Rodzina...*, dz. cyt., s. 26.

7 Por. H. Liberska, M. Matuszewska, *Wprowadzenie*, w: *Małżeństwo. Męskość–kobiecość, miłość, konflikt*, red. H. Liberska, M. Matuszewska, Poznań 2001, s. 7–13.

konieczności reorganizacji relacji rodzic–dorastające dziecko. Następuje ostateczna separacja dziecka od rodziców.

Faza 6. Rodzina z dzieckiem opuszczającym dom, kiedy rodzice powinni zaakceptować ten fakt i wspierać dziecko w osiągnięciu niezależności i samodzielności, czemu towarzyszy reorganizacja małżeństwa – powrót do bycia we dwoje.

Faza 7. „Puste gniazdo”, gdy małżonkowie w wieku średnim mieszkają bez dziecka i zbliżają się do zakończenia aktywności zawodowej. Stają wobec zadania określenia opieki na starzejącymi się członkami rodziny oraz wejścia w rolę dziadków.

Faza 8. Starzenie się małżonków. Wymagana jest adaptacja do emerytury, pogodzenie się z procesem starzenia i utratą najbliższych. Małżonkowie przystosowują się do większej ilości wspólnego czasu i wzajemnego udzielania sobie pomocy<sup>8</sup>.

Zdarzeniom normatywnym, typowym dla wymienionych faz życia rodziny, towarzyszą doświadczenia specyficzne dla poszczególnych rodzin, takie jak choroby, wypadki czy różnego rodzaju straty. Nawet jeśli zjawiska te dotyczą pojedynczej osoby, to ponieważ jest ona elementem różnych podsystemów rodziny, jej doświadczenie staje się udziałem całej rodziny. Należy podkreślić, że sposób przeżywania przez rodzinę tych zjawisk w dużym stopniu zależy zarówno od fazy jej rozwoju, jak i osiągnięć rozwojowych jej członków. W tym miejscu skoncentrujemy się na scharakteryzowaniu rodziny jako systemu, który decyduje o sposobie przeżywania przez nią i jej członków sytuacji trudnych, a nawet traumatycznych. Zgodnie z teorią systemów rodzina stanowi otwarty system podlegający stałym zmianom, które towarzyszą zdarzeniom rozwojowym oraz pozanormatywnym, ale jednocześnie podtrzymujący stabilność. Warunkiem jej utrzymania jest osiągnięcie nowego, wyższego poziomu zrównoważenia, czyli adaptacja do nowych warunków. W zależności od rodzaju zdarzenia, etapu życia rodziny i jej zasobów, a także indywidualnych kompetencji jej członków proces osiągnięcia stanu adaptacji może wymagać różnego okresu, aczkolwiek jak wskazuje Hanna Liberska (2014), zwykle rozgrywa się w ramach stałych faz:

- a. destabilizacji, będącej wynikiem zadziałania zdarzenia zaburzającego dotychczasową równowagę rodziny;
- b. kryzysu, gdy rodzina nie posiada jeszcze wypracowanych schematów wprowadzenia równowagi w systemie, czemu towarzyszy nasilenie negatywnych emocji;
- c. przystosowania pozornego, dzięki rozeznaniu sytuacji następuje zastosowanie odpowiednich mechanizmów obronnych, co jednak zwykle nie prowadzi do konstruktywnego poradzenia sobie z problemem;

---

8 Por. E.M. Duvall, *Family Development*, Philadelphia 1957.

- d. osiągnięcia równowagi na wyższym poziomie rozwoju systemu rodzinnego, co przejawia się w utrzymaniu spójności i ciągłości rodziny, i zapewnienia rozwoju każdego z członków<sup>9</sup>.

Na każdym z wymienionych etapów uruchamiane są mechanizmy sprzężenia zwrotnego: dodatniego i ujemnego, które prowadzą do zmian w rodzinie w kierunku osiągnięcia wyższego poziomu równowagi. Pozytywne sprzężenie zwrotne jest mechanizmem, który przyspiesza reorganizację systemu w odpowiedzi na zmiany w obrębie jego podsystemów oraz spoza jego granic. Efektem jego działania jest różnicowanie interakcji między elementami systemu, co prowadzi do pojawiania się nowości w systemie. Natomiast ujemne sprzężenie zwrotne zapewnia stabilizację wewnątrz systemu przez modyfikację powiązań między jego elementami oraz usuwanie odchyłeń zagrażających utrzymaniu równowagi systemu. Zatem jego funkcją jest podtrzymywanie stabilności nowych organizacji systemu. W odniesieniu do systemu rodzinnego pozytywne sprzężenie zwrotne może zostać uruchomione, gdy na przykład ojciec traci pracę, co pogarsza sytuację materialną rodziny, a także staje się źródłem jego depresji i zaburzeń w relacjach z żoną oraz z dziećmi<sup>10</sup>. To zakłócenie równowagi w systemie rodzinnym może uruchamiać różnorodne sposoby działania prowadzące na przykład do uzyskania wsparcia z zewnątrz w postaci pomocy finansowej od dalszej rodziny, motywowania do poszukiwania nowego miejsca pracy lub pomocy psychologicznej. Stan przynajmniej przejściowej adaptacji do tych trudności, będący wynikiem wymienionych działań, jest stabilizowany przez działanie mechanizmu ujemnego sprzężenia zwrotnego. Mechanizm sprzężenia zwrotnego zapewnia też kontrolę wymiany informacji między rodziną a jej otoczeniem przez włączanie do systemu rodziny efektów działań jej członków podejmowanych w przeszłości<sup>11</sup>.

Inne ważne cechy rodziny rozumianej jako system to ekwipotencjalność i ekwifinalność. Pierwszy termin oznacza możliwość występowania różnorodnych skutków wynikających z tego samego źródła, czyli stres przeżywany w rodzinie może wzmacniać bliskość między jej członkami albo przeciwnie – prowadzić do wzmożenia napięć i zwiększenia się dystansu. Drugi termin natomiast określa sytuację, gdy odmienne przyczyny prowadzą do podobnych konsekwencji. Wymienione charakterystyki każdego systemu, w tym rodzinnego, wskazują na to, że w obrębie systemu, a także w relacjach między jego podsystemami nie istnieją proste zależności typu przyczyna–skutek.

9 Por. H. Liberska, *Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie*, w: *Psychologia rodziny*, dz. cyt.

10 Por. U. Bronfenbrenner, *The Bioecological Model...*, dz. cyt., s. 599–618.

11 Por. L. Drożdżowicz, *Ogólna teoria systemów*, w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków 1997, s. 9–18.

