

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Bergant

**Posttravmatska stresna motnja pri vojnih veteranih: Primer
vojne v Iraku**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Bergant

Mentorica: doc. dr. Maja Garb

**Posttravmatska stresna motnja pri vojnih veteranih: Primer
vojne v Iraku**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Ob zaključku pisanja tega dela bi se rada iskreno zahvalila svoji mentorici doc. dr. Maji Garb, za njeno strokovnost, usmerjanje, spodbudo in vso pomoč pri nastajanju te diplomske naloge.

Še zlasti pa bi se rada zahvalila svoji družini in sodelavcem za vso spodbudo in podporo pri pisanju te diplomske naloge.

Posttravmatska stresna motnja pri vojnih veteranih: Primer vojne v Iraku

Vojaki ne glede na njihovo usposobljenost, kohezivnost enot, strokovnost poveljnikov itd. zaradi destruktivnih okoliščin tako v bojnih kot nebojnih operacijah podležejo t. i. bojnemu stresu, ki zajema fiziološke, vedenjske, psihološke reakcije, doživete pred, med in po boju. Večina njih se s stresom dobro spoprijema, manjšina pa lahko trpi še leta po vrnitvi domov in če je travmatični dogodek psihično preobremenilen, se lahko razvije posttravmatska stresna motnja. V diplomski nalogi je skozi zgodovinski pregled prikazano strokovno kot tudi laično prepoznavanje in priznavanje posttravmatske stresne motnje. Slednje je ključno pri vključevanju pripadnikov v socialno okolje, njihova marginalizacija na obrobje družbe pa prinaša le poslabšanje razmer. Kljub večji psihološki pripravljenosti in večjemu zaupanju v tehnologijo se je izkazalo, da je posttravmatska stresna motnja kompleksen pojem, ki v vojaškem okolju zahteva nenehno prilagajanje in vojska se mu, kot nekoč rigidna organizacija, ne more izogniti. Za skrb vzbujajoče se je izkazala operacija Iraška svoboda, saj oborožene sile Združenih držav Amerike niso bile pripravljene na psihološke posledice, ki jih prinaša nova tehnologija, oborožitev, nov način rekrutiranja in bojevanja itd., kar ima za posledico veliko število pripadnikov, ki trpijo za posttravmatsko stresno motnjo. Oborožene sile in podporne ustanove so tudi zaradi pritiska javnosti vzpostavile učinkovitejši način ocenjevanja možnosti razvoja tovrstne motnje, prvi odziv na samem bojišču in učinkovitejše načine zdravljenja ter pomoči in podpore ob vrnitvi pripadnikov domov.

Ključne besede: stres, bojni stres, posttravmatska stresna motnja, vojna, operacija Iraška svoboda.

Post-traumatic stress disorder with war veterans: An example of war in Iraq

Soldiers can, regardless of their qualifications, unit cohesion, expertise of commanders, etc., due to the destructive circumstances in battle and non-battle operations succumb to the so-called battle stress, which includes physiological, behavioural, psychological reactions experienced before, during and after actual fights. Most of the soldiers cope with battle stress well, a minority can suffer even years after returning home and if the traumatic event is psychologically too burdened the posttraumatic stress disorder may developed. Through a historical review of posttraumatic stress disorder, the diploma thesis presents how expertise as well as non-professional identification and recognition have developed. The latter is of key importance with inclusion of people who suffer from the disorder in the social environment and eventually their marginalization to the outskirts of the society only worsens conditions. Despite increased psychological preparation and higher trust in technology, it has been shown that posttraumatic stress disorder is a complex term, which demands constant adaptation in the military environment and as once a rigid organization, army cannot avoid it. The operation Iraqi freedom and later on the war in Afghanistan were worrisomely because the armed forces of the USA were not prepared for the psychological consequences caused by new technology, new armament, new way of recruiting and warfare, etc. This consequently has many members of the armed forces who suffer from posttraumatic stress disorder. Also because of the public pressure, the armed forces and other support organizations have established a more efficient way of evaluating developmental options of such disorder, first reaction at the battlefield, and more efficient possibilities of healing, help and support for the returning members.

Key words: stress, combat stress, posttraumatic stress disorder, war, operation Iraqi freedom.

KAZALO

1 UVOD	7
2 METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR.....	8
3 STRES	9
3.1 Simptomi stresa.....	11
3.2 Odzivanje na negativen stres	13
4 BOJNI IN OPERACIJSKI STRES	16
4.1 Operacijski stres.....	17
4.2 Bojni stres	21
4.2.1 Stresorji pri ženskah v vojski	25
4.3 Stresorji v mirovnih operacijah.....	26
5 POSTTRAUMATSKA STRESNA MOTNJA	29
5.1 Druge oblike stresnih motenj bojnega stresa	39
5.1.1 Akutna stresna motnja	39
5.1.2 Prilagoditvene motnje	41
6 ZGODOVINSKI PREGLED PSIHOLOŠKIH POSLEDIC BOJNEGA STRESA	42
7 OPERACIJA IRAŠKA SVOBODA IN PTSM.....	61
7.1 Operacija Iraška svoboda.....	61
7.2 Iraška vojna in posttravmatska stresna motnja	64
7.2.1 Spremembe v vojaških operacijah, vključno z dolgimi razporeditvami	67
7.2.2 Višja stopnja preživelih ranjenih.....	68
7.2.3 Travmatične poškodbe možganov.....	69
7.2.4 Zakaj sta bili vojni v Iraku in Afganistanu različni od dotedanjih.....	70
7.2.5 Žrtve in improvizirane eksplozivne naprave.....	70
8 RAZŠIRJENOST PTSM PO OPERACIJI IRAŠKA SVOBODA	72

8.1 Odziv Združenih držav Amerike na pojav PTSM v vojnah v Iraku in Afganistanu	81
9 SKLEPI IN ZAKLJUČEK	90
10 LITERATURA	93
SEZNAM SLIK	
Slika 3.1: Odzivanje na negativen stres.....	14
SEZNAM TABEL	
Tabela 4.1: Bojni in operacijski stresorji.....	25
SEZNAM GRAFOV	
Graf 8.1: Odstotek vojakov, ki so bili soočeni z različnimi bojnimi stresorji v Iraku in Afganistanu.....	73

1 UVOD

Posttravmatske stresne motnje (v nadaljevanju PTSM) se družba zaveda že dolgo, skozi zgodovinski, družbeni in kulturni razvoj so jo poimenovali na različne načine, znanstveno pa se jo preučuje od druge svetovne vojne dalje. Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Ameriškega združenja psihiatrov (*American Psychiatric Association*) prvič omenja PTSM (*Posttraumatic Stress Disorder - PTSD*) v svoji tretji izdaji iz leta 1980. Vojaško okolje je tudi spoznalo, da zatiskanje oči pred priznanjem pojava PTSM pri vojakih, ki so se vračali iz (ne)bojnih operacij, ne prinaša koristi, saj so se morali, če ne prej, s številnimi problemi in pritiski civilne družbe, kamor so se vojaki vračali po koncu razporeditve povsem spremenjeni, soočati po njihovem povratku domov (različne zasvojenosti, kriminalna dejanja, ne vključenost v družbo itd.).

Vprašanje je ali so tisti posamezniki, ki se zavestno odločijo za tvegan (vojaški) poklic ali za izpostavljanje nevarnim situacijam, manj dojemljivi za dolgotrajne PTSM. Kako globoke in dolgotrajne bodo psihične posledice travme pri posameznikih, je odvisno od doživetih življenjskih izkušenj osebe pred samim dogodkom, od celotne situacije, v kateri se je zgodila tovrstna izkušnja, kot tudi od nadaljnjega življenja osebe, ki se je soočila s travmo. K vedno večjemu preučevanju PTSM in njenih posledic je prispevalo tudi preučevanje organiziranosti in delovanja vojaških enot skozi zgodovino, saj postaja človeški dejavnik, kljub napredku razvoja tehnologije in oborožitvenih sistemov, eden najpomembnejših dejavnikov pri načinu izvajanja bojevanja manjših, samostojnih, mobilnih in dobro vodenih vojaških enot.

Vojska ZDA se je skozi udejstvovanje v različnih oboroženih spopadih soočala z vedno večjim številom vojnih veteranov, ki so trpeli za posledicami PTSM. Novi načini vojskovanja v vojni v Iraku med letoma 2003 do 2011 so ponovno pokazali, da je vojak eden izmed najpomembnejših in najbolj izpostavljenih dejavnikov vojskovanja in s tem tudi najranljivejši, in sicer tako v smislu bojne kot v smislu psihološke pripravljenosti in izpostavljenosti, kar se kaže v številu vojnih veteranov, ki so utrpeli posledice PTSM.

Vse zgoraj navedeno je prispevalo k temu, da so oborožene sile ZDA razvile številne sisteme pomoči in podpore vojnim veteranom, ki se soočajo s PTSM, tako znotraj vojaškega okolja kot v civilni družbi. Potrebno pa se je vprašati, ali vsi ti mehanizmi v zadostni meri prispevajo k prepoznavanju, soočanju in zdravljenju (tudi že med bojnimi operacijami) pri vojnih veteranih, ki trpijo za PTSM.

V diplomski nalogi bom najprej teoretično predstavila posamezne koncepte stresa ter z njim povezane stresorje in odzivanje posameznikov na negativen stres. Za namene diplomske naloge bosta v nadaljevanju razdelana teoretična pojma bojni in operacijski stres v povezavi oziroma za razliko od specifičnih stresorjev, kot npr. v mirovnih operacijah. Natančneje bo predstavljen tudi pojem PTSM in druge oblike stresnih motenj bojnega stresa s poudarkom na zgodovinskem pregledu psiholoških posledic bojnega stresa. Zanimalo me je predvsem odzivanje vojaškega okolja in civilne družbe na psihološke posledice, s katerimi so se soočali vojaki tako med bojevanjem kot še v večji meri po vrnitvi domov, in sicer skozi zgodovinski, družbeni in kulturni razvoj. V zadnjem (empiričnem) poglavju pa je uvodoma na kratko predstavljen potek iraške vojne in operacije Iraška svoboda, ki so jo ZDA s t. i. imenovano koalicijo voljnih pričele leta 2003, vzroki za razširjenost PTSM med vojnimi veterani ter analiza študij o razširjenosti PTSM po operaciji Iraška svoboda.

2 METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR

Cilj diplomske naloge je predstavitev in opredelitev pojmov stres, bojni in operacijski stres, preučitev zgodovinskega razvoja, teorij in raziskovanj pojava posttravmatske stresne motnje, preučitev odzivanja vojaškega okolja in civilne družbe skozi zgodovinski razvoj, na kratko predstaviti operacijo Iraška svoboda v letih 2003–2011 in preučitev pojava posttravmatske stresne motnje pri ameriških vojakih v operaciji Iraška svoboda in po njej.

Raziskovalni vprašanji:

- I. Kako resen je problem pojava posttravmatske stresne motnje pri veteranih iraške vojne?

II. Kakšna je odzivnost ameriške vojske in civilne družbe na pojav posttravmatske stresne motnje v operaciji Iraška svoboda v letih 2003–2011 in po njej?

Pri verifikaciji raziskovalnih vprašanj in doseganju zastavljenih ciljev proučevanja problema bom uporabila predvsem naslednje metode preučevanja:

- kot osnovno metodo pri oblikovanju diplomskega dela bom uporabila metodo analize vsebine pisnih primarnih in sekundarnih virov, ki so pomembni za definicijo osnovnih pojmov preučevanja obravnavane tematike, ter deskriptivno metodo;
- s primerjalno zgodovinsko metodo bom pregledala razvoj pojava oziroma priznanja PTSM vse do današnjega dne;
- s sekundarno analizo empiričnih virov (študij oziroma raziskav) bom preučila odziv ameriške vojske in civilne družbe na pojav PTSM v operaciji Iraška svoboda v letih 2003–2011 in po njej.

3 STRES

Vsaka sprememba v življenju posameznika, »ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in aktivira njegove prilagoditvene potenciale«, predstavlja stres. S stresom navadno označujemo negativne posledice zunanjih vplivov. Gre torej neskladje med dojemanjem zahtev iz okolja na eni strani in sposobnostjo obvladovanja teh zahtev na drugi strani. Viri stresa oziroma stresorji so »dogodki in pogoji, ki jih posameznik zazna kot zastrašujoče in škodljive, kar povzroči stanje napetosti« (Selič 1999, 53–54). Stres, ki predstavlja izziv, je lahko tudi pozitiven.

»Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi notranjim in zunanjim dražljajem (stresorjem). Stresor pa je dogodek, oseba ali predmet, ki ga posameznik doživi kot stresni element in povzroči stres.« Stresor zamaje posameznikovo ravnovesje in stres je normalen odziv na takšno dogajanje. Stres in dejavniki stresa niso za vse ljudi enaki in posledično enako rešljivi. Odvisni so od posameznikove osebnosti, njegovih izkušenj, okoliščin, v katerih se pojavijo, ter širšega in ožjega okolja, v katerem živi. Določeni dogodek za nekoga predstavlja stresor, za drugega pa spodbudo v življenju. Pri tem sta pomembna tudi

življenjska naravnost posameznika, njegova trdnost in kakovost medosebnih odnosov z ljudmi. Govorimo o *negativnem stresu*, ki je škodljiv in uničevalen ter *pozitivnem stresu*, ki ga obvladujemo in nas celo spodbudi k dejanjem. Vrsta stresa je odvisna od razmerja med našimi lastnimi zahtevami in zahtevami okolja ter sposobnostjo reševanja. Za normalno življenje je nekaj stresa nujno potrebnega, kadar pa je stresnih dogodkov preveč, so premočni ali predolgo trajajo, pa nastane težava. V takih primerih lahko stres vodi v različne motnje: prebavne motnje, motnje srca in ožilja, motnje imunskega sistema, motnje mišičnega sistema, motnje dihal ali duševne motnje: zloraba psihoaktivnih snovi in posledična odvisnost, anksiozne motnje in depresija (Dernovšek in drugi 2006, 8).

Travma je neprijetno čustveno doživetje, ki ima dolgotrajne učinke na duševnost. Pri skrajni stresni izkušnji sta pomembna pomanjkanje nadzora in nepredvidljivost dogodkov, ki so bistvenega pomena za posameznika. Travmatičen dogodek je »dogodek, katerega stvarne razsežnosti po svoji intenziteti presegajo običajna stresna doživetja in pri skoraj vseh ljudeh povzročajo grozo, trpljenje in psihofiziološke motnje«. Med travmatičnim in stresnim dogodkom so razlike v intenziteti in kvaliteti. (Mikuš Kos in Slodnjak 2000, 11). Mikuš Kos in Slodnjak (v Lavrič 2014, 40) navajata, da je stopnja posameznikove psihične in psihosocialne prizadetosti »odvisna od narave in intenzivnosti travme, stopnje izpostavljenosti, osebnih lastnosti posameznika, značilnosti življenjskega okolja in pomoči, ki so jo zagotovili posamezniku. Posamezniki, ki bolje prenašajo učinkovanje stresorjev in se manj odzivajo na stres, tudi bolje obvladujejo travmatska doživetja«.