### 3. Podsystemy w rodzinie i zależności między nimi

W rodzinie funkcjonują różne podsystemy, które na siebie oddziałują. Członkowie mogą jednocześnie wchodzić w skład różnych podsystemów i dlatego to, co dzieje się w jednym podsystemie, najczęściej ma konsekwencje w innych podsystemach. Małżonkowie, dając początek rodzinie, stanowią najważniejszy podsystem rodziny. Jakość ich relacji rzutuje na życie całej rodziny, decyduje o jakości komunikacji w rodzinie, a wzajemne relacje są wzorem zachowań interpersonalnych dla dzieci i wyznaczają organizację życia rodzinnego. Zatem zarówno bliskość, jak i napięcia i konflikty między małżonkami wpływają na pełnienie funkcji rodzicielskich i jakość relacji rodzic–dziecko. Gdy jeden z rodziców zaczyna chorować, wówczas pojawiają się problemy nie tylko w relacjach małżonków, ale i w podsystemie rodzic–dziecko. Szczególnymi podsystemami są przymierza i koalicje. Przymierza mają miejsce wówczas, gdy dwoje członków dzieli zainteresowania i przyjaźń, a także informacje na przykład o kondycji kogoś z najbliższych w taki sposób, że wykluczony jest inny członek rodziny. Koalicje mają miejsce, gdy dwoje członków jednoczy się przeciwko trzeciemu. Oczywiście jest, że żaden z tych podsystemów (w szczególności drugi z wymienionych) nie sprzyja spójności rodziny, a w konsekwencji – radzeniu sobie przez nią z sytuacjami trudnymi.

### 4. Granice rodziny – ich znaczenie dla funkcjonowania systemu rodzinnego

Rodzina, jak każdy system, posiada granice: zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne wyznaczają, kto należy do systemu rodzinnego, jak przepływa informacja i jak przebiega wymiana aktywności z otoczeniem, oraz oddzielają rodzinę od innych systemów, decydując tym samym o jej odrębności. Wyznaczają też stopień dostępu do instytucji, określonych przedmiotów i osób. Wewnętrzne granice charakteryzują relacje pomiędzy poszczególnymi podsystemami, takimi jak: para małżonków, grupa dzieci, diady: matka–córka, ojciec–córka itp. Podsystemy w rodzinie tworzą się też ze względu na płeć, generację, wspólne cele czy zainteresowania. Granice pełnią funkcję ochronną poprzez utrzymywanie i wzmacnianie specyfiki rodziny w porównaniu z innymi, ułatwianie współpracy z instytucjami zewnętrznymi wobec rodziny, zapewnianie spójności wewnątrz rodziny, a także współpracy między członkami rodziny. Jednakże to, czy funkcja ochronna będzie właściwie realizowana, zależy od jakości granic. Granice zewnętrzne, czyli oddzielające rodzinę od szeroko rozumianego otoczenia, mogą być przepuszczalne i nieprzepuszczalne, a granice wewnętrzne – płynne, nieokreślone albo sztywne. Przepuszczalność granic wskazuje na stopień wymiany informacji i aktywności między rodziną a otoczeniem, a płynność/sztywność wyznacza stopień bliskości bądź dystansu pomiędzy podsystemami rodzinnymi. Dla funkcjonowania rodziny najbardziej korzystne są wyraźnie zaznaczone, ale

elastyczne granice wewnętrzne i do pewnego stopnia przepuszczalne zewnętrzne granice. W rodzinie z osobą chorą posiadającą elastyczne (do pewnego stopnia) granice wewnętrzne jej członkowie mają wiedzę o chorobie, mogą dostarczyć wsparcia choremu oraz możliwy jest nowy podział obowiązków. W przytoczonej sytuacji choroby członka rodziny względnie przepuszczalne zewnętrzne granice pozwalają na korzystanie z pomocy z zewnątrz, podtrzymywanie komunikacji z rodzinami o podobnym problemie, a także dają możliwość otwarcia się na pomoc ze strony dalszej rodziny. Natomiast w rodzinach o sztywnych granicach wewnętrznych ograniczona jest wzajemna komunikacja między członkami rodziny, istnieje między nimi duży dystans, a relacje są mocno zhierarchizowane. Osoby w tych rodzinach czują się wyobcowane i osamotnione, szczególnie gdy doświadczają sytuacji stresowych. Dlatego też w tym przypadku członkowie rodziny w ograniczonym zakresie mogą sobie dostarczać wsparcia. Gdy granice wewnętrzne w rodzinie są płynne (rodziny splątane), wówczas role rodzinne nie są jasno zdefiniowane (nie wiadomo na przykład, kto ma władzę w rodzinie, kto ma zapewnić środki na utrzymanie rodziny), a członkowie rodziny zwykle doświadczają ograniczenia własnej autonomii. W rodzinach tych napięcia związane z doświadczaniem stresu szybko rozprzestrzeniają się w obrębie całej rodziny, co przedwcześnie uruchamia nadmiernie intensywne reakcje.

Podsumowując tę część opracowania, stwierdzić można, że systemowe spojrzenie na rodzinę z jednej strony pozwala dostrzec wzajemne oddziaływania między członkami i podsystemami rodziny, zrozumieć mechanizmy podtrzymywania spójności i odrębności rodziny przy jednoczesnym jej rozwoju i indywidualnym rozwoju każdego z jej członków, z drugiej zaś będzie pomocne, jak sądzimy, w zaprezentowaniu, w kolejnym fragmencie, analiz mechanizmów doświadczania i rozprzestrzeniania się traumy w rodzinach wojskowych, a także podstaw do niesienia im efektywnej pomocy.

## 5. Rodzina i wojsko jako „zachłanne” instytucje

Chociaż pedagodzy i psycholodzy sporo wiedzą na temat mechanizmów funkcjonowania rodziny jako instytucji społecznej, co przedstawiono w pierwszej części artykułu, to niewiele wiadomo w zakresie specyfiki funkcjonowania rodziny wojskowej: tego, co wpływa na dobrostan jej członków, a co stanowi dlań poważne zagrożenie. Jak twierdzą niektórzy<sup>12</sup>, rodzina i wojsko to jedne z najbardziej „zachłannych” instytucji w tym sensie, że obie wymagają pełnego zaangażowania. Można zaryzykować przypuszczenie, że wojsko stanowi nawet bardziej „zachłanną”

12 Por. A. Baranowska, *Wpływ służby poza granicami kraju na jakość życia rodziny wojskowej – casus polski*, 2014, <https://www.researchgate.net/publication/284179689> (14.03.2020).

instytucję niż rodzina. Etapy funkcjonowania rodziny wojskowej są bowiem ściśle podporządkowane specyficze służby żołnierza w wojsku, będącego jednocześnie mężem, ojcem, synem<sup>13</sup>. Mogą je wyznaczać na przykład przygotowanie do zmiany rozlokowania lub do wyjazdu na misję, czas funkcjonowania rodziny bez żołnierza, readaptacja, czyli powrót żołnierza na łono rodziny, kolejny wyjazd czasowy żołnierza itd. Taki stan może przyczynić się do potencjalnie osłabionej stabilności funkcjonowania rodziny wojskowej. Czasami może też przyczynić się do poczucia u poszczególnych jej członków, że doświadczają z różnych przyczyn krytycznych lub wręcz traumatycznych zdarzeń<sup>14</sup>.

Wprawdzie trauma w ujęciu klinicznym to głównie ekspozycja na zagrażający życiu stresor, czemu towarzyszą strach i przerażenie<sup>15</sup>, ale już w ujęciu psychologii rozwoju w charakterze potencjalnie traumatycznego wydarzenia może wystąpić każda krytyczna sytuacja życiowa, czyli taka, która w odczuciu jednostki stanowi przełom w jej życiu kojarzony najczęściej z cierpieniem, poważnymi utrudnieniami w realizacji istotnych dla niej spraw i/lub brakiem zaspokojenia jej najważniejszych życiowych potrzeb<sup>16</sup>. Z tej perspektywy traumatyczne wydarzenia o charakterze krytycznego wydarzenia życiowego: narusza fundamentalne założenia dotyczące siebie samego i świata, wstrząsa podstawami integralności i tożsamości podmiotu, wykracza poza dotychczasowe doświadczenia, wymaga nowych rozwiązań, zmusza do readaptacji, czyli stanowi wyjątkowo zagrażający czynnik dla zdrowia psychicznego człowieka i jego dalszego rozwoju<sup>17</sup>. Może

- 
- 13 Por. *Misje zmieniają życie rodzin żołnierzy*, red. M. Schwarzgruber, <https://www.google.com/search?q=M.+Schwarzgruber%2C+Misje+zmieniaj%C4%85+%C5%BCybie+rodzin+%C5%BCo%C5%82nierz%C4%85+&tbm=isch&ved=2ahUKEwiz2ravscPoAhWXYioKHZW4D6EQ2-cCegQIABAA&oiq> (26.07.2015); C.A. Lietz, *Uncovering Stories of Family Resilience. A Mixed Method Study of Resilient Families, Part 2*, „Families in Society” 88 (2007) No. 1, s. 147–155. DOI: 10.1606/1044-3894.3602
  - 14 Por. S. Winnik, *Tylko przeżyć. Prawdziwe historie rodzin polskich żołnierzy*, Kraków 2019.
  - 15 Por. World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva 1992; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington, DC, 2013.
  - 16 Por. M. Cloitre, *The “One Size Fits All” Approach to Trauma Treatment. Should We Be Satisfied?*, „European Journal of Psychotraumatology” 6 (2015), 27344. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27344; P. Oleś, *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa 2011; A. Senejko, *Doświadczenie wydarzeń kryzysowych a rozwój psychiczny człowieka*, w: *Zarządzanie kryzysowe – różne oblicza*, red. R. Grocki, Wrocław 2010, s. 114–130.
  - 17 Por. I. Hesen, *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, Warszawa 2013; N. Ogińska-Bulik, *pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy lzy zamieniają się w perły*, Warszawa 2013; A. Senejko, *Doświadczenie traumy. Wybrane czynniki chroniące i czynniki ryzyka*, w: *Oswojenie traumy. Przegląd zagadnień*, red. A. Senejko, A. Czapiła, Kraków 2020, s. 23–58.

dotyczyć niesatysfakcjonujących więzi z bliskimi, poczucia odrzucenia, osamotnienia, przemocy lub zaniedbania, ale też konfliktu ról (na przykład trudności w pogodzeniu roli żołnierza z jednej strony i roli ojca/męża – z drugiej), konfliktu wartości (na przykład konieczności uczestnictwa w akcji zbrojnej, będącego w sprzeczności z przykazaniami religii chrześcijańskiej) itp. To ostatecznie od subiektywnej oceny człowieka zależy, czym jest dla niego doświadczane krytyczne wydarzenie życiowe: jedynie sytuacyjnym stresem czy rzeczywistą traumą boleśnie przeżywaną<sup>18</sup>.

## 6. Specyfika rodzin wojskowych w kontekście doświadczanych krytycznych wydarzeń

Można naszkicować przynajmniej kilka rodzajów krytycznych wydarzeń życiowych o charakterze potencjalnych traum, jakie mogą być udziałem członków rodzin wojskowych.

Tak oto rodziny wojskowe z żołnierzami często wyjeżdżającymi na różnorodne zgrupowania mogą doświadczać krytycznych lub czasami wręcz traumatycznych wydarzeń życiowych dotyczących częstej rozłąki i jej negatywnych konsekwencji. Konsekwencje rozłąki mogą wystąpić w postaci braku stabilności w realizacji ról rodzinnych (w tym czasowego przejęcia roli obojga rodziców przez jednego rodzica, najczęściej żonę/partnerkę lub matkę żołnierza) i pojawiających się w związku z tym trudności z zapewnieniem równowagi w systemie rodzinnym, a także w postaci poczucia osamotnienia członków rodziny, czasami poczucia braku wsparcia w ważnych sytuacjach, deprywacji (czasowej?) potrzeb emocjonalnych, dojmującej tęsknoty czy wreszcie narastającego poczucia dystansu/obcości, gdy żołnierz wraca na łono rodziny<sup>19</sup>.

Również mobilność rodzin wojskowych może wiązać się z zaistnieniem stresowych, czasami wręcz traumatycznych sytuacji dla poszczególnych członków rodziny. Częste zmiany miejsca zamieszkania, a dla dzieci z tych rodzin – również zmiana szkół – mogą przyczyniać się do alienacji, wyobcowania dzieci żołnierzy w szkole. Można również przewidywać występowanie rozluźnionych, a czasami zerwanych więzi społecznych z dalszą rodziną i przyjaciółmi na skutek mobilności mieszkaniowej. Często rodziny te zakwaterowane są na terenie jednostki wojskowej, co może tworzyć swoistą „gettyzację” członków rodzin wojskowych,

---

18 Por. A.D. Mancini, G.A. Bonanno, *Różne drogi do osiągnięcia odporności po stracie i traumie*, w: *Terapia traumy. Teoria i praktyka terapii opartej na dowodach*, red. R.A. McMackin i in., tłum. S. Pikiel, Gdańsk 2013, s. 113–136; A. Senejko, *Czy radzimy sobie z traumą etapowo? Perspektywa modelu funkcjonalno-czynnościowego obrony psychologicznej*, w: *Profilaktyka traumy. Praktyka i badania*, red. A. Senejko, M. Żurko, Kraków 2019, s. 23–46.

19 Por. A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.



czyli kurczowe trzymanie się tylko własnej grupy i utrudnione wchodzenie w relacje społeczne ze środowiskiem lokalnym, co w efekcie może przyczynić się do osłabionego poczucia zakorzenienia w miejscu zamieszkania. Można również przypuszczać, że członkowie rodzin wojskowych kontaktować się będą głównie z innymi rodzinami wojskowymi, gdyż te mogą najlepiej zrozumieć bolączki i rozterki, jakie są ich udziałem<sup>20</sup>. Ale skutkiem mogą być trudności zarówno z otrzymywaniem szerszego wsparcia społecznego, jak i z dawaniem wsparcia osobom spoza kręgu rodzin wojskowych<sup>21</sup>.

Jeszcze inna i chyba najtrudniejsza sytuacja egzystencjalna dotyczy rodzin wojskowych z żołnierzami na misjach, gdyż do potencjalnie traumatycznych zdarzeń podobnych do wcześniej wymienionych dochodzą te związane z zagrożeniem życia, a zatem odpowiadające wręcz klinicznym definicjom traumy. Rozłąka w połączeniu z zagrożeniem życia męża/ojca/syna może wiązać się ze świadomością u członków takich rodzin, że ich doświadczenia życiowe są wyjątkowo trudne i nietypowe dla większości społeczeństwa, co może rodzić poczucie braku zrozumienia przez otoczenie, osamotnienia i braku wsparcia, wynikające z tego, że specyfika zdarzeń, jakie przeżywają członkowie rodzin wojskowych z żołnierzami na misjach, istotnie różni się od tej będącej udziałem większości społeczeństwa<sup>22</sup>.