Travmatičen dogodek je dogodek, ki pri posamezniku ali skupini povzroči močna čustva strahu, groze, nemoči in brezupa. Študije vojakov, ki so služili v Iraku (operacija *Iraqi Freedom*) in Afganistanu (operacija *Enduring Freedom*) so pokazale povezavo med bojnimi izkušnjami in vedenjskimi motnjami, še posebej akutno stresno motnjo in PTSM. Primeri vključujejo:

- težke ali nepretrgane bojne operacije,
- smrt pripadnikov enote,
- nesreče,
- resne/težke poškodbe,

- okoljsko upostošenje in/ali trpljenje civilistov,
- odprta vprašanja doma,
- operacije s smrtnimi žrtvami med vojaki ali civilisti (Headquarters. Department of the Army 2009).

Stres v vojaškem kontekstu lahko razumemo kot dogodke ali sile v okolju izven osebe v nasprotju s subjektivnimi notranjimi odzivi, ki ogrožajo ali jih zaznavamo kot grožnjo naši dobrobiti (Bartone 1998, 114). Stres v oboroženih silah je posebna oblika delovnega stresa zaradi velikih zahtev – stresnih dejavnikov – ki jih ima vojska do svojih pripadnikov. Mogoče ga je razumeti tudi kot proces, v katerem se povečuje ali zmanjšuje odpornost na posledice teh zahtev, razvijajo pa se strategije za obvladovanje stresa (*coping strategies*) (vom Hagen v Jelušič in Garb 2008, 86). Poznamo tri vrste stresa, in sicer akutni stres kot hiter odziv na neko posamično konfliktno, vendar prepoznavno dejanje, stres kot posledico kritičnega oziroma šokantnega dogodka, ki se pokaže takoj ali v poznejšem odzivu na tak dogodek, t. i. posttravmatska stresna motnja in kronični stres, ki ni posledica nekega posamičnega dogodka, temveč je kumulativni odziv na pritiske, ki se zbirajo dlje časa in za katere posameznik nima več ustreznih zmožnosti, da bi jih obvladoval (Cooper in Payne v Jelušič in Garb 2008, 86).

3.1 Simptomi stresa

Simptomi reakcije na stres se razvijejo v nekaj minutah po stresnem dogodku in trajajo lahko od nekaj ur do nekaj dni. V začetnem stanju gre za osuplost oziroma zbežnost. Zmanjšana je pozornost, posameznik pa ima občutek, kot da ne bi bil povsem pri zavesti in kot da ne more povsem dojemati dogajanja okoli njega. Splošna vzdraženost živčnega sistema pripravlja telo na »boj ali beg«. Temu sledi umikanje iz stresnih okoliščin ali huda vznemirjenost, ki posameznika za krajši čas lahko celo ohromi. Simptome stresa lahko razdelimo na simptome stresa v mislih in čustvih, telesne simptome in simptome stresa, ki se kažejo s spremenjenim vedenjem. Vsi simptomi se medsebojno prepletajo in vplivajo drug na drugega (Dernovšek in drugi 2006, 9–10).

Pripadnik, ki doživi ali je del travmatične izkušnje, je tudi podvržen večjemu tveganju za razvoj stresa. Med dejavniki tveganja oz. stresorji, ki lahko prispevajo k stresni

reakciji oziroma stresnemu odzivu (sami ali v kombinaciji), so:

- *Stresorji, neposredno povezani z bojnim in operacijskim stresom* – intenzivni ali težki boji, napad nasprotnika z nezmožnostjo povračilnega napada, enote imajo lahko občutek, da so zaradi pomanjkanja možnosti nemočne žrtve, nemobilnost med statičnimi/težkimi boji, ujetost v bunkerjih, jarkih ali ruševinah, zaprte četrti med uličnim (urbanim) bojevanjem.
- *Okoljski in fizični stresorji* – dolgotrajne, neprekinjene razporeditve ustvarjajo kumulativni stres, ekstremne temperature, padavine, zaostrene vremenske razmere, pesek in nevihte, slab zrak, spremembe prehranjevalnih navad, izpostavljenost boleznim, natrpni življenjski pogoji in pomanjkanje zasebnosti, fizične zahteve, dogodki in aktivnosti, ki povečujejo izčrpanost.
- *Stresorji, povezani z žrtvami v enoti in drugimi potencialno travmatičnimi dogodki* – število žrtev in ranjenih v enoti kaže na intenzivnost bojev, težke poškodbe vojakov zamajajo samozavest vojaka v zmožnosti lastnega preživetja, izguba soborca in poveljnika predstavlja čustveni šok in grožnjo.
- *Stresorji, povezani s prilagajanjem in prehodom (v fazi pred razporeditvijo)* – pomanjkanje informacij, omejen čas za soočanje z osebnimi težavami, anksioznost in zaskrbljenost zaradi ločitve od družine ter kako bo družina delovala po odhodu vojaka, težave z medosebnimi odnosi, neprimerno obnašanje otrok.
- *Stresorji, povezani z integracijo novih vojakov* – nevzpostavljeno zaupanje in povezanost (kohezija), premestitev vojaka lahko pomeni omejene izkušnje, nov vojak se lahko počuti kot izobčenec, težaven prehod (zaradi osebnih razlogov ali kot posledica skupinske dinamike).
- *Stresorji, povezani z možno ali dejansko uporabo kemičnega, biološkega, radiološkega ali jedrskega orožja* – nevidna in prodorna narava samega orožja predstavlja občutek negotovosti in dvoumnosti.
- *Stresorji, povezani z dogajanjem doma* – skrbi glede dogajanja doma odvrta vojakove, da bi se osredotočili na psihološko obrambo pred bojnimi in operacijskimi stresorji ter ustvarjajo notranji konflikt med dolžnostjo opravljanja njihovih bojnih dolžnosti in med reševanjem negotovosti in odprtih vprašanj doma. Problemi so lahko negativni – zakonski, finančni, bolezen, negotovost, varnost zaposlitve (predvsem pri rezervni sestavi ali nacionalni gardi) ali pozitivni – poroka ali rojstvo

otroka. V kolikor v domačem okolju ni podpore za sodelovanje v vojaškem konfliktu, osebni problemi predstavljajo še večje tveganje.

- *Stresorji, povezani z izgubo zaupanja, pomanjkanjem kohezije in zmanjšanjem morale* – nezadovoljive informacije in neuspeh pri pričakovani podpori. Pomanjkanje samozavesti v vodje, usposabljanje, enoto in opremo.
- *Stresorji, povezani s prilagajanjem in prehodom* (v fazi po razporeditvi) – problemi s ponovno vključitvijo, problemi z združitvijo in medosebnimi odnosi, težavno obnašanje otrok (Headquarters. Department of the Army 2009, 2. pogl.).

V primerjavi z drugimi organizacijami so pripadniki vojske lahko izpostavljeni nekaterim posebnim situacijam, kot so na primer opravljanje nalog v skrajnih vremenskih razmerah, daljša odsotnost in ločitev od družine ter pogoste spremembe in premestitve, zaradi česar se morajo pripadniki nenehno prilagajati novemu okolju. Vir stresa predstavlja tudi pozornost javnosti, saj množična občila prikazujejo večinoma izrazito negativne vsebine, posameznik pa se težko poistoveti z organizacijo, ki je v javnosti ves čas negativno izpostavljena (Resman 2008, 139).

3.2 Odzivanje na negativen stres

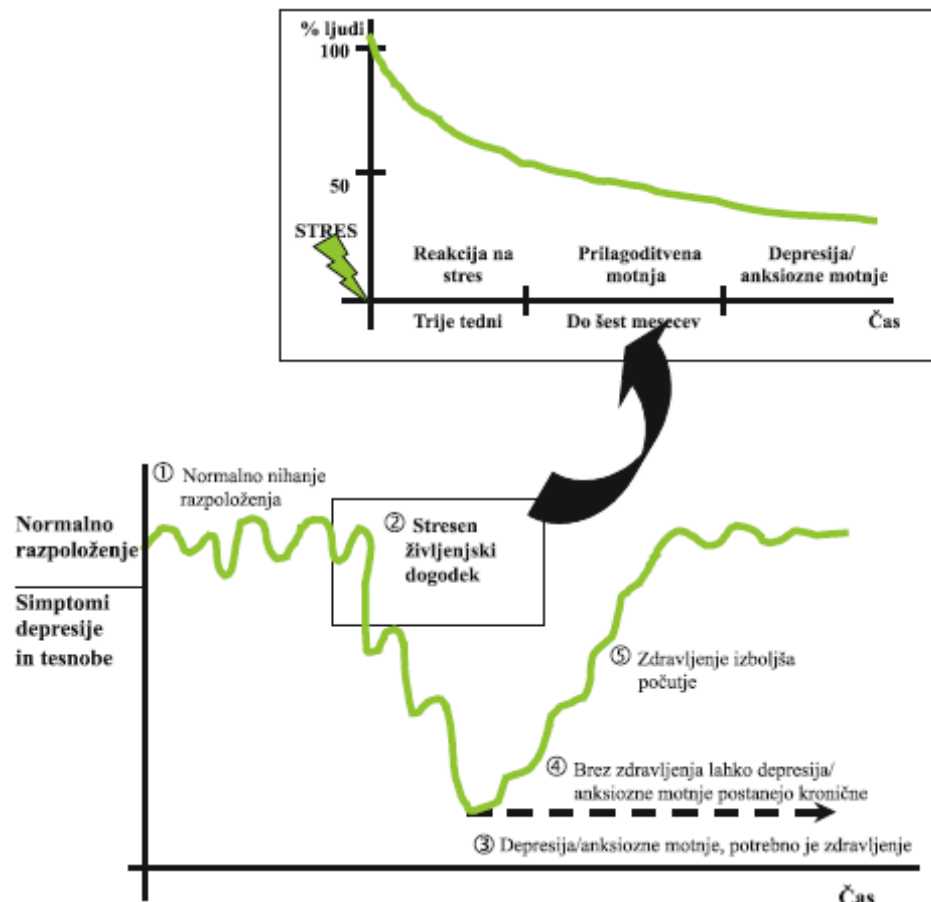
O negativnem stresu govorimo, ko neki dogodek ali situacija »pri posamezniku sproži intenzivne občutke žalosti, nemoči, tesnobe, jeze in strahu in ko stres, povezan s tem dogodkom ali položajem, posameznika ohromi in mu škoduje.« (Dernovšek in drugi 2006, 11).

Ti čustveni odzivi pri ljudeh lahko trajajo nekaj ur, dni ali tednov (glej Sliko 3.1). Čustveni procesi pripravijo ljudi, da se bolje soočijo z nastalimi težavami, poiščejo informacije in poskrbijo za svoje zdravje. Spet drugi pa so zaradi stresa povsem nemočni, saj je čustveni odziv premočan in jih za nekaj časa celo ohromi. Večina v treh tednih najde ravnovesje in se sooči s težavami (Dernovšek in drugi 2006, 11).

Pri nekaterih ljudeh čustveni odziv ob zelo stresnem življenjskem dogodku traja dlje, vključuje občutke nemoči in celo moti dnevno delovanje. Ljudje se soočajo z nespečnostjo, občutki žalosti, povečano tesnobo in utrujenostjo. Počutje lahko niha iz

dneva v dan. V tem primeru govorimo o prilagoditveni motnji oziroma prehodni reakciji, ki ne traja več kot šest mesecev. Nastop slednje lahko pomeni, da je posameznik začel sprejemati stresen dogodek ali položaj. Pri 30 do 35 odstotkih ljudi, ki so nagnjeni k depresiji ali bolezenski tesnobi, se razpoloženje sčasoma prevesi v depresijo ali anksiozne motnje, večinoma že v prvem ali drugem mesecu po nastopu stresa. Pri nekaterih ljudeh se težave počasi kopičijo in je na koncu dovolj le majhen stresor, da se razvijejo motnje. Drugi ljudje pa občutijo hud stres, za katerega so posebej občutljivi, zato se posledično razvije depresija ali anksiozne motnje (Dernovšek in drugi 2006, 11).

Slika 3.1: Odzivanje na negativen stres



Vir: Dernovšek in drugi (2006, 12).

Spoprijemanje s stresom (*coping*) lahko opredelimo kot »aktivni proces, s katerim posameznik poskuša obvladati, zmanjšati oziroma vzdržati notranje in/ali zunanje zahteve, ki jih ocenjuje kot obremenjujoče in za katere meni, da presegajo njegove moči« (Lazarus in Folkman v Dolenc 2015, 180). »Ta proces vključuje tako vedenjske,

čustvene in tudi kognitivne poskuse obvladanja stresne situacije. Pri tem je potrebno upoštevati okoljske zahteve, omejitve in vire na eni strani ter hierarhijo ciljev in osebnih prepričanj posameznika na drugi. S spoprijemanjem poskušamo položaje, ki jih ocenimo kot izčrpavajoče in za katere menimo, da presegajo naše moči, rešiti oziroma omiliti. Spoprijemanje s stresom je kompleksen in večdimenzionalen proces, pri katerem gre za medsebojno vplivanje osebnostnih lastnosti posameznika in situacijskih dejavnikov (v Dolenc 2015, 180).

Lazarusov transakcijski model govori o dveh konceptih: subjektivna ocena stresne situacije in proces spoprijemalnega vedenja. Primarna (subjektivna) ocena pomeni zaznavo pomembnosti in težavnosti nekega stanja – posameznik lahko dogodek »oceni kot izgubo (čustveno, materialno, telesno ...), grožnjo (potencialno izgubo oziroma škodo) ali izziv.« Pri sekundarni oceni posameznik izbere med možnostmi, ki jih ima na razpolago za spoprijemanje s stresno situacijo (Lazarus v Dolenc 2015, 180). Največkrat v literaturi zasledimo naslednjo kategorizacijo spoprijemalnega vedenja: a) spoprijemanje, usmerjeno na problem (*problem-focused coping*) – posameznik deluje v smeri izvora stresa oziroma spreminjanje stresne zveze med posameznikom in okoljem – in b) spoprijemanje, usmerjeno na emocije (*emotional-focused coping*), ki predpostavlja regulacijo in ublažitev čustvene napetosti zaradi stresne situacije (Lazarus in Folkman v Dolenc 2015, 180).

Pri izjemnih naporih, ki jih danes zahteva vojaški poklic, lahko nastajajo tudi zdravju škodljive obremenitve. Vojska mora zato iskati in predlagati rešitve (režim treningov in počitkov, vrsta prehrane, različne rehabilitacijske metode...), ki kljub naporom poklica (fizični in psihični stresi, telesni napor, odsotnost od doma...) omogočajo vzdrževanje optimalne telesne kondicije in zdravja. Vojska mora izbirati posameznike, ki bodo lahko prenesli posamezne ekstremne obremenitve brez škodovanja svojemu zdravju. Pri tem so poleg stresnih dejavnikov pomembne še posameznikove telesne in psihične lastnosti, ki omogočajo prilagajanje vojaka na stres (Ihan 2008, 57).