Sytuację dodatkowo komplikuje specyfika społecznej atmosfery, jaka narosła w Polsce wokół misji wojskowych poza granicami kraju. Nie jest ona sprzyjająca; większość Polaków wolałaby, ażeby polscy żołnierze nie uczestniczyli w takich misjach, zwłaszcza w Iraku lub w Afganistanie. Część społeczeństwa uważa też, że pobudki uczestnictwa żołnierza w takich misjach są merkantylne, głównie finansowe<sup>23</sup>. Może się to przyczyniać do poczucia stygmatyzacji członka rodziny wojskowej, na przykład w otoczeniu szkolnym, kiedy ojciec któregoś z uczniów przebywa na misji. Zwykle też misje wojskowe trwają dłużej niż zgrupowania i szkolenia na terenie kraju, co wiązać się może z poczuciem przeciążenia odgrywanymi rolami przez na przykład żony czy partnerki, które podczas nieobecności męża bądź partnera w domu muszą same dawać sobie radę z powstałymi codziennymi wyzwaniem. Niektóre wyniki badań pokazują<sup>24</sup>, że u członków rodzin z żołnierzami na misjach daje się odnotować zwiększone poczucie

20 Por. *Jak zwalczyć uraz misji. Rozmowa z D. Bienacką, psycholog w Afganistanie*, red. M. Schwarzgruber, <http://www.polska-zbrojna.pl/home/articleshow/39?t=Jak-zwalczyc-uraz-misji> (30.11.2021).

21 Por. S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

22 Por. A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.; S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

23 Por. *Jak zwalczyć uraz misji*, dz. cyt.; *Misje zmieniają życie rodzin żołnierzy*, dz. cyt.

24 Por. J.T. Cacioppo i in., *The Cultural Context of Loneliness. Risk Factors in Active Duty Soldiers*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 35 (2016) No. 10, s. 865–882; J.M. Vogel, B. Pfefferbaum, *Family Resilience after Disasters and Terrorism. Examining the Concept*,

zagrożenia i niepewności, na co mają wpływ relacje medialne z pola walki, przedstawiane często w formie drastycznej<sup>25</sup>. Wszystko to przyczynia się u członków takich rodzin do silnej deprywacji najważniejszych potrzeb życiowych: potrzeby bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego, szacunku.

Dodatkowo długotrwałość oraz wyjątkowość, nierzadko drastyczność i traumatyczny przebieg doświadczeń żołnierza na misji mogą powodować u pozostałych członków rodziny, jak i u samego żołnierza, poczucie obcości, kiedy mąż/ojciec/syn wraca do domu<sup>26</sup>. Żołnierz na misjach może sobie różnie radzić z wyzwaniem bojowym; wraca do domu z różnym bagażem doświadczeń i przeżyć, co często zależy nie tylko od samej sytuacji „na froncie”, ale również od jego charakterystyki psychologicznej, odporności, cech temperamentalnych. Jedne z nielicznych badań polskich przeprowadzonych z udziałem 104 wojskowych uczestniczących w misjach pokojowych w 2011 roku w Afganistanie pokazały, że można wyróżnić dwie grupy żołnierzy: odpornych i nieodpornych<sup>27</sup>. Odporni badani żołnierze to byli ci, których charakteryzowały niski poziom zespołu stresu pourazowego (PTSD)<sup>28</sup>, niska reaktywność emocjonalna, czyli cecha temperamentu odpowiedzialna za wysoką odporność w sytuacjach stresowych, i duża mobilizacja psychiczna oraz przewaga konstruktywnych obron (zestawu czynności uaktywnianych w sytuacji zagrożenia, ukierunkowanych na zadanie). Żołnierze ci mimo częstego narażenia życia w akcjach wojskowych na misjach prawidłowo funkcjonowali psychicznie, nie wykazywali symptomów zaburzeń w swoim zachowaniu, a zatem – co można przewidywać – prawdopodobnie po powrocie do domu, do rodziny, dosyć szybko adaptowali się do ról rodzinnych. Z kolei nieodpornych badanych żołnierzy z częstym narażeniem życia w akcjach wojskowych charakteryzowały wysoki poziom zespołu stresu pourazowego, wysoka reaktywność, czyli niska odporność w sytuacjach stresowych, oraz przewaga niekonstruktywnych obron, to znaczy takich, które nie były nastawione na zadanie, na poradzenie sobie z zaistniałą sytuacją w sposób racjonalny, lecz raczej na emocjonalne odreagowanie. Można zatem przewidywać, że to żołnierze z tej grupy badanych po powrocie do domu będą

---

w: *Helping Children Cope with Trauma. Individual, Family, and Community Perspectives*, eds R. Pat-Horeczyk, D. Brom, J.M. Vogel, New York 2014, s. 81–100.

25 Por. A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.; S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

26 Por. S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

27 Por. A. Senejko, K. Szczechowiak, *Ekspozycja na działania wojenne a specyfika reagowania na zagrożenia przez żołnierzy uczestniczących w misji na terenie Afganistanu*, w: *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, red. I. Ciosek, K. Klupa, M. Smolarek, Wrocław 2014, s. 157–168.

28 Bardziej szczegółowo będzie opisany niżej.

mieli największe problemy z readaptacją do sytuacji domowej, do przejęcia ról cywilnych: męża, ojca, syna.

Należy również nadmienić, że wszyscy żołnierze uczestniczący w opisanych badaniach polskich, którzy narażeni byli na wysoką ekspozycję na działania wojenne, niezależnie od tego, czy należeli do grupy odpornych czy nieodpornych – charakteryzowali się koncentracją na zagrożeniu (na przykład rozpamiętywaniem traumatycznych sytuacji i nadmierną czujnością związaną z przewidywaniem kolejnych potencjalnych zagrożeń) oraz zawyżonym poziomem pobudzenia, co stanowi jeden z symptomów zespołu stresu pourazowego<sup>29</sup>.

## 7. Reakcje na zdarzenia traumatyczne u żołnierzy

Warto więc krótko scharakteryzować, w jaki sposób klinicyści klasyfikują reakcje na zdarzenia traumatyczne, gdyż niewątpliwie wiele zdarzeń, jakie są udziałem żołnierzy na misjach pokojowych, można zaklasyfikować w poczet traumatycznych wydarzeń życiowych<sup>30</sup>.

Otóż wyróżnia się, po pierwsze, ostre zaburzenia potraumatyczne (ASD – *acute stress disorder*), które występują najczęściej w ciągu 2–4 tygodni od przeżytej traumy. Charakteryzują je następujące symptomy: gwałtowne, natrętne nawracanie urazowych obrazów i wspomnień (na przykład w koszmarach sennych); unikanie (usiłna chęć zapomnienia o tym, co się zdarzyło, niepowracanie do miejsca zdarzenia, unikanie rozmów na ten temat itp.); wzmożone pobudzenie (płytki sen lub trudności z zasypianiem, z koncentracją), wzmożona czujność, dysforia (irytacja i gwałtowne wybuchy gniewu); reakcje dysocjacyjne (wyparcie uczuć związanych z traumą przy zachowaniu możliwości jej opisu) itp.<sup>31</sup>

Innym syndromem zaburzeń, jakie wymienia się, diagnozując reakcje ludzi po doświadczonej traumie, jest wymieniony we wcześniejszych charakterystykach zespół stresu pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorder*). Tworzą go następujące symptomy: ekspozycja na doświadczenie traumy (czyli potwierdzenie, że dana osoba rzeczywiście brała udział w zdarzeniu, jakie ona sama zalicza do bardzo dla niej bolesnych, traumatycznych); intruzje (*re-experiencing*), czyli natrętne przypominanie sobie traumy, nawracanie urazowych wspomnień, obrazów (*flashbacks*), wraz z towarzyszącymi emocjami strachu lub przerażenia; unikanie (*avoidance*) – świadome próby niedopuszczania do aktualizacji doświadczenia traumatycznego, na przykład przez unikanie miejsc bądź osób

29 Por. A. Senejko, K. Szczechowiak, *Ekspozycja na działania...*, dz. cyt., s. 157–168.

30 Por. World Health Organization, *The ICD-10 Classification...*, dz. cyt.; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical...*, dz. cyt.

31 Por. World Health Organization, *The ICD-10 Classification...*, dz. cyt.; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical...*, dz. cyt.

powiązanych z traumą; wzmożone pobudzenie, poczucie nadmiernej czujności, stały niepokój i rozdrażnienie (*hyperarousal*). Podkreśla się również w istniejących klasyfikacjach zaburzeń<sup>32</sup>, że czas trwania wymienionych symptomów powinien wynosić co najmniej miesiąc oraz że zaburzenia zespołu stresu pourazowego powodują istotny dystres bądź załamanie w życiu społecznym, zawodowym lub w innych istotnych obszarach funkcjonowania człowieka cierpiącego z ich powodu<sup>33</sup>.

Szereg badań pokazuje, że średnio jedynie około 7–8% populacji cierpi na PTSD kilka tygodni lub dłużej po doświadczeniu traumy<sup>34</sup>. Osoby te wykazują brak adaptacji do ich sytuacji życiowej zmienionej radykalnie na skutek zadziałania traumatycznego stresora. Ale wyniki badań pozwalają również na określenie udziału procentowego PTSD w wybranych grupach badanych, który zwykle jest znacznie wyższy niż średni dla populacji. Tak oto 15–32% osób zawodowo pomagających (żołnierze, strażacy, służby pierwszego kontaktu) ma symptomy PTSD<sup>35</sup>. Co więcej, przypuszcza się, że dane te są zaniżone, gdyż mężczyźni narażeni na stresową ekspozycję z przyczyn zawodowych zwykle starają się świadomie bagatelizować symptomy PTSD. Akceptacja społeczna stereotypu twardych superbohaterów, którzy nie potrzebują opieki, może przyczynić się do werbalizowania przez nich znikomego stresu w kontakcie z poważnymi, zagrażającymi życiu urazami, wypadkami, chorobami<sup>36</sup>.

Odnosząc powyższe dane do sytuacji rodzin wojskowych, można bez znacznej przesady przewidywać, że u wielu żołnierzy polskich zarówno w czasie pobytu na

32 Por. World Health Organization, *The ICD-10 Classification...*, dz. cyt.; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical...*, dz. cyt.

33 Por. M. Hansen i in., *Less Is More? Assessing the Validity of the ICD-11 Model of PTSD Across Multiple Trauma Samples*, „European Journal of Psychotraumatology” 6 (2015), 28766. DOI: 10.3402/ejpt.v6.28766

34 Por. B. Kleim, M. Westphal, *Mental Health in First Responders. A Review and Recommendation for Prevention and Intervention Strategies*, „Traumatology” 17 (2011) Issue 4, s. 17–24. DOI: 10.1177/1534765611429079; L. Rutkow, L. Gable, J.M. Links, *Protecting the Mental Health of First Responders. Legal and Ethical Considerations*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics” 39 (2011) Issue S1, s. 56–59. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2011.00567.x; M. Kronenberg i in., *First Responder Culture. Implications for Mental Health Professionals Providing Services Following a Natural Disaster*, „Psychiatric Annals” 38 (2008) No. 2, s. 114–118. DOI: 10.3928/00485713-20080201-05; P.T. Haugen i in., *Mental Health Stigma and Barriers to Mental Health Care for First Responders. A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Journal of Psychiatric Research” 94 (2017), s. 218–229. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001

35 Por. B. Kleim, M. Westphal, *Mental Health in First...*, dz. cyt., s. 17–24.

36 Por. K. Papazoglou, *Conceptualizing Police Complex Spiral Trauma and Its Applications in the Police Field*, „Traumatology” 19 (2013) Issue 3, s. 196–203. DOI: 10.1177/1534765612466151; A. Lanza, G.V. Roysircar, S. Rodgers, *First Responder Mental Healthcare. Evidence Based Prevention, Postvention, and Treatment*, „Professional Psychology. Research and Practice” 49 (2018) No. 3, s. 193–204. DOI: 10.1037/pro0000192

misjach (w związku z ekspozycją na wydarzenia bezpośrednio zagrażające życiu), jak i po powrocie do domu można zdiagnozować wszystkie symptomy PTSD lub przynajmniej ich część. Stanowią one źródło cierpienia dla samego kombatanta, ale również obciążają psychologicznie całą rodzinę. Zwłaszcza młodzi inwalidzi wojenni znajdują się w bardzo trudnej egzystencjalnie sytuacji. Doświadczają bowiem nie tylko poczucia załamania dotychczasowej drogi życia zawodowego i społecznego, ale również tego, że nie stanowią wsparcia, lecz raczej ciężar dla swojej rodziny<sup>37</sup>.

## 8. Reakcje na zdarzenia traumatyczne u członków rodzin wojskowych

O ile nie dziwi istnienie symptomów PTSD u żołnierzy, wręcz raczej podejrzany byłby brak występowania chociażby u jakiejś części z nich zespołu stresu pourazowego, o tyle zwykle poza zasięgiem zainteresowania badaczy pozostają inni członkowie rodzin wojskowych. Tymczasem można wymienić przynajmniej kilka źródeł mogących potencjalnie przyczynić się do kształtowania się PTSD u członków rodziny żołnierza.

Dotyczą one po pierwsze zjawiska tak zwanej traumy wtórnej (*secondary trauma*), czyli pojawiania się zaburzeń podobnych do PTSD (unikanie myśli, zachowań i emocji związanych z traumą oraz intruzje – wtargnięcie niechcianych myśli i obrazów do świadomości wraz z towarzyszącym im silnym pobudzeniem) u osób, których życie nie jest wprawdzie bezpośrednio zagrożone, ale żyją one w ciągłym stresie z powodu zagrożenia życia kogoś bliskiego lub pacjenta będącego pod opieką danej osoby<sup>38</sup>. Tak oto na przykład dla członków rodziny żołnierza przebywającego na misjach życie w cieniu możliwego zagrożenia śmiercią lub zranieniem męża, ojca bądź syna stanowi silny stres (zwłaszcza śledzenie medialnych doniesień z frontu może stanowić źródło takiego stresu)<sup>39</sup>.

Po drugie dla niektórych członków rodziny (najczęściej żon/partnerek lub matek) kombatanta będącego inwalidą źródłem pojawienia się symptomów PTSD może być przeciążenie ciągłą opieką nad osobą bliską cierpiącą na PTSD (*vicarious trauma*)<sup>40</sup>.