»Posameznikova zaznava stresorja je vedno določena z interakcijo med stresnim dogodkom, okoljem in posameznikom ter z njegovo oceno posledic delovanja stresorja.« Ukrepe za premagovanje stresa je potrebno načrtovati na vseh spodaj

navedenih nivojih in pri tem upoštevati medsebojne vplive ter posameznikovo razlago določenega dogodka:

1. Sprememba okolja in njegovih zahtev:

- menjava okolja, ki je lahko kratkoročna (začasna menjava kraja bivanja, sprememba okolja) ali dolgoročna (menjava delovnega mesta, prebivališča ali kraja, ki nam povzroča stres).

2. Sprememba sposobnosti spoprijemanja in podpora že pridobljenim sposobnostim spoprijemanja:

- pogovor o stresnih dogodkih, izobraževanje, treningi spoprijemanja s stresom, učenje novih veščin...,
- prepoznavanje stresnih simptomov,
- prepoznavanje različnih vrst stresa (pozitiven in negativen) ter razlikovanje med koristnim in škodljivim stresom – tudi negativen stres je lahko koristen,
- učenje različnih strategij spoprijemanja (katere strategije je primerno uporabiti v različnih okoliščinah) in prepoznavanja. Ena izmed strategij spoprijemanja je izogibanje ali beg od stresorjev, ki običajno ni učinkovita, negativne posledice pa nosi posameznik in so večje od koristi. Posameznik se mora naučiti različnih strategij spoprijemanja na različnih ravneh delovanja.

3. Sprememba ocene situacije:

- z zmanjševanjem nasprotja med zahtevami okolja in posameznikovimi viri spoprijemanja – zmanjšamo zahteve okolja in povečamo lastne vire spoprijemanja. Pri tem lahko pomagajo strategije spoprijemanja s stresom (Dernovšek in drugi 2006, 15–18).

4 BOJNI IN OPERACIJSKI STRES

V sodobnih oboroženih spopadih je izpostavljenost pripadnikov oboroženih sil različnim bojnim delovanjem zelo velika. Vsak udeleženec spopada tako pod vplivom stresorjev doživlja večji ali manjši stres. V preteklih zgodovinskih obdobjih so bili ljudje, ki so kazali znake bojnega stresa, označeni za strahopetce, kaznovali so jih s smrtjo ali pa so jih odpustili iz vojske. Danes splošno sprejeto stališče je, da so psihične težave vojaka reakcije normalnih ljudi na nenormalne okoliščine. Ali bo nekdo doživel bojni stres ali ne, je do določene mere odvisno od strukture njegove osebnosti, veliko

večji vpliv na to pa imajo okoliščine in izpostavljenost travmatičnim situacijam. S proučevanjem bojnega stresa so povezana štiri področja:

- bojni stresorji,
- bojni stres,
- simptomi bojnega stresa,
- obnašanje posameznika pod bojnim stresom.

V večini literature je navedeno, da je stres odziv našega telesa, ki poteka po zakonitem vzorcu, tako imenovanem splošnem prilagoditvenem sindromu, kot ga je poimenoval Hans Selye. Selye (v Musek 2010) navaja potek stresa v treh fazah: alarmna faza, faza odpora ter na koncu faza izčrpanosti. Prva (alarmna) faza nastane zaradi delovanja stresorjev, pri posamezniku je posledica šok. Alarmni fazi sledi faza odpora, kjer se telo pripravlja na spoprijemanje s stresom, posledica je protišok. Zadnja faza, faza izčrpanosti, se pojavi ob neuspešnem odzivu organizma na stresorje. V takih primerih začnemo pešati, pojavijo se znaki izčrpanosti, v skrajnem primeru se pojavi smrt.

4.1 Operacijski stres

Termin operacijski stres izhaja iz termina operacijski, kar pomeni, da je ta opredelitev stresa kategorizirana kot stres, ki ne izhaja neposredno iz vojnih spopadov – označuje stres na nalogah izven vojne – temveč je posledica stresa v operacijah služenja v pogojih mirovnih misij, pri humanitarnih nalogah, pri sanacijah naravnih nesreč itd. »Med tovrstne stresorje spadajo:

- monotonost življenja v bazah,
- primitivni življenjski pogoji v bazah,
- odsotnost od doma in skrbi zaradi stanja domačih,
- pomanjkanje informacij o dogajanju zunaj baze,
- soočanje vojaka s tujimi in nerazumljivimi kulturami (drugi običaji, jezik in vera),
- težji klimatski pogoji (vročina, prah, temperaturna nihanja),
- opazovanje posledic vojn, revščine, bolezni, trpljenja prebivalstva,
- pasivna vloga mirovnih sil, kjer vojak ne more (oziroma ne sme) veliko spremeniti,
- nevarnost minskih polj, groženj in dejanskih napadov na pripadnike.« (Jazbec 2007, 83-84).

Operacijski stres so strokovnjaki, ki so raziskovali to vrsto stresa v mednarodnih vojaških operacijah, razdelili na več faz, pri katerih posamezni udeleženec doživi največ stresa. To so: faza usposabljanja, obdobje tik pred odhodom na misijo, začetno obdobje misije, osrednje obdobje misije in zadnja faza, obdobje misije do njenega zaključka (Bartone 1998, 122). Večino stresorjev, ki se pojavljajo v vseh obdobjih vojaških operacij, lahko strnemo v pet splošnih kategorij: izolacija, negotovost, nemoč, dolgčas in nevarnost oz. grožnje. S pomočjo teh kategorij lahko povzamemo razpon stresorjev, ki se pojavljajo v vojaških operacijah, s posebnim poudarkom na sodobnih, nebojnih oz. mirovniških operacijah (Bartone 1998, 131).

Občutke, ki jih izzove odhod pripadnika vojske v mirovno operacijo pri njem samem in ožjih družinskih članih, lahko uvrstimo v predvidljiv čustveni krog. V Natovem priročniku *A Leader's Guide to Psychological Support Across the Deployment Cycle*, 2007 je predstavljenih pet stopenj čustvenega ciklusa razporeditve v vojski tekom misije, in sicer:

1. Faza – pred razporeditvijo (misijo)

Nastop te faze se prične z odločitvijo, da bo enota vpoklicana na misijo in se konča, ko enota dejansko odide na misijo. Časovni okvir te faze zelo variira in lahko traja od nekaj dni do več kot leta dni, odvisno od same operacije. Izzive za družine vojakov predstavljajo: sprejeti realnost misije, pričakovanje izgube, usposabljanja/dolge ure odsotnosti, urejanje zadev, psihična in fizična oddaljenost, prepiri itd. Eden od ključnih pa je sprejeti dejstvo, da bo prišlo do odhoda na misijo in s tem do ločitve od družine. Poleg tega pripadniki enote vse bolj govorijo o prihajajoči misiji ter svoji enoti, pri čemer je povezovanje pripadnikov enot ključnega pomena za kohezivnost enote, vendar istočasno povzroča čustveno oddaljenost od družinskih članov. Poveča se število usposabljanj in priprav na terenu. Pripadnik, ki se pripravlja na fizični odhod, je v psihičnem smislu lahko že odšel, kar povzroča frustracije in zamere s strani družinskih članov, ki ostajajo doma. Ker je čas pred odhodom na misijo zelo natrpan z raznoraznimi pripravami in načrtovanji, se velikokrat pojavlja konflikt med zasebnimi in službenimi obveznostmi. Pri družinskih članih, ki ostajajo doma, se lahko pojavi tudi tesnoba. Ključnega pomena je, da poveljniki enot pojasnijo svojim pripadnikom, da so tovrstne reakcije na odhod normalne in usmerjene neposredno na sam vpoklic oziroma misijo in da ne gre nujno za frustriranost družinskih članov zaradi vojaškega načina

življenja, zato je pomembno, da se v tej fazi vključi tudi družine ter da se jih sezna z vsemi relevantnimi podatki glede same misije in se jim ponudi tudi psihološka podpora (NATO 2007, 40).

2. Faza – začetno obdobje misije

Možne reakcije v začetni fazi misije so: preplavljenost s čustvi, otopelost, žalost, osamljenost, dezorientiranost, mešana čustva in olajšanje, motnje spanja. V prvih tednih po odhodu mora družina na novo vzpostaviti vloge in odgovornosti. Za mnoge je lahko začetno obdobje misije neprijetna, dezorganizirana izkušnja, vendar pa je, če člani družine vedo, kaj pričakovati, večja možnost, da bodo svoje reakcije znali ustrezno ovrednotiti. Ključnega pomena v tej fazi je vzpostavitev podpornih matičnih enot, ki ostanejo doma in nudijo ustrezno pomoč in informacije družinskih članom ter predstavljajo vez med vojakom na misiji in njegovimi družinskimi člani doma (NATO 2007, 42).

V drugi fazi v začetnem obdobju misije pridejo do izraza naslednji stresni elementi: nastanitev v območje, kjer bo enota delovala, prevzemanje nalog od kontingenta, ki je v odhajanju, privajanje na novo okolje, pomanjkanje stika z domom, izolacija, visok tempo in dolg urnik dela, utrujenost, pomanjkanje spanca in počitka ter slabe vremenske in bivalne razmere. Ti začetni stresorji izginejo, ko se enota organizira, ko se razdelijo naloge. Tempo dela se po začetnem šoku zmanjša in ostaja tudi več časa za počitek in druge aktivnosti, pojavijo pa se nekateri drugi stresorji: negotovosti, povezane s smiselnostjo operacije, pomanjkanje priznanja za opravljeno delo (vojaki želijo biti prepoznani kot profesionalci, ki dajejo svoj prispevek v pomembni operaciji), slaba komunikacija in pretok informacij, izolacija, preveliko delovnih obveznosti, pomanjkanje zasebnosti in dolgčas (Bartone 1998, 127–128).

3. Faza – obdobje stabilizacije

Stabilizacija se prične, ko se člani družine vpeljejo v nove aktivnosti in rutine. Veliko se jih po pomoč obrne na podporno matično enoto. Nekateri člani se opirajo na formalne mreže pomoči z namenom obvladovanja težav ter posredovanja informacij, drugi se zanašajo predvsem na razširjeno družino, prijatelje in druge skupine v domačem okolju. Veliko družinskih članov ugotavlja, da so sami sposobni obvladovati

težave, ki se pojavljajo in občutijo povečano mero samozaupanja in nadzora nad situacijo, kar so znamenja uspešne prilagoditve (NATO 2007, 42).

V tretji fazi (osrednjem obdobju misije) pa vse do zadnje faze obdobja zaključevanja misije se začne pojavljati domotožje, dolgočasje (ko ne opravljajo nalog), omejitev glede svobode gibanja (samo znotraj baze), izolacija, dvojna merila ter omejitev glede vedenja. Pojavlja se monotonost tako v opravljanju nalog kot življenja v bazi, rutina, težave pri pretoku informacij, pomanjkanje priznanja vojakom, lahko se pojavi tudi negotovost v zvezi z operacijo (nenačrtovani premiki enot, negotove politike poveljevanja), v primeru, ko niso natančno določeni njeni cilji, preobremenjenost nekaterih enot (Bartone 1998, 128–131).

4. faza – pričakovanje vrnitve

To obdobje je običajno obdobje velikega pričakovanja. Tako kot v začetnem obdobju misije se lahko pojavijo nasprotujoča si čustva. Na eni strani se pojavi vznemirjenost, ker se pripadnik vrača domov, po drugi strani pa se lahko pojavi zaskrbljenost, saj se družinski člani sprašujejo, kako se bo vojak po vrnitvi domov prilagodil spremembam v družini in v kolikšni meri se je pripadnik sam spremenil zaradi misije. Po drugi strani pa se tudi pripadniki enot osredotočajo na povratek domov in imajo svoja lastna pričakovanja in skrbi. Pomembno je, da imata tako družina kot pripadnik, ki se vrača z misije, podporo in da so oboji seznanjeni z informacijami, kaj pričakovati, ko se vrnejo domov in s postopkom reintegracije v družino (NATO 2007, 42–43).

5. faza – faza po zaključku misije

Ta faza je sestavljena iz dveh različnih faz. Družine pogosto izkušajo začetno fazo prilagajanja. Za nekatere družine je ta faza označena kot obdobje »medenih tednov«, v katerem idealizirajo drug drugega. Za druge družine je prilagajanje v začetku bolj težavno in občutijo odtujenost, saj se pričakovanja ne ujemajo z realnostjo. Obe reakciji sta povsem normalni in predstavljata del začetne faze prilagajanja po vrnitvi domov, ko se vojak počasi ponovno vključuje v družino. Druga faza prilagajanja vključuje tudi ponovno vzpostavitev družinskih vzorcev delovanja, ki bodo vključevali tudi člana družine, ki se je vrnil. Ta proces lahko vzame kar nekaj časa, saj se dogaja, da so pripadniki po vrnitvi psihično odsotni in še vedno razmišljajo o misiji, čeprav so fizično

prisotni. Družina mora ponovno preveriti vloge in pričakovanja. Za mnogo družin je to dejansko najzahtevnejše obdobje. V tej fazi je pomembna podpora poveljnikov pri ponovni vzpostavitvi družinskih odnosov, družine pa morajo biti za svojo podporo in odrekanje tudi pohvaljene. Pomembno je, da se vojake, ki se soočajo s težavami pri vključitvi v družino, napoti na profesionalno psihološko pomoč (NATO 2007, 43–44).

4.2 Bojni stres

Bojni stres (*combat stress*) opisuje fiziološke, vedenjske, psihološke reakcije, doživete pred, med in po boju. Gre za stanje psihološkega pretresa posameznika, do katerega je prišlo zaradi njegove izpostavljenosti življenjsko ogrožajočim in travmatičnim situacijam na bojišču. Gre za normalne, pričakovane in predvidljive odzive na nenormalne okoliščine vojne. Nekateri reakcije spodbujajo prilagoditev posameznika, npr. povečana budnost, izjemna moč, povečana vzdržljivost ali lažje prenašanje bolečine. Druge (običajnejše) reakcije na stres, kot so problemi s koncentracijo, pretiran strah, diareja, beg in izrazita žalost, pa so škodljive. Reakcije bojnega stresa variirajo v količini in intenzivnosti, odvisno od resnosti (intenzivnosti) situacije in trajanja izpostavljenosti, pravil delovanja, vodenja, učinkovite komunikacije, morale in kohezivnosti enote itd. Bojno stresno reakcijo lahko pripadnik doživi na bojišču ali v zaledju (Headquarters. Department of the Army 2009 in Joint Chiefs of Staff 2011, 60).

Moderno bojevanje je k temu prispevalo še druge dejavnike, kot so:

- neprekinjene operacije, ki se odvijajo v vseh vremenskih pogojih in sodobna oprema, ki se uporablja dan in noč,
- nevedenje, kdo in kje je sovražnik, kot so npr. samomorilski napadalci,
- vedenje, da je vojna stvar dogovarjanj doma,
- pravila delovanja, ki v določenih okoliščinah ne dovoljujejo, da bi vojak odgovoril z ognjem (slednje povečuje občutek nemoči),
- sovražnikova uporaba novih, nepričakovanih taktik oziroma načinov bojevanja (asimetrično bojevanje), na katere vojak ni pripravljen (Ceridian Corporation 2004, 4).