37 Por. J.T. Cacioppo i in., *The Cultural Context...*, dz. cyt., s. 865–882; *Jak zwalczyć uraz misji*, dz. cyt.

38 Por. J.R. Herzog, R.B. Everson, J.D. Whitworth, *Do Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Combat-Exposed National Guard Soldiers Mediate Impacts of Soldiers' Trauma Exposure on Their Children?*, „Child and Adolescent Social Work Journal” 28 (2011), s. 459–473. DOI: 10.1007/s10560-011-0243-z

39 Por. S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

40 Por. T. Bober, C. Regehr, *Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma. Do They Work?*, „Brief Treatment and Crisis Intervention” 6 (2006) n. 1, s. 1–9. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhjo01

Po trzecie źródłem rozwoju symptomów zespołu stresu pourazowego u niektórych członków rodziny wojskowej mogą być skutki tak zwanej traumy skrytej, nieoczywistej (*insidious trauma*), związanej z ciągłą ekspozycją na wiele drobniejszych przeciwności życiowych, na przykład stygmatyzacją córki/syna żołnierza w szkole, mobbingiem żony/partnerki żołnierza w pracy, brakiem wsparcia i zrozumienia problemów rodziny wśród otoczenia społecznego, swoistą marginalizacją, problemami finansowymi rodziny wojskowej, chorobami, ciągłym osamotnieniem, koniecznością podejmowania decyzji życiowych dotyczących rodziny bez wsparcia i pomocy męża, ojca itp.<sup>41</sup>

Powyższa charakterystyka pokazuje, że sytuacja członków rodziny wojskowej, zwłaszcza tej z żołnierzem na misjach, nie jest łatwa, nierzadko powiązana z obecnością zaburzeń podobnych do symptomów zespołu stresu pourazowego i związanym z nimi cierpieniem występującym nie tylko u samego żołnierza.

Nie jest to, niestety, koniec możliwych trudnych sytuacji życiowych dla członków rodzin wojskowych. Można bowiem wymienić szereg innych traum występujących w rodzinach wojskowych, które niektórzy badacze traktują jako konsekwencję PTSD<sup>42</sup>. Należą do nich takie potencjalne zagrożenia dla funkcjonowania rodzin wojskowych jak: depresja, próby samobójcze, a nawet samobójstwa dokonane przez któregoś z członków, uzależnienia, przemoc w rodzinie, zdrada i rozpad emocjonalny rodziny, rozwód i separacja, radykalne pogorszenie kondycji materialnej rodziny, pogorszenie zdrowia fizycznego – częste stany zapalne itp.<sup>43</sup>

## 9. Śmierć żołnierza w rodzinie lub inwalida w rodzinie

Szczególnie trudnym wyzwaniem dla rodziny wojskowej jest śmierć<sup>44</sup>. Z istniejących doniesień można wysnuć wnioski, że rodzice żołnierza lepiej radzą sobie z tego rodzaju traumą niż żony bądź partnerki i dzieci żołnierzy<sup>45</sup>. Zwykle wiara rodziców oraz ich silne przekonanie, że zmarły syn był bohaterem, pomagają

41 Por. L.S. Brown, C.A. Courtois, *Trauma Treatment. The Need for Ongoing Innovation*, „Practice Innovations” 4 (2019) No. 3, s. 133–138. DOI: 10.1037/prio000097

42 Por. F. Sogomonyan, J.L. Cooper, *Trauma Faced by Children of Military Families. What Every Policymaker Should Know*, New York 2010; A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.

43 Por. L. Rutkow, L. Gable, J.M. Links, *Protecting the Mental Health...*, dz. cyt., s. 56–59; F. Sogomonyan, J.L. Cooper, *Trauma Faced...*, dz. cyt.

44 Por. E. Kübler-Ross, D. Kessler, *On Grief and Grieving. Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*, New York 2007.

45 Por. C.A. Lietz, *Uncovering Stories...*, dz. cyt., s. 147–155; J.M. Vogel, B. Pfefferbaum, *Family Resilience after Disasters...*, dz. cyt., s. 81–100.

im pogodzić się ze stratą<sup>46</sup>. Jednakże rodzice poległych żołnierzy dłużej kultywują żalobę, na przykład kontakt ze zmarłym synem na cmentarzu może stanowić dla rodziców stały element porządku dnia<sup>47</sup>.

Reakcja żon bądź partnerek kombatantów poległych na misjach w dużym stopniu zależy od ich stanu psychicznego oraz wsparcia społecznego i sytuacji ekonomicznej ich rodziny. Niepracujące żony cierpiące na zaburzenia zespołu stresu pourazowego mogą zareagować na śmierć męża bezradnością, depresją, skupieniem się na własnym nieszczęściu, przez co czasami pozostawiają swoje dzieci bez koniecznego wsparcia. Z kolei inny wzór zachowań można dostrzec u tak zwanych odpornych żon czy partnerek poległych żołnierzy: one mogą na śmierć partnera zareagować rzuceniem się w wir pracy i obowiązków domowych, zajęciem się sportem, hobby lub innymi czynnościami pomagającymi odwrócić uwagę od traumatycznej sytuacji rodzinnej.

Szereg doniesień wskazuje na to, że najtrudniejszą życiową sytuacją posiadają osierocone dzieci poległego żołnierza<sup>48</sup>. Są one często pozostawione samym sobie, bez odpowiedniego wsparcia ze strony pozostałych członków rodziny, co może wynikać z tego, że pozostali członkowie rodziny w tym samym czasie również boleśnie doświadczają tej samej straty i żałoby. Skutkiem może być zjawisko tak zwanej proliferacji traumy, rozprzestrzeniania się u dziecka poczucia doświadczania traumy w innych dziedzinach życia, poza rodziną. Zwłaszcza dzieje się tak, gdy dziecko zmarłego ojca – żołnierza – odczuwa osamotnienie, lęk, cierpi na depresję z wyeksponowaną somatyzacją (głównie bólowymi dolegliwościami w różnych częściach ciała). Dzieci przeżywające stratę ojca zmagają się również nierzadko z problemami w szkole i sprawiają problemy wychowawcze<sup>49</sup>.

To, co stanowi wspólny mianownik w przeżyciach członków rodziny wojskowej po śmierci żołnierza, to dojmujące poczucie pustki<sup>50</sup>.

Podobna sytuacja, choć może nie tak ekstremalna jak wyżej opisana, dotyczy również rodzin wojskowych borykających się z problemami wynikającymi z tego, że w rodzinie występują: choroba (na przykład inwalida

---

46 Por. L.G. Calhoun, G.R. Tedeschi, *The Foundations of Posttraumatic Growth. An Expanded Framework*, w: *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*, eds L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi, New Jersey 2006, s. 3–23.

47 Por. J.R. Herzog, R.B. Everson, J.D. Whitworth, *Do Secondary Trauma...*, dz. cyt., s. 459–473.

48 Por. J.M. Vogel, B. Pfefferbaum, *Family Resilience after Disasters...*, dz. cyt., s. 81–100; C.A. Lietz, *Uncovering Stories...*, dz. cyt., s. 147–155.

49 Por. F. Sogomonian, J.L. Cooper, *Trauma Faced...*, dz. cyt.

50 Por. J.M. Vogel, The Family Systems Collaborative Group, *Family Resilience and Traumatic Stress. A Guide for Mental Health Providers*, Los Angeles–Durham 2017.

wojenny, chora żona, niepełnosprawne dziecko), poważne kłopoty finansowe, uzależnienia itp.<sup>51</sup>

## 10. Istniejące i pożądane formy pomocy rodzinom wojskowym

Rosnąca powoli w Polsce świadomość społeczna konieczności wspierania rodzin wojskowych w ich trudzie życia, zwłaszcza tych rodzin, w których zdiagnozowano występowanie zespołu zaburzeń stresu pourazowego u któregoś z członków, zaowocowała organizacją szeregu inicjatyw wspierających takie rodziny. Są to tworzone dla tych celów fundacje, stowarzyszenia, urządzone konferencje, turnusy i warsztaty terapeutyczne. Rodziny weteranów wojskowych otoczone są również materialnym i społecznym wsparciem wojska<sup>52</sup>.

Do pożądanych form wsparcia, których brakuje w dotychczasowych formach działań ukierunkowanych na rodziny wojskowe, należy odpowiednia profilaktyka PTSD. Najważniejsza w tym względzie jest właściwa diagnoza rodziny i żołnierza zarówno przed misją, jak i po jej zakończeniu<sup>53</sup>. Dobrze zaplanowane i zrealizowane badania psychologiczne, obejmujące – co bardzo istotne – nie tylko samego żołnierza, ale również członków jego rodziny: żony/partnerki i dzieci, pozwalają wyodrębnić grupę osób z już obecnymi symptomami PTSD lub z dużym prawdopodobieństwem rozwinięcia się u nich w przyszłości takich symptomów. Taka diagnoza pozwoli wyselekcjonować do misji nie tylko żołnierzy odpornych, ale również ich rodziny, dla których trud posiadania męża/ojca na misji nie „zaowocuje” rozwinięciem symptomów zespołu stresu pourazowego. Na misje powinni zatem być powoływani głównie odporni psychicznie żołnierze mający stabilne rodziny, będące w stanie „udźwignąć” bez wielkich kosztów psychicznych ich pobyt na misjach. Takie badania wskazane są również do przeprowadzenia po misji, zarówno z udziałem samego weterana wojennego, jak i jego rodziny. Pozwolą one dostosować do konkretnej rodziny wojskowej właściwie ukierunkowane wsparcie: emocjonalne/psychoterapeutyczne, instrumentalne (na przykład zawodowe dla kombatanta będącego inwalidą i/lub dla jego żony/partnerki) bądź materialne<sup>54</sup>.

W Polsce istnieje również nagląca konieczność społecznego uwrażliwienia na problem traum w rodzinach wojskowych oraz zmiany postawy społecznej

51 Por. A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.

52 Por. *Misje zmieniają życie rodzin żołnierzy*, dz. cyt.; A. Baranowska, *Wpływ służby...*, dz. cyt.

53 Por. D. Bhugra, A. Till, N. Sartorius, *What Is Mental Health?*, „International Journal of Social Psychiatry” 59 (2013) No. 1, s. 3–4. DOI: 10.1177/0020764012463315; A. Senejko, *Czy radzimy sobie...*, dz. cyt., s. 23–46.

54 Por. J.M. Vogel, The Family Systems Collaborative Group, *Family Resilience...*, dz. cyt.



wobec żołnierzy typowanych do udziału w misjach wojskowych, z obojętnej lub czasem negatywnej – na pozytywną. Pozwoli to otoczyć rodziny wojskowe wsparciem społecznym płynącym z szerszego otoczenia (sąsiadów, środowiska szkolnego itp.)<sup>55</sup>.

## Zakończenie

Potencjalne bardzo stresowe, wręcz czasami traumatyczne wydarzenia życiowe stanowią rzeczywistość wielu rodzin wojskowych. Mogą poważnie zachwiać ich stabilnością egzystencjalną, ale również – jeżeli uda się je przezwyciężyć – zapoczątkować szereg procesów korzystnie na nie wpływających<sup>56</sup>. W psychologii i psychiatrii wykorzystanie traumy dla duchowego wzrostu nosi nazwę potraumatycznego wzrostu (PTG – *post-traumatic growth*). Ażeby taki wzrost mógł zaistnieć wśród członków rodzin wojskowych, konieczne jest otoczenie ich wsparciem, o czym wspomniano wyżej. W stymulowaniu takiego wzrostu po traumie istotną rolę powinni również odgrywać specjaliści: psychologowie – diagności, i psychoterapeuci<sup>57</sup>. Jednak by tak się stało, sami specjaliści powinni mieć więcej wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania rodzin wojskowych. Dziś wiedza na temat psychologicznej kondycji polskich rodzin wojskowych jest bardzo niewystarczająca i ma charakter bardziej publicystyczny niż naukowy<sup>58</sup>. Dlatego zarówno profilaktyka zaburzeń zespołu stresu pourazowego, jak i wsparcie w tym zakresie, skierowane do poszczególnych członków rodzin wojskowych, są utrudnione i prowadzone w sposób, jaki można określić mianem – intuicyjny.

55 Por. L.S. Brown, C.A. Courtois, *Trauma Treatment*, dz. cyt., s. 133–138; J.C. Norcross, B.E. Wampold, *What Works for Whom. Tailoring Psychotherapy to the Person*, „Journal of Clinical Psychology” 67 (2011) Issue 2, s. 127–132. DOI: 10.1002/jclp.20764

56 Por. D. Kubacka-Jasiecka, *Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania*, „Rocznik Filozoficzny Ignatianum” 22 (2016) 1, s. 51–89; Z. Solomon, R. Dekel, *Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Israeli Ex-POWs*, „Journal of Traumatic Stress” 20 (2007) Issue 3, s. 303–312. DOI: 10.1002/jts.20216; A. Senejko, *Czy radzimy sobie...*, dz. cyt., s. 23–46.

57 Por. R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun, *Posttraumatic Growth. Conceptual Foundations and Empirical Evidence*, „Psychological Inquiry” 15 (2004) No. 1, s. 1–18; A. Senejko, *Doświadczenie traumy*, dz. cyt., s. 23–58.