Simptomi bojnega stresa so *psihični* (kognitivni, čustveni in motivacijski, kot npr. tesnoba, razdražljivost, motnje v koncentraciji, zapiranje vase, živčnost, problemi z razmišljanjem, pomnjenjem, govorom in komunikacijo, žalost, jeza), *vedenjski* (razdražljivost ali izbruhi jeze, agresivno obnašanje, umik iz družbe, slabše delo..., usmerjeni proti soborcem, poveljnikom, družinskim članom, prijateljem itd.) in *fiziološki* (senzorične, srčno-žilne, prebavne, dihalne in mišične, kot npr. motnje spanja, potenje, neuskklajenost, glavoboli, hiter srčni utrip, spremembe teka, povečana budnost, izčrpanost) (Pavlina in drugi 2000, 195).

Posledice dejavnikov in procesov, povezanih s travmatičnimi dogodki na bojišču, so različne stopnje bojnega stresa. Posledice izpostavljenosti travmatičnim bojnim situacijam so lahko pozitivne ali negativne. Večina izpostavljenih doživi psihološki šok in večina vojakov se uspe z njim soočiti že na bojišču, majhen delež vojakov pa doživi prvo stopnjo bojnega stresa. Pozitivna izkušnja se tako kaže v še večji kohezivnosti enote, zvestobi soborcem in poveljniku, povečani vzdržljivosti, budnosti, povišani toleranci do neugodja in bolečine, občutku služenja namenu ter veri v dober zaključek, hrabrost in pogum. Vojaki, ki po koncu bojevanja s pomočjo soborcev, poveljnikov, psihologov in zdravnikov ne uspejo premagati te stopnje stresa, razvijejo akutni bojni stres, nekateri kronični bojni stres ali celo postanejo žrtve PTSM. Med negativne reakcije štejejo tudi neprimerno oziroma nečastno obnašanje vojakov (ubijanje vojnih ujetnikov in civilistov, mučenje vojnih ujetnikov, ropanja, posilstva, neupoštevanje ukazov, grožnje ali dejansko ubijanje soborcev, nedovoljena zapustitev enote, simuliranje, opustitev zaščitnih ukrepov, zloraba prepovedanih substanc, samopoškodovanje itd.), ki sedaj velja za kršenje civilizacijskih norm in mednarodnih norm bojevanja (Pavlina in drugi 2000, 195–196).

Ali bo travmatična izkušnja vplivala na pojav bojnega stresa, je odvisno od več dejavnikov, ki jih lahko razdelimo v spodnje skupine (Pavlina in drugi 2000, 190–194):

- Bojišče: intenzivnost in trajanje bojnih operacij, razmerje moči (človeški in materialni dejavnik), splošne razmere na bojišču ter strategija vojskovanja, upoštevajoč mednarodne norme in konvencije glede oboroženih spopadov.
- Dejavniki soočanja s stresom in preventiva, ki lahko v veliki meri zmanjšata akutni bojni stres in PTSM. To pomeni sistematično prizadevanje za krepitev osebnih

dejavnikov (selekcija in klasifikacija vojaškega osebja, še posebej za opravljanje posebnih nalog; bojno usposabljanje in psihološka pripravljenost ...), dejavnikov enote (kohezivnost enote, spodbude itd.) in socialnih dejavnikov (družinske razmere, podpora družine in okolja) soočenja s stresom.

- Vodstveni dejavnik (na ravni poveljnikov enot, poveljstva na bojišču in poveljstva na najvišjem nivoju) v smislu usposabljanja in preventivne politike za zmanjšanje negativnih učinkov travmatičnih dogodkov na bojišču. Vojaki občutijo manj stresa, če se lahko zanesejo na kompetentne in zanesljive poveljnike, zato je pomembno, da se poveljnike ustrezno usposobi in motivira za opravljanje zahtevnih, dolgotrajnih in visoko odgovornih nalog vodenja enot, vključno s psihološko pripravljenostjo svojih vojakov.

Bojni stresor je katerikoli psihološki, fizični ali fiziološki dražljaj, ki se pojavi med opravljanjem dolžnosti, povezanih z bojnim delovanjem. Ponavadi se bojni stresorji delijo v tri skupine:

- *psihološki* (kognitivni – preobremenitev proti deprivaciji, pomanjkanju informacij, dvomne situacije, težke odločitve, izolacija ali čustveni – strah, tesnoba, zamere, jeza), ki poslabšajo psihično stanje vojaka,
- *fizični* (vročina, mraz, vlaga, eksplozije, vibracije, hrup), ki ogrozijo odpor vojaka proti travmi in
- *fiziološki* (pomanjkanje spanja, dehidracija, slabe higienske razmere, fizična izčrpanost, slaba prehrana), ki uničijo odpor vojaka (Pavlina in drugi 2000, 195).

Noy (1991, 515–516) razdeli bojni stres v tri faze, ki se razlikujejo v izrazu stresa, času nastopa stresa, trajanju stresa in možnostih okrevanja:

- Takojšnja (prva) faza (anksioznost s somatskimi, vedenjskimi in čustvenimi manifestacijami), ki nastopi med travmatičnim dogodkom in traja od nekaj ur do nekaj dni po nastopu dogodka, možnost okrevanja je velika.
- Akutna (druga) faza (anksioznost, depresija, fizično nelagodje, bolečina, spremembe vedenja), ki nastopi v nekaj dneh ali tednih po soočenju s travmatičnim dogodkom in traja nekaj tednov ali mesecev, možnost okrevanja je dokaj velika. Akutna faza naj bi nastopila, kadar ni spontanega okrevanja (v

odvisnosti od posameznikovih obrambnih mehanizmov) ali zdravljenje ni bilo učinkovito.

- Kronična (tretja) faza (posebno hude motnje kot npr. PTSM ali druge motnje, kot npr. nočne more, jeza ali izbruhi nasilja, pričakovanje novih nesreč, moteni medosebni odnosi, spolne motnje itd.), ki nastopi nekaj mesecev (praviloma 6 mesecev) po soočenju s travmatičnim dogodkom in traja dolgo časa, še posebej če gre za osebne motnje, možnost okrevanja pa je odvisna od resnosti osebnostnih motenj.

Bojni stresorji vključujejo posamezne dogodke oziroma incidente, ki imajo potencial, da pomembno vplivajo na vojake, ki so bili soočeni z njimi. Lahko pridejo iz različnih virov pri opravljanju vojaških misij. Operacijski stresorji pa lahko vključujejo številne bojne stresorje ali dolgotrajno izpostavljenost stresorjem zaradi nadaljevanja operacij v sovražnem okolju. Bojni in operacijski stresorji imajo skupen učinek (glej Tabelo 4.1).

Bartone (v Polič 2008, 107–108) poroča, da so bili med zalivsko vojno v Iraku, 1990–1991 (operaciji Puščavski ščit in Puščavska nevihta) najhujši nebojni stresorji izolacija, ločitev od družine, pomanjkanje zasebnosti, dolgčas, prisilni celibat in prilagajanje tuji kulturi. Za najhujše bojne stresorje pa so se izkazali boj s sovražnikom, ranjeni ali mrtvi civilisti in vojaki ter mine. Hude učinke bojne izpostavljenosti sta blažili kohezivnost enote in osebna čvrstost. V Somaliji (operacijo Obnovitev upanja, 1993) je najhujši stresor predstavljala negotovost, kdaj se bo misija končala in bo možna vrnitev domov. Drugi hujši stresorji so bili ločenost od družine, nejasnost misije in pravil delovanja ter fizično neudobje. Vojaki naj bi se uspešno spoprijemali s stresom, saj so bili dobro prilagojeni. Včasih imajo lahko prav redki stresorji najbolj škodljiv učinek na počutje in ne nujno stresor, o katerem vojaki največkrat poročajo. Bartone (v Polič 2008, 109) navaja, da je bila vrsta stresorja in ne pogostost tista, ki je najbolj vplivala na vojake. Med operacijo Podpiranje demokracije (Haiti, 1994) so ugotovili, da so bili najhujši stresorji slabi bivalni pogoji (vključno skrb za sanitarije), hrana in voda, pomanjkanje zasebnosti, strah pred boleznimi ali osebno poškodbo, ločenost od družine, naporni delovni urniki in pomanjkanje prostega časa ter negotovost glede dolžine odprave.

Bartone in Adler (v Polič 2008, 110) sta poskušala na podlagi teh ugotovitev povzeti in razvrstiti stresorje v splošnejše kategorije, ki bi omogočale boljše razumevanje vojaških odzivov. Predlagata pet področij psihološkega stresa, ki se pojavljajo pri vojaških operacijah:

»Osamitev – odpravljen na fizično oddaljen kraj, srečanje s komunikacijskimi ovirami, novooblikovane enote, majhna povezanost, posamezniki so potegnjeni iz drugih enot. Nejasnost – poslanstvo ni jasno ali dobro opredeljeno, poveljniška struktura je nejasna, zmeda v vlogi in identiteti, nejasnost.

Nemoč – pravila delovanja so omejevalna, omejitve pri potovanju in delovanju, izpostavljenost trpljenju domačinov, tuja kultura in jezik, pomanjkanje zasebnosti /.../ majhen nadzor nad ureditvijo življenja, relativna deprivacija – dvojni standardi, pretirano zanašanje na "marljivo delo".

»Grožnja oz. nevarnost – nevarnost smrti, poškodbe, grožnja življenju ali udom, mine, ostrostrelci, bolezni, izpostavljenost smrti drugih.«

Tabela 4.1: Bojni in operacijski stresorji

Bojni stresorji	Operacijski stresorji
<p>Osebna poškodba.</p> <p>Ubijanje nasprotnikov.</p> <p>Priča smrti posameznikov.</p> <p>Smrt člana enote.</p> <p>Poškodba z izgubo uda.</p>	<p>Dolgotrajna izpostavljenost ekstremnim geografskim okoliščinam, kot so npr. puščavska vročina ali arktični mraz.</p> <p>Zmanjšana kakovost življenja in komunikacijskih sredstev v daljšem časovnem obdobju.</p> <p>Dolgotrajna ločitev od pomembnih podpornih sistemov kot je ločitev od družine.</p> <p>Izpostavljenost velikim poškodbam med različnimi operacijami (kot npr. biti priča smrti pripadnikov enote v različnih bojnih misijah).</p>

Vir: Headquarters. Department of the Army (2009, 10).

4.2.1 Stresorji pri ženskah v vojski

Pri ženskah vojakinjah se lahko med stresnimi situacijami, ko so vpoklicane, pojavijo naslednji stresorji, ki sprožijo oziroma privedejo do PTSM.

Bojne operacije – čeprav ženske niso nujno usposobljene za bojne operacije, pa pogosto sodelujejo v stresnih in nevarnih bojih ali podpornih bojnih operacijah. Vedno več žensk vojakinj naj bi bila deležna sovražnega ognja in priča žrtev vojne. Takšna izkušnja je še posebej zastrašujoča v urbanem bojevanju, kot je bilo npr. v Iraku.

Vojaška spolna travma – število žensk (in moških), ki so služili v vojski poroča o vojaški spolni travmi, ki vključuje kakršno koli spolno aktivnost, kjer je oseba, ki služi v vojski, udeležena proti volji vojaka ali vojakinje, od žaljivih spolnih komentarjev, nezaželenih prednosti zaradi spola ali celo spolnega napada. Po tem se mnoge ženske soočajo z depresijo ali imajo druge težave.

Občutek samote – v težkih operaciji je za dvig morale pomembno, da se posameznik počuti del enotne skupine. Na določena območja vojnih operacijah se v skupine razporeja novo osebje, ki ne pozna drugih pripadnikov, za izgradnjo prijateljstva in zaupanja vredne odnose pa je potreben čas. Če pri tem vojak nima podpore, je lahko takšna situacija zelo težka.

Skrb zaradi družine – to je lahko še posebej težko za ženske vojakinje z majhnimi otroki in ostarelimi starši, ki so vpoklicane za dalj časa. Predvsem ženske se lahko počutijo, da so svoje življenje postavile na stranski tir, pri tem pa jih skrbi, da ne morejo skrbeti za svoje najdražje. Če se v času vpoklica doma pojavljajo težave, se lahko tako ženske kot moški na terenu oz. v boju počutijo preobremenjene. Po vrnitvi domov se je določenim ženskim vojakinjam težko ponovno navaditi na vlogo matere, hkrati pa ugotovijo, da so večkrat v sporih s svojimi otroci (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2015b).

4.3 Stresorji v mirovnih operacijah

Mirovniki so vojaško osebje, izurjeni kot borci, ki služijo v misijah in so zadolženi za vzdrževanje premirja, implementacijo mirovnih dogovorov ali za sodelovanje v humanitarnih operacijah. Psihološki učinek mirovnih operacij je različen in je odvisen od zahtev posamezne misije. Na ta učinek vplivajo poleg zahtev misije tudi stopnja izurjenosti in priprav, skozi katere gredo posamezniki, specifične lastnosti posameznikov in okolje, v katerem lahko posameznik po koncu operacije okreva.

Nekatere študije definirajo negotovost kot ključni stresor za bojno usposobljene vojake, ki sodelujejo v mirovnih operacijah. Vojaki, ki so izurjeni za boj, imajo včasih težave prilagoditi se vlogi mirovnika, ki pogosto zahteva nadzor in omejitve. Negotovost se pojavi tudi glede pravil delovanja in namena, cilja operacije (Bartone 1998, 132).

Stresorji, skupni mirovnim operacijam in vojnim območjem, so nenadna sprememba življenjskega stila posameznika, ločitev od družine, izčrpanost, klimatske spremembe, negotovost glede trajanja misije in demoralizacija glede učinka misij oziroma intervencij. Stresorji, specifični za mirovne operacije, pa poleg tega vključujejo še:

- občutki nemoči glede zmanjšanja trpljenja ljudi in izboljšanja njihove varnosti,
- dolgočasenje,
- spori glede vlog mirovnikov in dolžnosti,
- provokacije in nadlegovanje civilistov,
- negotovost glede pravil delovanja in pogojev, pod katerimi so ofenzivne akcije definirane kot sprejemljive (Bolton 2015).