58 Por. S. Winnik, *Tylko przeżyć*, dz. cyt.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington, DC, 2013.
- Baranowska A., *Wpływ służby poza granicami kraju na jakość życia rodziny wojskowej – casus polski*, 2014, <https://www.researchgate.net/publication/284179689> (14.03.2020).
- Bhugra D., Till A., Sartorius N., *What Is Mental Health?*, „International Journal of Social Psychiatry” 59 (2013) No. 1, s. 3–4. DOI: 10.1177/0020764012463315
- Bober T., Regehr Ch., *Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma. Do They Work?*, „Brief Treatment and Crisis Intervention” 6 (2006) n. 1, s. 1–9. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhj001
- Bronfenbrenner U., *The Bioecological Model from a Life Course Perspective. Reflections of a Participant Observer*, w: *Examining Lives in Context*, eds P. Moen, G.H. Elder, K. Lüscher, Vol. 1, Washington 1995, s. 599–618.
- Brown L.S., Courtois C.A., *Trauma Treatment. The Need for Ongoing Innovation*, „Practice Innovations” 4 (2019) No. 3, s. 133–138. DOI: 10.1037/prio000097
- Cacioppo J.T. i in., *The Cultural Context of Loneliness. Risk Factors in Active Duty Soldiers*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 35 (2016) No. 10, s. 865–882.
- Calhoun L.G., Tedeschi R.G., *The Foundations of Posttraumatic Growth. An Expanded Framework*, w: *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*, eds L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi, New Jersey 2006, s. 3–23.
- Cloitre M., *The “One Size Fits All” Approach to Trauma Treatment. Should We Be Satisfied?*, „European Journal of Psychotraumatology” 6 (2015), 27344. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27344
- Drożdżowicz L., *Ogólna teoria systemów*, w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków 1997, s. 9–18.
- Duvall E.M., *Family Development*, Philadelphia 1957.
- Hansen M. i in., *Less Is More? Assessing the Validity of the ICD-11 Model of PTSD Across Multiple Trauma Samples*, „European Journal of Psychotraumatology” 6 (2015), 28766. DOI: 10.3402/ejpt.v6.28766
- Haugen P.T. i in., *Mental Health Stigma and Barriers to Mental Health Care for First Responders. A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Journal of Psychiatric Research” 94 (2017), s. 218–229. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001
- Herzog J.R., Everson R.B., Whitworth J.D., *Do Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Combat-Exposed National Guard Soldiers Mediate Impacts of Soldiers’ Trauma Exposure on Their Children?*, „Child and Adolescent Social Work Journal” 28 (2011), s. 459–473. DOI: 10.1007/s10560-011-0243-z
- Heszen I., *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, Warszawa 2013.

- Jak zwalczyć uraz misji. Rozmowa z D. Bienacką, psycholog w Afganistanie, red. M. Schwarzgruber, <http://www.polska-zbrojna.pl/home/articleshow/39?t=Jak-zwalczyc-uraz-misji> (30.11.2021).
- Kleim B., Westphal M., *Mental Health in First Responders. A Review and Recommendation for Prevention and Intervention Strategies*, „Traumatology” 17 (2011) Issue 4, s. 17–24. DOI: 10.1177/1534765611429079
- Kronenberg M. i in., *First Responder Culture. Implications for Mental Health Professionals Providing Services Following a Natural Disaster*, „Psychiatric Annals” 38 (2008) No. 2, s. 114–118. DOI: 10.3928/00485713-20080201-05
- Kubacka-Jasiecka D., *Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania*, „Rocznik Filozoficzny Ignatianum” 22 (2016) nr 1, s. 51–89.
- Kübler-Ross E., Kessler D., *On Grief and Grieving. Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*, New York 2007.
- Lanza A., Roysircar G.V., Rodgers S., *First Responder Mental Healthcare. Evidence Based Prevention, Postvention, and Treatment*, „Professional Psychology. Research and Practice” 49 (2018) No. 3, s. 193–204. DOI: 10.1037/pro0000192
- Liberska H., Matuszewska M., *Wprowadzenie*, w: *Małżeństwo. Męskość–kobiecość, miłość, konflikt*, red. H. Liberska, M. Matuszewska, Poznań 2001, s. 7–13.
- Lietz C.A., *Uncovering Stories of Family Resilience. A Mixed Method Study of Resilient Families, Part 2*, „Families in Society” 88 (2007) No. 1, s. 147–155. DOI: 10.1606/1044-3894.3602
- Mancini A.D., Bonanno G.A., *Różne drogi do osiągnięcia odporności po stracie i traumie*, w: *Terapia traumy. Teoria i praktyka terapii opartej na dowodach*, red. R.A. McMackin i in., tłum. S. Pikiel, Gdańsk 2013, s. 113–136.
- Minuchin S., *Families and Individual Development. Provocations from the Field of Family Therapy*, „Child Development” 56 (1974), s. 289–302.
- Misje zmieniają życie rodzin żołnierzy*, red. M. Schwarzgruber, <https://www.google.com/search?q=M.+Schwarzgruber%2C+Misje+zmieniaj%C4%85+%C5%BCy cie+rodzin+%C5%BCo%C5%82nierzy%2C&tbm=isch&ved=2ahUKEwiz2ravscPoAhWXyioKHZW4D6EQ2-cCegQIABAA&toq> (26.07.2015).
- Norcross J.C., Wampold B.E., *What Works for Whom. Tailoring Psychotherapy to the Person*, „Journal of Clinical Psychology” 67 (2011) Issue 2, s. 127–132. DOI: 10.1002/jclp.20764
- Ogińska-Bulik N., *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy lzy zamieniają się w perły*, Warszawa 2013.
- Oleś P., *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa 2011.
- Papazoglou K., *Conceptualizing Police Complex Spiral Trauma and Its Applications in the Police Field*, „Traumatology” 19 (2013) Issue 3, s. 196–203. DOI: 10.1177/1534765612466151

- Psychologia rodziny*, red. nauk. I. Janicka, H. Liberska, Warszawa 2014.
- Rodzina a rozwój jednostki*, red. M. Tyszkowa, Poznań 1990.
- Rutkow L., Gable L., Links J.M., *Protecting the Mental Health of First Responders. Legal and Ethical Considerations*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics” 39 (2011) Issue S1, s. 56–59. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2011.00567.x
- Senejko A., *Czy radzimy sobie z traumą etapowo? Perspektywa modelu funkcjonalno-czynnościowego obrony psychologicznej*, w: *Profilaktyka traumy. Praktyka i badania*, red. A. Senejko, M. Żurko, Kraków 2019, s. 23–46.
- Senejko A., *Doświadczanie traumy. Wybrane czynniki chroniące i czynniki ryzyka*, w: *Oswojenie traumy. Przegląd zagadnień*, red. A. Senejko, A. Czapiga, Kraków 2020, s. 23–58.
- Senejko A., *Doświadczenie wydarzeń kryzysowych a rozwój psychiczny człowieka*, w: *Zarządzanie kryzysowe – różne oblicza*, red. R. Grocki, Wrocław 2010, s. 114–130.
- Senejko A., Szczechowiak K., *Ekspozycja na działania wojenne a specyfika reagowania na zagrożenia przez żołnierzy uczestniczących w misji na terenie Afganistanu*, w: *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, red. I. Ciosek, K. Klupa, M. Smolarek, Wrocław 2014, s. 157–168.
- Sogomonyan F., Cooper J.L., *Trauma Faced by Children of Military Families. What Every Policymaker Should Know*, New York 2010.
- Solomon Z., Dekel R., *Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Israeli Ex-POWs*, „Journal of Traumatic Stress” 20 (2007) Issue 3, s. 303–312. DOI: 10.1002/jts.20216
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G., *Posttraumatic Growth. Conceptual Foundations and Empirical Evidence*, „Psychological Inquiry” 15 (2004) No. 1, s. 1–18.
- Vogel J.M., Pfefferbaum B., *Family Resilience after Disasters and Terrorism. Examining the Concept*, w: *Helping Children Cope with Trauma. Individual, Family, and Community Perspectives*, eds R. Pat-Horeczyk, D. Brom, J.M. Vogel, New York 2014, s. 81–100.
- Vogel J.M., The Family Systems Collaborative Group, *Family Resilience and Traumatic Stress. A Guide for Mental Health Providers*, Los Angeles–Durham 2017.
- Winnik S., *Tylko przeżyć. Prawdziwe historie rodzin polskich żołnierzy*, Kraków 2019.
- World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva 1992.