Dodatni stresor, specifičen za mirovne operacije, je bližina potencialno sovražnih posameznikov, ki onemogočajo humanitarno pomoč, zaščito in odvrčanje. Obstaja tudi verjetnost, da dodaten stres povzroča občutek oz. miselnost mirovnikov, da stres, ki ga doživljajo, s strani njihovih družin, prijateljev in vlade ni prepoznan. Raziskovalci so ugotovili, da imajo ti stresorji na nizki ravni daljnosežen negativen psihološki učinek in lahko prispevajo k razvoju PTSM. Ko so mirovniki vpoklicani, so pogosto soočeni s travmatičnimi dogodki, ki so značilni za vojna območja, npr. priča so smrti in umiranju, zadolženi za odstranitev civilnih žrtev ali pa so udeleženi v resnih nesrečah, velikokrat so soočeni z neeksplodiranimi ubojnimi sredstvi ali pa žrtve streljanja zaradi nesporazumov. Velikokrat se znajdejo v navzkrižnem ognju med dvema oboroženima sovražnima maščevalnima stranema ali pa na njih streljajo z namenom zastraševanja, katerega namen je odvrčanje od prihoda na določena območja. Mirovniki so velikokrat tudi priča zlonamernemu uničenju lastnine ali grozodejstvom, ki se zgodijo njihovim kolegom mirovnikom ali civilistom. Narava in pogostost potencialno travmatičnih dogodkov je v veliki meri odvisna tudi od vrste mirovne misije (npr. opazovalne operacije, operacije za vsiljevanje miru itd.). Študije kažejo, da poleg mirovnikov, ki trpijo za PTSM, veliko večje število mirovnikov trpi za pomembnimi stopnjami

določenih simptomom PTSM. Psihiatrične težave, ki se pojavljajo pred samimi operacijami in po koncu le-teh, so po ugotovitvah O'Briena in drugih veliko večje kot med samo operacijo, zato je lahko PSTM, ki jo raziskovalci preučujejo pri vojakih takoj ali kmalu po koncu operacije oziroma misije, podcenjujoča in ne prikaže razsežnosti stiske, kateri so podvrženi mirovniki (Bolton 2015).

Skupina stresorjev, imenovanih nemoč, je povezana z omejevalnimi pravili delovanja, ki v mnogih situacijah vojakom prepovedujejo ali onemogočajo odziv in pomoč ogroženim ter trpečim prebivalcem. Tudi druge omejitve, ki so jim izpostavljeni vojaki (potovalne omejitve, težave pri komuniciranju s tujo kulturo, izguba zasebnosti itd.), so povezane s to skupino stresorjev, kot tudi dvojni standardi ali nepravična uporaba pravil. Nejasnost vlog je hud stresor za bojno usposobljene vojake, delujoče v mirovnih operacijah. Vojaki, usposobljeni za boj, se včasih težko prilagodijo na vlogo mirovnikov, ki pogosto zahteva nadzor in zadržanost. Nejasnost pravil delovanja (*rules of engagement*) in poslanstva je večinoma zelo stresna ter otežuje učinkovito uresničevanje poslanstva. Problemi se lahko pojavijo tudi zaradi nejasne poveljniške strukture v večnacionalnih operacijah (OZN, Nato in druge). Se pa v različnih mirovnih operacijah grožnje in nevarnosti razlikujejo ter so že same po sebi stresne (Polič 2008, 111–112).

Ne glede na zastavljene cilje posameznih mirovnih operacij, so se vojaki srečevali z mnogimi omejitvami (npr. uporaba sile le v svojo obrambo), neživljenjskimi pravili in šibko podporo. Velikokrat so le nemočno opazovali poboje, ko niso mogli zaščititi tistih, ki so prišli pod njihovo okrilje, kot se je npr. zgodilo v Srebrenici leta 1995. Posledično se to odraža v delovanju in počutju vojakov v mirovnih operacijah, zato se med stresorji pogosto opozarja na »nejasnost ciljev poslanstva« in med posledicami »občutek krivde« zaradi nemočnega opazovanja zločinov. Med stresorji se pogosto pojavljajo tudi stik z neznano, tujo kulturo, nerazumevanje jezika in dolgotrajno ločenost od doma. Vse pa je odvisno od posamezne mirovne operacije in dejavnikov, ki jo določajo. Litz je šele leta 1996 opozoril na »premik v mirovnih operacijah od nenevarnega k skrajno stresnemu in opomnil, da izpostavljenost vse nevarnejšim razmeram ustvarja edinstven razred potencialno travmatizirajočih dogodkov, za katere bo treba razviti učinkovito pomoč.« Začeli so govoriti o »mirovniškem stresnem

sindromu«, ki ga je Weisaeth prepoznal že leta 1979 (po Taylorju 2004) in opisal kot »bes, zablodo in frustracijo, občutek nezmožnosti in nemoči pri soočanju z nasiljem in krutostjo, na katere se mirovnik ne more odzvati« (Polič 2008, 105).

Potrebno je predvsem psihološko usposabljanje pred razporeditvijo na konkretne naloge. Mirovniki ne smejo biti v dvomu »ubij, sicer boš ubit«, ampak morajo pazljivo presoјati, kdaj je njihovo življenje res ogroženo. Zaradi spreminjanja nabora virov ogrožanja in njihove narave morajo biti vojaki usposobljeni in izurjeni za izvajanje nalog v okolju, ki bo redko omogočalo jasno razlikovanje med nasprotnimi stranmi, ki zelo verjetno tudi ne bodo delovale na konvencionalen način. Prav tako morajo biti psihološko pripravljene na možnost, da nasprotnik ne bo deloval v skladu s splošno veljavnimi moralnimi in pravnimi normami (Kotnik-Dvojmoč 2002, 200).

5 POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA

Posttravmatska stresna motnja (*posttraumatic stress disorder*, v nadaljevanju PTSM) je psihiatrična motnja, ki se lahko pojavi pri posameznikih, ki so izkusili ali so bili priča travmatskih dogodkov, kot so naravne nesreče, hude nesreče (npr. avtomobilska), teroristična dejanja, boj ali vojna, posilstvo ali drugi nasilni osebni napadi.

PTSM »nastane kot zakasnel ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke. Stresorji, ki lahko povzročijo to motnjo, so danes zelo pogosti, različni in univerzalni (na primer: roparski napad, posilstvo, vojne travme, ugrabitve letal, teroristični napadi, mučenja v zaporih, vojno ujetništvo, internacija v koncentracijskih kampih, prometne nesreče, seznanjenje diagnozo neozdravljive bolezni itd.).« Zato je nekoč imenovana travmatska nevroza, PTSM danes postala celo priljubljena. Pri tej motnji igrajo veliko vlogo vnaprej določujoči (predisponirajoči) dejavniki, ki so lahko: osebne poteze kompulzivne ali astenične oblike ali pa že znano nevrotično vedenje. Te osebne poteze lahko znižujejo možnost za razvoj tovrstne stresne motnje ali pa so simptomi zaradi njih hujši. Motnja lahko nastopi tudi pri otrocih (Ziherl 2015, 43).

Znaki motnje se navadno pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, čeprav lahko zakasnjeno za več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna

motnja, pa se potem nadaljuje v obliki PTSM.

Diagnostični kriteriji, ki so potrebni za postavitve diagnoze PTSM, so:

- človek je bil izpostavljen eni izmed zgoraj opisanih travm,
- travmatski dogodek se neprestano podoživlja v eni od naslednji oblik:
 - ponavljajoča se vsiljiva podoživljanja stresnega dogodka v obliki podob, misli in zaznav (flashbacks),
 - ponavljajoče se moraste sanje o stresnem dogodku,
 - huda duševna stiska ob soočanju z vsem, kar človeka spominja na stresni dogodek,
- neprestano izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom in otopelost oziroma nasploh slabše odzivanje na dogajanje v okolici, ki se lahko kaže z najmanj tremi od naslednjih znakov:
 - človek se trudi, da bi se na vsak način izognil mislim, občutkom ali pogovorom, povezanim s stresnim dogodkom,
 - trudi se, da bi izognil tudi krajem ali ljudem, ki ga spominjajo na stresni dogodek,
 - nesposobnost, da bi se spomnil kakšnega pomembnega vidika stresnega dogodka,
 - znatno zmanjšano zanimanje za pomembne dejavnosti ali sodelovanje pri njih,
 - občutek odtujenosti ali odmaknjenosti od drugih,
 - omejeno čustvovanje (na primer nesposobnost čutiti ljubezen),
 - občutek, da ni zanj nobene prihodnosti,
 - simptomi povečane vzburljenosti, ki se lahko kažejo v obliki težav s spanjem, razdražljivosti, izbruhov jeze ali težav s koncentracijo,
 - motnja mora trajati najmanj 1 mesec,
 - motnja povzroča klinično pomembno duševno stisko in slabo vpliva na človekovo socialno, poklicno ali intimno življenje (Ziherl 2015, 43–44).

Študije na družinah in dvojčkih so pokazale na možnost, da na razvoj PTSM lahko vplivajo tudi genetski dejavniki in ne le dejavniki okolja. Na voljo je vedno več podatkov o genetskih različicah v nevrobioloških sistemih, ki so vključene v odgovor na stres in s tem posledično na tveganje oziroma odpornost za razvoj PTSM (Zupanc in drugi 2012, 248).

Poleg samega boja oziroma vojne v takšnih stresnih situacijah na pojav PTSM in druge zdravstveno mentalne težave vplivajo še: kaj oseba dela v vojni, politika glede same

vojne, kje se vojna odvija in tip sovražnika, proti kateremu se bojuješ. Med vzroki za PTSM v vojski so lahko tudi vojaške seksualne travme oziroma kakršnokoli spolno nadlegovanje ali napad, ki se zgodi v vojski. Slednji se lahko zgodijo tako moškim kot ženskam, in sicer v času urjenja, miru ali vojne (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2015).

V življenju smo izpostavljeni dejavnikom okolja, ki utegnejo biti neugodni. V telesu potekajo različni procesi odvisno od tega, ali gre za kratkotrajen stres ali pa je organizem izpostavljen stresu skozi daljše časovno obdobje. Kadar je stresor premočan ali traja predolgo, se lahko pojavijo različne motnje v delovanju organizma. Nujen predpogoj za diagnosticiranje s stresom povezanih psihičnih motenj, med katerimi je tudi PTSM, je izpostavitve posameznika stresu oziroma stresnemu dogodku. Sprva so predvidevali, da gre pri tej motnji za normalni odgovor na izjemno izpostavljenost stresorjem (travmatskim dogodkom), kmalu pa so ugotovili, da le manjšina izpostavljenih posameznikov razvije PTSM. »Povezava med psihopatološkimi dogodki, fenomenom poškodbe in nevrobiološkimi spremembami, povezanimi s PTSM, še ni popolnoma znana. V modelu součinkovanja dejavnikov okolja in genetskih dejavnikov pri razvoju psihičnih motenj predpostavljamo, da lahko dejavniki, ki povišujejo posameznikovo dovzetnost za stres, privedejo do izražanja ali poslabšanja poteka psihične motnje.« Odgovor posameznika na stresorje je odvisen tako od okoljskih kot tudi od genetskih dejavnikov. Pomembna pri vplivu na pojavljanje psihičnih motenj sta tudi intenzivnost in trajanje izpostavljenosti stresorjem. Študije kažejo, da na potek psihične motnje pomembno vplivajo povsem običajni dejavniki v okolju (npr. odhod na študij). Po drugi strani pa lahko krajša izpostavljenost hujšemu stresorju privede do psihične motnje tudi pri manj ranljivih osebah. Osebe, izpostavljene vojnim dogodkom, imajo povečano tveganje za razvoj psihopatoloških simptomov in PTSM. Pri osebah, ki so bile izpostavljene hudemu stresu, se ne pojavljajo le s stresom povezane psihične motnje, pač pa pogosteje tudi ostale psihične motnje, kar se je izkazalo v primeru oseb, izpostavljenih hurikanu Katrina. Stresni dogodki ob hurikanu so bili povezani s povečanjem pojavnosti PTSM kot tudi s povišanjem samomorilnosti pri osebah z razpoloženskimi in anksioznimi motnjami. »Študije tako podpirajo koncept medgeneracijskega prenosa podvrženosti posledicam stresa ter kažejo na možni

mehanizem razlage vpliva neugodnih dogodkov v otroštvu in večjega tveganja za razvoj PTSM, ki sledi travmatskim dogodkom v odrasli dobi.« (Zupanc in drugi 2012, 247).

Posttravmatske stresne izkušnje lahko omilijo ali pa jih poslabšajo različni dejavniki v osebah, neposredni okolici in širšem sistemu. Analiza nefunkcionalnih obvladovanih (*coping*) mehanizmov kaže na zanikanje problema, pasivnost, beg v dnevno sanjarjenje, pretirano usmerjenost v obtoževanje samega sebe ali zgolj drugih, izogibanje nekaterim okoliščinam ali ljudem ter uživanje psihoaktivnih snovi. Eden izmed odzivov je kronična oblika žalosti, ki se razvije naprej v depresijo, pri moškem obvladovalnem vedenju pa se utegnejo znaki tovrstne motnje izraziteje kazati v povečani impulzivnosti in agresivnosti. Pri moških se namreč depresivno razpoloženje pogosteje prikriva s povečano agresivnostjo, prepirljivostjo in uživanjem psihoaktivnih substanc. Večina ljudi simptome travmatske izkušnje (npr. vsiljivi mučni spomini na dogodek, povišana tesnoba, izogibalno vedenje...) omili v treh do štirih mesecih. Takojšnji, dramatičen, odziv pomeni manjše tveganje za odložene posledice na psihosocialnem področju, kot pa takojšnji odziv v obliki čustvene neodzivnosti. Pozno razvita ali neprebolela PTSM pomeni veliko tveganje za zmanjšano delovno zmožnost ter slabo kakovost biološkega in psihosocialnega funkcioniranja. Glavne štiri strategije spoprijemanja s stresom so reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, samokontrola in iskanje socialne pomoči (Selič in drugi 2008, 23).

Vojaki so zaradi svojega delovanja izpostavljeni številnim telesnim in psihičnim obremenitvam. Poleg motoričnih sposobnosti in telesne pripravljenosti vojaka je treba upoštevati tudi psihološke vidike, ki so nedvomno pomembni za opravljanje vojaških nalog ter vplivajo na njihovo uresničitev in učinkovitost.

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Ameriškega združenja psihiatrov (*American Psychiatric Association*) prvič omenja PTSM v svoji tretji izdaji iz l. 1980 in kriteriji za postavitve PTSM so skozi leta vključevali enake osnovne elemente, podrobneje pa ga opisuje v četrti izdaji iz leta 1994 in nato v revidirani izdaji leta 2000: a) izpostavljenost travmatičnemu stresorju, ki služi kot "vratar", b) podoživljanje travme, c) omrtvičenje in izogibanje ter d) povečana vzbujenost in budnost.

Po diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj DSM-IV-TR (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*) je izpostavljenost travmatičnemu dogodku nujen, ne pa tudi zadosten kriterij za opredelitev PTSM. Kriteriji po DSM-IV-TR za diagnosticiranje PTSM določajo dejavnike, ki se nanašajo na posameznikovo doživljanje travme, kot tudi trajanje in posledice povezanih dejavnikov, vključno s simptomi podoživljanja travme, izogibanja običajnim dejavnostim in hipervzbujenja. PTSM je posledica izpostavljenosti stresorju v travmatičnem dogodku, v katerem je bila oseba priča ali soočena z dogodkom oziroma dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni integriteti posameznika ali drugih. Posameznikov odziv vključuje intenzivni strah, nemoč ali grozo. Diagnoza se lahko postavi, če simptomi trajajo več kot en mesec in pomembno motijo vsakodnevne aktivnosti posameznika. Če PTSM traja manj kot tri mesece, je označena kot akutna stresna motnja, če traja dlje, pa kot kronična PTSM. Simptomi se lahko pojavijo z odloženim začetkom šele po šestih mesecih od travmatičnega dogodka. Motnja lahko postane kronična, z možnim prehodom v trajno osebnostno spremenjenost (Grinage 2003, 2401-2403).

V zadnji (peti) izdaji priročnika (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*) iz leta 2013, pa je diagnoza PTSM opredeljena z naslednjimi kriteriji:

A. Izpostavljenost dejanski ali grozeči smrti, resni poškodbi ali spolnemu nasilju na en ali več od spodaj navedenih načinov – travmatični ali kvalifikacijski stresor:

- neposredno izkusi travmatičen dogodek,
- je osebno priča travmatičnemu dogodku, ki se zgodi nekomu drugemu,
- spozna, da se je travmatičen dogodek zgodil bližnjemu sorodniku ali prijatelju (z dejansko smrtjo ali grožnjo smrti, ki je lahko nasilna ali naključna) ali
- oseba podoživlja ali je izpostavljen ekstremnim nenaklonjenim (averzibilnim) podrobnostim travmatičnega dogodka (in ne preko medijev, slik ali filmov).

Ko se šteje, da je posameznik izkusil kvalifikacijski stresor, mora dokazati vrsto simptomov iz štirih različnih skupin (B – E):

B. Prisotnost enega ali več od navedenih vsiljivih simptomov, ki so povezani z travmatičnim dogodkom, ki se začnejo po tem, ko se je travmatični dogodek že zgodil – simptomi podoživljanja:

- ponavljajoči, neprostovoljni in vsiljivi stresni spomini travmatičnega dogodka,
- ponavljajoče, mučne sanje, v katerih je vsebina in/ali učinek sanj povezan z travmatičnim dogodkom,
- disociativne reakcije (npr. vsiljivi spomini, t. i. *flashbacks*), v katerih se posameznik počuti ali deluje, kot da se travmatičen dogodek ponavlja (takšne reakcije se lahko pojavijo na kontinuumu, z najbolj ekstremnimi izrazi, s popolno izgubo zavesti prisotne okolice),
- intenzivna ali dolgotrajna psihološka stiska ob izpostavljenosti notranjih ali zunanjih znakov, ki predstavljajo ali spominjajo na določen vidik travmatičnega dogodka,
- zaznamujoče fiziološke reakcije na notranje ali zunanje znake, ki predstavljajo ali spominjajo na določen vidik travmatičnega dogodka.

C. Vztrajno izogibanje stimulansom (dražljajem), povezanim s travmatičnim dogodkom, začeni po tem, ko se je travmatični dogodek že zgodil, ki jo predstavlja eden ali oba spodaj navedena – simptomi izogibanja:

- izogibanje ali napor za izogibanje bolečim spominom, mislim ali občutkom o travmatičnem dogodku ali z njim povezanimi dogodki,
- izogibanje ali napor za izogibanje zunanjim opomnikom (ljudi, krajev, pogovorov, dejavnostim, predmetov, situacij), ki spodbudijo boleče spomine, misli ali občutke o travmatičnem dogodku ali z njim povezanimi dogodki.

D. Negativne spremembe v spoznanjih in razpoloženju, ki so povezani s travmatičnim dogodkom, ki se začnejo ali poslabšajo, ko je do travmatičnega dogodka že prišlo – simptomi otrplosti, kot je razvidno iz dveh ali več izmed spodaj navedenih:

- nezmožnost spominjanja pomembnega vidika travmatičnega dogodka (običajno zaradi disociativne amnezije in ne zaradi drugih dejavnikov, ko so poškodbe glave, alkohol ali droge),
- vztrajna in pretirana negativna prepričanja ali pričakovanja o sebi, drugih ali svetu (kot npr. »jaz sem slab«, »nikomur se ne morem zaupati«, »svet je popolnoma nevaren«),
- vztrajna izkrivljena spoznanja o vzrokih ali posledicah travmatičnega dogodka, ki vodijo posameznika do tega, da krivi samega sebe ali druge,
- vztrajno negativno čustveno stanje (npr. strah, groza, jeza, krivda ali sram);

- izrazito zmanjšan interes ali sodelovanje pri pomembnih dejavnostih,
- občutek ločenosti ali odtujenosti od drugih,
- vztrajna nezmožnost doživeti pozitivna čustva (npr. nezmožnost izkusiti srečo, zadovoljstvo ali ljubeča čustva).

E. Izrazite spremembe v vzburjenosti in odzivnosti (reaktivnosti), povezane s travmatičnim dogodkom, ki se začnejo ali poslabšajo po tem, ko je že prišlo do travmatičnega dogodka – simptomi hipervzburjenja, kot jo predstavlja dvoje ali več od naštetega:

- razdražljivo vedenje in jezni izbruhi (z malo ali brez provokacije), tipično izraženo kot verbalno ali fizično nasilje proti osebam ali predmetom,
- nepremišljeno ali samodestruktivno obnašanje,
- pretirana pozornost (hipervigilnost),
- ob prestrašenju pretirano reagira,
- problemi s koncentracijo,
- motnje spanja (npr. težava zaspati ali ostaja zaspan, nemirno spanje)

F. Trajanje motenj (simptomi pod kriteriji B, C, D in E) je daljše od enega meseca.

Akutna in kronična motnja sta za razliko od prejšnjih klasifikacij izključeni.

G. Motnja povzroča klinično pomembno stisko ali poslabšanje v socialnih, poklicnih ali drugih pomembnih področjih delovanja.

H. Motnje ni možno pripisati fizioloških učinkom snovi (npr. zdravila, alkohol) ali drugemu zdravstvenemu stanju

Z disociativnimi simptomi (bodisi z depersonalizacijo ali derealizacijo - izguba občutka sebe, občutka realnosti).

Z zakasnelim izrazom (nastopom): če vsi diagnostični kriteriji niso izpolnjeni v vsaj šestih mesecih po dogodku (čeprav je nastop in izraz določenih simptomov lahko takojšnji) (Levin in drugi 2014, 147–148).

Simptomi PTSM naj bi variirali skozi čas, s ponovnim vračanjem in intenzivnostjo, kot odgovor na stvari ali ljudi, ki spominjajo na travmo, neprestanimi življenjskimi stresorji ali z na novo doživetimi travmatičnimi stresorji. Simptomi se lahko še poslabšajo pri starejših posameznikih, katerim peša zdravje, se poslabšujejo kognitivne funkcije in večja socialna izolacija. To kaže na to, da je PTSM kronično stanje. Klinični odraz

PTSM lahko variira tudi v odvisnosti od kulturnega dejavnika, zato je potrebno simptome tudi prilagoditi v odvisnosti od posamezne kulture (Levin in drugi 2014, 152).

DMS-IV je posttravmatsko stresno motnjo uvrščal med anksiozno motnjo, medtem ko peta izdaja Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj Ameriškega združenja psihiatrov (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*) iz leta 2013 PTSM uvršča med travme in s stresom povezane motnje. DMS-5 opredeli posttravmatsko stresno motnjo kot posledico izpostavljenosti stresorju, ki vključuje dejansko ali grozečo smrt, resno poškodbo ali spolno nasilje. Izpostavljenost se mora izkazati v enem ali večih spodaj navedenih dogodkih, v katerih posameznik:

- neposredno izkusi travmatičen dogodek (ki naj bi predvideval bolj resne simptome),
- je osebno priča travmatičnemu dogodku (ki se zgodi nekomu drugemu),
- spozna, da se je travmatičen dogodek zgodil bližnjemu sorodniku ali prijatelju (z dejansko smrtjo ali grožnjo smrti, ki je lahko nasilna ali naključna) ali
- iz prve roke podoživlja ali je izpostavljen ekstremnim nenaklonjenim (averzabilnim) podrobnostim travmatičnega dogodka (in ne preko medijev, slik ali filmov).

Predispozicijski dejavniki in dejavniki, ki sledijo dogodku, igrajo pomembno vlogo pri razvoju PTSM. Potrebno je razlikovati med motnjami, ki jih povzroči travmatični stresor (so neposredno odvisne od njega) in motnjami, ki jih stresor lahko poslabša. Po DMS-5 ima zato uvrstitveni stresor, t. i. kriterij vratarja, največji vpliv na pojav PTSM. PTSM se ne razvije, v kolikor posameznik ni izpostavljen dogodkom, ki so "intenzivno stresni" in predstavljajo prelomni dogodek v življenju pacienta (Levin in drugi 2014, 148).

Motnja, ne glede na njen sprožilec, sproži klinično pomembno stisko ali okvaro v posameznikovih socialnih stikih, njegovih zmožnostih za delo ali drugih pomembnih področjih posameznikovega delovanja. PTSM ni fiziološka posledica drugega

zdravstvenega stanja, zdravil, drog ali alkohola (American Psychiatric Association 2013b).

Določeni vojaški voditelji, tako aktivni kot upokojeni, so menili, da zaradi besede "motnja" veliko vojakov, ki se soočajo s simptomi PTSM, nerado prosi za pomoč. Zato so Ameriško psihiatrično združenje pozvali za preimenovanje v posttravmatsko stresno poškodbo, ki bolj sovпада z vojaškim jezikom in s čimer bi zmanjšali stigmatizacijo. Nasprotniki pa trdijo, da je potrebno spremeniti vojaško okolje, da bo mentalno zdravljenje bolj dostopno in da je potrebno vojake spodbuditi, da poiščejo pomoč. V DSM-5 zato PTSM ostaja kot ena od motenj.

Po DSM-5 so pri opredelitvi PTSM dodani trije novi simptomi, in sicer pri kriteriju D – negativne spremembe v spoznanjih in razpoloženju, simptoma vztrajne in izkrivljene krivde do sebe ali drugih in vztrajno negativno čustveno stanje ter pri kriteriju E – spremembe pri vznurjenju in odzivnosti simptom nepremišljeno ali destruktivno vedenje. PTSM ni več uvrščena med anksiozne motnje. Razpoložljivi podatki kažejo na to, da travma ne povzroči vedno PTSM in se pravzaprav lahko odrazi v različnih vedenjskih simptomih. Posameznikove predispozicije in dejavniki, ki sledijo travmatičnemu dogodku, igrajo pomembno vlogo pri razvoju PTSM. Med pomembnejšimi spoznanji je ponovno definiranje uvrstitvenega stresorja, t. i. "vratarja" (kriterij A), ki ima največji vpliv na razširjenost PTSM (Levin in drugi 2014, 146).

V primerjavi z DSM-IV diagnostična merila za DSM-5 tako podrobneje oziroma jasneje določajo, kaj predstavlja travmatični dogodek. Izrecno je vključen spolni napad. Govorica, ki po DSM-IV določa subjektiven odziv posameznika na dogodek (močan strah, nemoč ali grozo), je bila izločena, saj se je izkazalo, da nima nobene vrednosti pri napovedovanju nastopa PTSM. Izurjeno vojaško osebje naj ne bi izkusilo teh čustev med ali takoj po travmatičnem dogodku in žrtve, ki so izkusile blago travmatično poškodbo možganov se lahko ne bi zavedale njihovega odziva v času stresorja, vendar bi še vedno lahko razvili simptome PTSM (Levin in drugi 2014, 150).

Pomemben je kriterij stresorja, ki govori o tem, kako posameznik doživlja travmatičen dogodek. DSM-5 več pozornosti namenja vedenjskim simptomom, ki spremljajo PTSM

in predlaga štiri različne diagnostične skupine, namesto treh (kot to opredeljuje DSM-IV), in sicer:

- podoživljanje travme (vdor),
- izogibanje vsemu, kar spominja na dogodek,
- negativne spremembe v spoznanjih in razpoloženju ter
- odzivnost (vzburjenje).

Dodan je bil tudi kriterij za otroke, mlajše od šest let, ki se soočajo s PTSM, pri čemer so kriteriji veliko bolj občutljivi (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2016).

Podoživljanje travme vključuje spontane (vsiljene) spomine travmatičnega dogodka, ponavljajoče se sanje, povezane s travmatičnim dogodkom, vsiljene spomine (*flashbacks*) ali druge močne in podaljšane psihološke motnje. Pri tem ima oseba občutek, da vedno znova podoživlja travmatični dogodek oziroma da se vedno znova dogaja pred njegovimi očmi.

Izogibanje se lahko nanaša na izogibanje ljudem, krajem, aktivnostim, predmetom in situacijami, ki vzbujajo stresne spomine. Ljudje se poskušajo izogniti spominom na travmatični dogodek oziroma razmišljanju o njem. Lahko se celo upirajo govoriti o travmatičnem dogodku oziroma svojim občutkom. Izogibanje torej pomeni stresne spomine, misli, čustva ali zunanje dejavnike, ki spominjajo na dogodek.

Negativna spoznanja in razpoloženje predstavljajo številna čustva, od nenehnega in izkrivljenega mnenja o sebi ali drugih, občutka krivde, nenehnega strahu, groze, jeze, do odtujenosti do drugih ali izrazito zmanjšano zanimanje za dejavnosti in do nezmožnosti, da se oseba spomni ključnih vidikov travmatičnega dogodka.

Hipervzburjenje zaznamuje agresivno, nepremišljeno ali samouničujoče vedenje, motnje spanja, motnje koncentracije, čezmerna budnost in strah ali povezane težave. Sedanji priročnik poudarja vidik "letenja", povezan s PTSM, merila DSM-5 vključuje tudi "boj" - odziv, ki ga pogosto vidimo (American Psychiatric Association 2013b).

Število simptomov, ki jih je potrebno prepoznati, je odvisno od posamezne diagnostične skupine. Po DSM-5 se zahteva le, da motnje trajajo več kot en mesec in trajajo lahko več mesecev ali let. PTSM se pogosto pojavi z ostalimi povezanimi stanji, kot so depresija, uporaba različnih substanc, težave s spominom ali drugimi fizičnimi in psihološkimi zdravstvenimi težavami. DSM-5 odpravlja razliko med akutnimi in kroničnimi fazami PTSM.

5.1 Druge oblike stresnih motenj bojnega stresa

Ameriško psihiatrično združenje v novem priročniku DSM-5 uvršča med **travme in s stresom povezane motnje**: akutno stresno motnjo, prilagoditveno motnjo in PTSM.

5.1.1 Akutna stresna motnja

Akutna stresna reakcija je motnja, ki je neposredno povezana z izjemno hudim telesnim ali duševnim stresnim dogajanjem (stresor). Gre za pretiran, bolezenski odziv na travmatični dogodek. To lahko predstavlja resno grožnjo človekovemu življenju, na primer: naravna katastrofa, nesreča, nasilniški napad, posilstvo, smrt ljubljenega človeka. Povzroči jo lahko tudi nenadna sprememba v človekovem življenjskem okolju. Motnja se lahko pojavi že med samim stresnim dogodkom ali takoj za tem. Človek se poskuša izogibati vsemu, kar bi ga spominjalo na dogodek, ki ga pogosto podoživlja v obliki ponavljajočih se podob, misli in sanj. Oseba je zbegana, osupla, ima zmanjšano pozornost, lahko pa je tudi dezorientirana (Ziherl 2015, 41–42).

Diagnozo akutna stresna motnja lahko postavimo tedaj, ko so prisotni naslednji kriteriji:

- *človek je bil izpostavljen travmatskemu dogodku, v katerem je bilo ogroženo njegovo ali pa življenje njegovih dragih,*
- *motnja nastopi že med samim stresnim dogodkom ali takoj po dogodku,*
- *tipični prvi simptom je občutek nekakšne otopelosti, odmaknjenosti ali čustvene neodzivnosti ter nezaznavanje okolice ("slepota" za okolico),*
- *prisotni so lahko tudi drugi disociacijski simptomi, kot so: derealizacija, depersonalizacija, disociacijska amnezija ali celo fuga,*

- sledijo simptomi, kot so: anksioznost, motorični nemir, obup, razdražljivost, depresivnost, težave s spanjem,
- izogibanje vsemu, kar bi ga lahko spomnilo na stresni dogodek,
- podoživljanje stresnega dogodka v obliki ponavljajočih se podob (flashbacks), misli in morastih sanj,
- motnja je vzrok znatnemu poslabšanju človekovega socialnega funkcioniranja,
- po dogodku motnja traja najmanj 2 dni ali največ 4 tedne (po DSM IV) ali največ do 3 dni po ICD 10 (Ziherl 2015, 42).

DSM-IV je nekoliko razširil časovno možnost tovrstne diagnoze, hkrati pa je potrebno v primeru tako dolgo trajajoče motnje že pomisliti na posttravmatsko stresno motnjo, če so seveda izpolnjeni kriteriji za tako diagnozo. »Bistveno za diagnozo akutna stresna motnja je torej dejstvo, da je motnja neposredno časovno vezana na kak hud stresni dogodek.« Simptomi akutne stresne motnje so sicer univerzalni, a tudi kulturno okolje določa, kateri od njih bodo bolj in kateri manj izraženi (Ziherl 2015, 42).

Pomembno je, da poveljnik ostane v stiku z vojakom, ki trpi za akutno stresno motnjo, se z njim pogovarja, s čimer pomaga omiliti simptome. Vojaka naj se posledično ne bi obremenjevalo s težkimi nalogami, poveljnik naj bi mu omogočil počitek, hrano in vodo, kar včasih že pripomore k izboljšanju stanja. Dlje ko trajajo simptomi, resnejše postaja vojakovo stanje in v hujših primerih lahko pride do bolezni ali celo samomora. Kadar se vojakovo stanje po nekaj dneh ne izboljša, mora poveljnik poiskati ustrezno psihiatrično ter medicinsko pomoč (Jazbec 2007, 45–46).

Po DSM-5 (za razliko od DSM-IV) je pri akutni stresni motnji potrebno razlikovati med tem, ali je bila oseba posredno priča travmatičnemu dogodku ali pa mu je bila izpostavljena neposredno. Po novih kriterijih DSM-5 je subjektivni odziv na travmatični dogodek (odziv vključuje močan strah, nemoč ali grozo) izvzet. Na podlagi novih dokazov so akutni posttravmatski odzivi zelo heterogeni, zato je bil kriterij po DSM-IV, ki je poudarjal disociativne simptome, preveč restriktiven. Po novi klasifikaciji se posameznik sooča z akutno stresno motnjo, če se sooča s simptomi v kategoriji vdorov, slabe volje, disociacije, izogibanja in vzburjenja (American Psychiatric Association 2013a).

Za razliko od PTSM akutna stresna motnja kljub podobnim simptomom, katerim sledi travma, traja manj kot mesec dni.

5.1.2 Prilagoditvene motnje

Prilagoditvena motnja je najblažja oblika motenj. Kažejo se kot čustvene motnje, ki pomembno vplivajo na človekovo socialno delovanje. Povezane so s spremembami v človekovem življenju, na katere se je prisiljen prilagoditi, kot npr. selitev v drugo kulturno okolje (migracija ali begunstvo), sprememba človekove socialne mreže ali pa spoznanje o resni telesni bolezni. Pri tovrstnih motnjah igrata individualna predispozicija in ranljivost večjo vlogo.

Znaki prilagoditvenih motenj so:

- *depresivno razpoloženje,*
- *anksioznost,*
- *zaskrbljenost,*
- *občutek, da ne zmore več reševati vsakdanjih težav,*
- *zmanjšana dejanska sposobnost reševanja vsakdanjih težav,*
- *nesposobnost vnaprejšnjega načrtovanja,*
- *vedenjske motnje v obliki agresivnega ali asocialnega vedenja (posebno pri mladostnikih) – noben od naštetih simptomov nima takih razsežnosti, da bi terjal diagnozo glede na svojo izraženost, na primer diagnozo anksiozno stanje.*

Simptomi se običajno začnejo kazati prej kot v enem mesecu po stresnem dogodku in običajno ne trajajo več kot 6 mesecev (Ziherl 2015, 44).

Pri vojaki primere prilagoditvene motnje predstavljajo domotožje, vojak se drži sam zase, jokavost, prestrašenost, pasivnost, neprespanost, utrujenost, občutek lastne nesposobnosti, jeza, slabo počutje itd. Veliko poveljnikov se sreča s tovrstno motnjo, v sodobnem sistemu pa se pojavlja tudi pri odhodih vojakov na misije. Če je poveljnik v tesnem stiku s svojo enoto, simptome motnje ni težko prepoznati, poveljnik pa naj bi znal oceniti, za kakšno stopnjo resnosti motnje gre in na podlagi tega vojaku dodelil naloge, za katere je ocenil, da jih je zmožen opraviti. Večina vojakov se sčasoma prilagodi razmeram, v nasprotnem primeru je nujna pomoč psihologov in zdravstvena oskrba (Jazbec 2007, 43–45).

Po DSM-5 so prilagoditvene motnje definirane kot heterogeni spekter sindromov kot odziv na stresne dogodke, ki se zgodijo, kadar je oseba izpostavljena stresnim (travmatičnim ali netravmatičnim) dogodkom in ne več kot kategorija za posameznike, ki so soočeni s klinično pomembnim stresom (kot po DSM-IV). Podtipi prilagoditvene motnje, ki jih označuje depresivno razpoloženje, anksiozni simptomi ali motnje v vedenju, ostajajo nespremenjene, kot pri DSM-IV.

6 ZGODOVINSKI PREGLED PSIHOLOŠKIH POSLEDIC BOJNEGA STRESA

Že v starodavnem svetu klasičnega bojevanja so spoznali, da se moč boja kaže tudi v spremembi vedenja in ne samo v neposrednem ubijanju. Moč grške falange je med drugim predstavljala tudi njen psihološki učinek na sovražnika – njen zvok in videz je lahko tako prestrašil sovražnike, da so le-ti zbežali. Že takrat so se zavedali, da posledice boja presegajo samo bitko in vplivajo na ljudi še dolgo po koncu boja. Odvisnost pripadnikov drug od drugega je bila ključna, saj bi lahko zlom v enem delu vrste falange pomenil katastrofo za celotno vojsko, zato so bile posledice za umik hudo sankcionirane (Marlowe 2001, XVIII).

Francoska revolucija in kasnejša Napoleonova vojska sta uvedla vojaško obveznost in t. i. vojaka državljana, čigar usoda je bila usoda družbe, saj je izhajal iz nje in ne tako kot v klasičnih časih, ko so bili vojaki navadno ločeni od družbe. Stresi, s katerimi se je soočal vojak – nevarnosti boja, ločitev od družine, pomanjkanje in stiske – so bile podobe kot pri možeh v grški falangi. Tudi pri njih je bila pomembna podpora in odvisnost od ostalih mož, kot tudi podpora poveljnika. Najboljše vodje so združevali taktične veščine s skrbjo do svojih mož oziroma čet (Marlowe 2001, XIX).

Državljanska vojna v Ameriki večinoma velja za prvo moderno vojno in od takrat se tudi preučuje vpliv vojne na vojake z medicinskega in kulturnega pogleda, ki opredeljujeta vzroke za tovrstne posledice. Kultura tedanjega časa se ni spraševala, zakaj se možje v bojih obnašajo tako kot se, bili so bodisi junaki ali pa strahopetci, pri slednjih naj bi šlo za karakterno pomanjkljivost. Slednje so nekateri poskušali premagati s tako imenovanim prilagoditvenim procesom vključevanja v groze in stiske bojevanja. Pričakovanja tistega časa so bila podobna tistim iz antične Grčije, obstajali sta samo dve

poti izhoda iz vojne – dezertiranje (ki je prevladovalo) in rane, ki so vojaka dokončno onesposobile za zmožnost boja. Jasno je, da so motnje, povezane s stresom, obstajale že v tistem času, klasifikacija le-teh pa zaradi medicinske in kulturne pristranskosti tistega časa še ni obstajala. Simptomi dolgotrajnega pospešenega bitja srca so postali znani kot »vojakovo srce«, ti vojaki pa so trpeli za hudo utrujenostjo in niso bili sposobni trajnega napora. Posledice tega časa je danes težko zaznati zaradi kulture tistega časa, v kateri so se veterani zapirali vase in niso govorili o vojnih izkušnjah. Kljub temu je ena študija veteranov pokazala, da so simptomi podobni PTSM (Marlowe 2001, XIX).

V tem času je bil izdan tudi Priročnik navodil za novačenje in odpust vojakov (*Manual of Instruction for Enlisting and Discharging Soldiers*), namenjen zdravniškim častnikom Unije, kjer so med motnje psihološke bolezni in izčrpanosti naštevali norost, razdražljivo srce, nostalgijo, domotožje in sončarico. Večina vojakov ni prejela nobenega zdravljenja. Kot alternativo odpustu je ameriška vojska ustanovila *Invalid Corps*. Samo iz vojske Unije naj bi dezertiralo 300.000 posameznikov, veliko t. i. disciplinskih problemov se jih je soočalo s simptomi duševnega stresa in poškodb. Osem let po koncu državljanske vojne, leta 1872 je dr. Silas Weir Mithcell izdal obširno študijo Poškodbe živcev in njihove posledice (*Injuries of Nerves and Their Consequences*), na podlagi njegovih izkušenj v času državljanske vojne kot kirurga in se ga pogosto omenja kot očeta nevrologije. Po koncu državljanske vojne so nekateri vojaki, ki so trpeli za nevrološkimi in stresnimi simptomi kot posledico služenja v vojni prejeli pokojnine državljanske vojne (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 2).

Konceptualni in teoretični koncepti, ki so se razvili v poznem 19. in začetku 20. stoletja, so oblikovali način, po katerem so zdravniki v 1. in 2. svetovni vojni obravnavali s stresom povezane poškodbe. V medicini so se pojavile nove vrste diagnoz, histerija (ki naj bi prizadela le ženske) in hipohondrija sta bili definirani kot duševna motnja. Kot kategorija duševne bolezni se je razvila nevrastenija, katere simptomi so bili utrudljivost, nespečnost, duševne težave in nerazumni strahovi. Določene študije preučevanja nesreč pa so že pokazale, da histerija ni povezana s spolom.

Britanski kirurg John Erichsen je 1867 objavil prvi znani zdravniški pregled duševne travme z njegovim opisom "železniške hrbtenice" v prispevki *Železniške in druge poškodbe živčnega sistema (On Railway and Other Injuries of the Nervous System)*. Erichsen opredeljuje različne simptome v več primerih žrtev železniških nesreč. Možni simptomi vključujejo izgubo spomina, duševne sposobnosti in raven energije, kot tudi povečano občutljivost na zvoke, dramatične spremembe v osebnosti, težave pri opravljanju vsakodnevnih nalog in celo smrt. Nadalje ugotavlja, da se pri nekaterih bolnikih simptomi pojavijo šele po nekaj tednih ali mesecih. Predvideva, da poškodba hrbtenjače prispeva k stanju svojih pacientov, saj z izjemo obdukcije ne more niti najti niti razložiti, kako nevidne fizične poškodbe prevesti v specifične simptome (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 3).

Kirurg Jacob Mendez Da Costa je 1871 objavil prvo študijo vojakov državljanske vojne, ki so doživeli nepojasnjene duševne in telesne simptome, vključno z zasoplostjo, bolečinami v prsih, utrujenostjo in hudo obliko »domotožja«. Da Costa je označil motnjo kot »razdražljivo srce«, vendar je postal poznan tudi pod izrazi kot so »sindrom da Costa«, »vojakovo srce«, »sindrom učinka« in »nevrocirkulatorna astenija«. Da Costa to pripisuje težkim življenjskim razmeram, ki so jih izkusili vojaki, vključno z nalezljivimi boleznimi (48 odstotkov) in napornimi dejavnostmi (35 odstotkov) (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 3).

Pomemben prispevek v tem obdobju je razvoj oz. raba psihoanalize kot metode psihoterapije, ki vzroke za težave pacientov išče v njegovi zgodovini ter koncept sugestibilnosti, po katerem pacient razvije tiste simptome, za katere zdravnik od njega »pričakuje«, da jih bo razvil. Kasneje so nevrastenija (sinonim je sindrom kronične utrujenosti), sugestibilnost in psihoterapija oblikovali koncepte, kako vzroke psiholoških posledic pripisati boju. Dr. Sigmund Freud in Josef Breuer sta 1895 objavila Študijo o histeriji (*Studien über Hysterie*). Freud pripisuje histerične simptome zatiranju pogosto bolečih spominov in izkušenj iz bolnikove preteklosti. Po njemu anksioznost proizvaja potiskanje neprijetnih misli v podzavest, ki lahko privede do različnih fizičnih simptomov (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 4).

Prva svetovna vojna je pokazala prvi jasen primer zapletenih in medsebojno povezanih spremenljivk, ki ustvarjajo tako simptome kot vzroke. Ko se je vojna preselila v strelske jarke, je veliko številko vojakov pričelo trpeti zaradi t. i. granatnega šoka (*shell shock*). Britanski častnik in specialist psihološke medicine C. S. Meyers objavi članek, kjer se kot zdravstveno stanje prvič pojavi izraz t. i. granatni šok. V preteklosti so tovrstne primere oziroma sindrome obravnavali kot strahopetstvo ali simuliranje. Sprva so simptome pripisovali samo enem vzroku – množičnim napadom topništva – katerega valovi šoka so povzročili fizične poškodbe, ki so se kazale v funkcionalnih motnjah, kot so slepota, paraliza, amnezija, ki pa niso imele fizične osnove. Zdravniki so jih začeli obravnavati kot psihološke motnje, saj za te simptome ni bilo nobene fiziološke osnove in so se pojavili le pri nekaterih vojaki, ki niso trpeli za fizičnimi travmami. Zdravljenje je bilo osnovano na že obstoječih konceptih. Za uspešne oblike zdravljenja so imeli eno izmed oblik električnega šoka ter t. i. disciplinske terapije. Zdravljenje se je, še posebej v britanski vojski, razlikovalo med vpoklicanimi navadnimi vojaki in poveljniki, pri čemer so bili slednji redko podvrženi bolj radikalnim terapijam. Tipično zdravljenje poveljnika je vključevalo počitek, spodbudo in na splošno umik iz območja bojevanja. Pri ozdravitvi vojakov se je uporabljala tudi povezanost skupine (kohezija), ki je pomenila tudi preživetje vojaka. Zdravljenje vojakov se je izvajalo čim bližje bojni črti, saj se je od njih pričakovalo, da se bodo vrnili v svojo enoto. Simptome so zdravili s psihoterapijo, saj so menili, da so izhajali iz prirojenih človeških nagnjenj k sugestibilnosti. Pristop se je izkazal za uspešnega v mnogih primerov, pomembno pa je bilo tudi zaupanje med zdravnikom in pacientom. Omenjeni pristop so Američani prevzeli od Britancev, ko so vstopili v vojno (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 5–6).

Polkovnik dr. Thomas W. Salmon v letih 1917–1918 raziskuje britanske izkušnje zdravljenja duševnih motenj med ranjenimi vojaki. V tem času je tudi strokovni direktor Nacionalnega odbora za mentalno higieno (*National Committee for Mental Hygiene*), ki je zagovarjal reformo sistema duševnega zdravja v Združenih državah Amerike. Njegove ugotovitve služijo kot podlaga za Napredne nevrološke in bazne bolnišnice ameriške vojske v Evropi, katerih ustanovitev nadzoruje kot višji svetovalec nevropsihiatrije. Ko Salmon predloži svoje poročilo, ameriška vojska vzpostavi Oddelek za nevrologijo in psihiatrijo v Uradu generalnega kirurga. Vendar pa je po

koncu vojne oddelek razpuščen (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 6).

Prva svetovna vojna je pomembno prispevala k razlagi psiholoških problemov v kasnejših vojnah. Prvo, skupni simptomi so bili fiziološki in drugo, najpogostejše metode zdravljenja so bile tako fizične kot psihološke. Prav tako so povezovali kulturo s simptomi. Čeprav se je medicinska stroka strinjala, da je bila večina primerov t. i. granatnega šoka v glavnem psihološke ali fiziopsihološke narave, je širše kulturno okolje še vedno razlikovalo med junaki in strahopetci. Med samo vojno sta bila fizična komponenta bolezni in fizični simptomi bolezni še kako pomembna – v določenih primerih so lahko vojaka, ki je kazal samo psihološke simptome, celo usmrtili. Povojna analiza je pokazala, da je bilo 346 britanskih vojakov usmrčenih zaradi strahopetstva, čeprav naj bi jih večina trpela za t. i. granatnim šokom. Prva svetovna vojna je tako pokazala na povezanost mnenja splošne javnosti oz. kulture tistega časa in mnenj medicinske stroke (Marlowe 2001, XXI).

Metode iz vojnega časa se niso prenesle v povojno obdobje. Simptomi, ki so označevali histerijo, so se še vedno povezovali s posameznikovimi nagnjenji in njegovo deviantno psihološko zgodovino. Histerijo so tako številni še vedno povezovali s strahopetnostjo ali manipulativnim poskusom, da bi se izognili vojni.

Do leta 1919 "duševni in živčni primeri" predstavljajo 38 odstotkov ameriških hospitaliziranih vojaških veteranov prve svetovne vojne. Ena bolnica je bila namenjena zdravljenju veteranov s poškodbami glave. Kritiki so očitali, da ni bilo dovolj storjenega in pojavijo se težnje za ustanovitev nacionalnega rehabilitacijskega inštituta za veterane s poškodbami živčnega sistema. Tri leta kasneje, leta 1921, ameriški kongres ustanovi Urad za veterane, ki naj bi nadziral zdravstveno oskrbo, ki je na voljo veteranom. Prvega direktorja urada so zaradi oškodovanja pri sklepanju pogodb zaprli. Kritiki so trdili, da so ugodnosti, ki jih preko urada dobivajo veterani, preveč radodarne. V poznejših ocenah naj bi stroški nege veteranov s psihiatričnimi težavami med obema vojnama znašali skoraj milijardo dolarjev ali približno 30.000 dolarjev na bolnika (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 6).

Leta 1922 je britanski vojaški odbor za preiskovanje pojava t. i. granatnega šoka dokončal svoje poročilo, kjer je kot glavni vzrok za zlom vojakov med prvo svetovno vojno pripisal nezadostnemu usposabljanju civilnih prostovoljcev in nabornikov. Odbor prav tako zaključí, da so zdravstvene oznake, kot so "granatni šok", spodbujali simuliranje bolezni, zato je izraz izvzet iz uradne rabe v britanskih zdravstvenih enotah in oboroženih silah (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 7).

V obdobju med vojnama se je pojavilo veliko število konceptov o psihologiji in psihoanalizi, ki so prispevale k razlagi, zakaj se ljudje v boju zlomijo in kaj povzroča njihove simptome. Delitev na šibke in močne je prinesla dojetje, da šibkost izhaja iz biološke manjvrednosti. Ta koncept, združen s teorijami evgenike¹, je ustvaril idejo, da bi z opazovanjem populacije izločili tiste, ki bi se najverjetneje zlomili pod stresom boja oziroma tiste s šibkim živčnim sistemom, k čemur je prispevala tudi Freudova teorija psihoanalize. Nekateri naj bi bili tako ranljivejši zaradi izkušenj v zgodnjem življenju. Kljub temu so nekatere teorije v tem obdobju razvile temelje, da so psihološki in vedenjski simptomi rezultat duševnih stanj in da se lahko v boju vsak zlomi. Nekaj je bilo storjenega tudi pri razumevanju, kako možgani sprejmejo zunanje signale in jih prevedejo v fizične simptome, ki nato postanejo povratna informacija za spreminjanje psihološkega stanja. To pomeni prvi odmik od delitve razum-telo, ki je podprla zahodni pogled na položaj človeka in njegovo vedenje (Marlowe 2001, XXI).

Druga svetovna vojna se je začela s poudarkom na selekciji, s čimer bi pridobili najučinkovitejše vojake in se istočasno izognili tudi velikim posledicam nevropsihiatričnih žrtev. Posledično je bilo 1,6 milijona moških nabornikov zavrženih zaradi čustvenih in duševnih težav ter težav z učenjem. Med letoma 1942 in 1945 je bilo dodatnih 500.000 vojakov izločenih iz vojske na osnovi psihiatričnih in vedenjskih motenj. Kot sredstvo za izogibanje psihološkim žrtvam se je selekcija izkazala za neuspešno in izkušnje iz 1. svetovne vojne so ponovno preučili. Združene države

¹ Evgenika je demografskopolična teorija, ki stremi k izboljšanju »kvalitete« naroda, in sicer tako, da spodbuja razmnoževanje »dobrih« genov in preprečuje razmnoževanje »slabih«. Svoj zenit je doživela v prvi polovici 20. stoletja, ko so na njenih načelih v ZDA, na Švedskem, v Nemčiji in še v nekaterih državah uvajali prisilne sterilizacije domnevno »manjvrednih« ljudi. Njeno skrajno obliko je predstavljal nacistični pogrom nad Judi (Cergol 2010, 259).

Amerike so na štiri ranjene vojake utrpele eno diagnosticirano psihiatrično žrtev, v nekaterih bojih pa se je izkazalo, da bo število psihiatričnih žrtev še višje (npr. 40 odstotkov vseh žrtev v bitki za Guadalcanal v Tihem Oceanu), v nekaterih primerih pa se je število psihiatričnih žrtev skoraj izenačilo s številom mrtvih in ranjenih (npr. bitka za prelaz Kasserine v Tuniziji). Ponovno se je uveljavil pomen skupine pri ohranjanju vojakovega duševnega zdravja in zaščite pred stresom na bojišču in doma. Odločitve manjše skupine ljudi (poveljnikov) so imele veliko večji vpliv na vero vojaka kot kadarkoli prej. Druga svetovna vojna je prispevala tudi k veliki spremembi v razumevanju odnosa med bojnim stresom in posameznikom. Ranljivost, osnovano na prirojenih in dednih elementih, je zamenjalo prepričanje o ranljivosti, ki je okoljsko pogojena. Kljub bremenom iz preteklosti so bili mnjenja, da je večina mož približno enako sposobnih nositi bremena vojne in da vsak tvega, da se bo zaradi stresa psihično zlomil (Marlowe 2001, XXII).

Leta 1940 ameriški psihiater Abram Kardiner na podlagi opazovanja in zdravljenja več kot 1.000 ameriških veteranov prve svetovne vojne objavi *Travmatične nevrose vojne* (The Traumatic Neuroses of War) in predlaga izraz pojem »fizionevroze«, ki govori o tem, da travme lahko vplivajo na dolgotrajne spremembe delovanja fizioloških mehanizmov, ki jih je bilo takrat že možno dokazovati z medicinskimi meritvami oziroma motnjami, ki jim pripisujejo tako organske kot psihogene vzroke. Njegova dognanja in poudarki na okoljskih dejavnikih so postali vplivni šele po drugi svetovni vojni. Ameriška vojska poskuša preprečiti žrtve duševnega zdravja z bolj togimi ocenami. Psihiater Henry Sullivan Stack uvede strog program, ki mu pozneje očitajo, da je povzročil krizo delovne sile, saj naj bi se število zavrnitev in psihiatričnih odpustov skokovito povečalo. 1,6 milijona potencialnih rekrutirancev je izločenih iz služenja na podlagi duševnega zdravja (stopnja je 7,6-krat večja kot v času prve svetovne vojne). Tudi ko strogi program preverjanja ni zmanjšal število okvar, je bilo dodatno odpuščenih iz vojske še 438.000 vojakov zaradi psiholoških skrbi za zdravje (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 8).

Znani nemški nevrolog in psihiater dr. Kurt Goldstein leta 1942 objavi prvo večjo angleško različico svojega dela o travmatičnih možganskih poškodbah v vojni (*Aftereffects of Brain Injuries In War: Their Evaluation and Treatment*). S kolegi je

uvedel nove pionirske metode zdravljenja in rehabilitacije za bolnike s poškodbami možganov iz prve svetovne vojne. Uvedel je holistični pristop k nevrološki medicini in leta 1934 izdal svoje najbolj znano delo *Organizem (Der Aufbau des Organismus)*, ki poudarja, da je ključnega pomena za uspešno okrevanje pri bolnikih z možganskimi poškodbami pomoč pri razvoju novih prilagoditev (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 9).

Leta 1943 se je ameriška vojska soočala z velikim primanjkljajem vojaške sile, saj je število odpuščenih zaradi psihiatričnih vzrokov presehalo število rekrutirancev. General Marshall je decembra istega leta izdal memorandum, v katerem kritizira delo vojaških psihiatrov in ji krivi za pomanjkanje vojaške sile. Njegova kritika vodi do sprememb v politiki in do razporeditve usposobljenih psihiatrov na frontne črte vojne v Evropi in na Pacifiku. Ameriški urad za splošno kirurgijo ponovno vzpostavi ločeno nevropsihiatrično vejo. RR Grinker in JP Spiegel 1943 objavita študijo *Vojne nevrose (War Neuroses)* zdravljenja ameriških pehotnih vojakov zaradi psihiatričnih stanj v času vojne v Tuniziji. Skupaj z bolj razširjeno študijo *Moških pod stresom (Men Under Stress)* predstavljata prvi poskus sistematičnega ovrednotenja vzrokov in posledice bojnega stresa v ameriški vojski. Navajata prednosti svobodne in permisivne klime za izražanje zaskrbljenosti pri bojnem usposabljanju in operacijah. Sta tudi pionirja nove metode kemičnega podoživljanja izkušenj (abreakcije) z uporabo t. i. droge Pentothal, kljub temu pa je vojaško zdravstveno osebje skeptično glede uporabe t. i. drog resnice in raziskujejo bolj tradicionalne metode, kot je npr. hipnoza (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 10).

1946 je ameriški kongres sprejel Zakon o duševnem zdravju (*National Mental Health Act*), ki prvič v zgodovini zagotavlja zvezno financiranje raziskav na področju duševnega zdravja in usposabljanja. Zakon je pripomogel k skupnostni skrbi in je leta 1949 vodil k oblikovanju Nacionalnega inštituta za duševno zdravje (*National Institute for Mental Health*).

1947 S. L. A. Marshall objavlja študijo ameriških bojnih enot v drugi svetovni vojni z naslovom *Men Against Fire*, v kateri predstavi tezo "razmerje ognja". Trdi, da večina ameriških vojakov v bojnih razmerah v času druge svetovne vojne nikoli ni uporabila

svojega orožja. Kljub dvomu nekaterih znanstvenikov o njegovih metodah študije je njegovo delo in njegov poudarek na življenju "v jarkih" dramatično zaznamovalo spremembo v razmišljanju o bojni motivaciji in zlomu z vidika, da se vojake lahko loči v skupine šibkih in močnih (v veliki meri temelječih na dednih dejavnikih) v eno enoto, kjer "ima vsak človek svojo prelomno točko" (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 11).

Marshall (1947) je menil, da je edina možnost za vojaka preživetje na bojišču v tem, da zanj v vsakem trenutku skrbi vojak na desni in na levi strani. Za razvoj enote v tej smeri je potrebno sistematično urjenje na osnovi zaupanja, tovarštva, morale posameznika, ki nato preraste v stabilno kohezivno enoto. Marshall je tudi poudaril, da mora vodja enote spodbujati vojakovo potrebo po koheziji in tovarštvu, s čimer bo vojak dejansko izrazil voljo do urjenja in sposobnost delovanja v stresnih situacijah. V teh letih sta ameriško vojno ministrstvo in ameriška vojska objavili vrsto filmov glede bojnega stresa.

1949 leta je Zdravstveno ministrstvo ameriške vojske (*U. S. Army Medical Department*) objavilo bilten o bojni psihiatriji v drugi svetovni vojni, ki je vključeval dela strokovnjakov, ki so zdravili ameriške ranjence. Poleg kompilacije spoznanj dokument vključuje tudi načrt bojnega zdravljenja, ki predvideva sklop smernic in protokolov za "ravnanje z nevropsihiatričnimi žrtvami v samih bojnih operacijah". Temeljna načela priporočil v tem dokumentu se osredotočajo na zdravljenje in razvrščanje ter vključujejo tri osnovne elemente: 1. zdravljenje vnaprej, kolikor je to mogoče, 2. centralizacija ocenjevanja, zdravljenja in umika ter 3. izogibanje bolnišnični atmosferi. Ključ do zmanjšanja števila kroničnih psihiatričnih žrtev in hitre vrnitve na dolžnost tistih, ki so za to sposobni, je dosledno izvajanje na oddelčnih, vojaških in komunikacijskih ravneh (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 13).

Po drugi svetovni vojni (do 1960-ih) je prišlo do razvoja in uporabe psihotropičnih zdravil za zdravljenje psihiatričnih motenj. Kadar je bilo prisotno večje število vzrokov, model, na katerega se je opirala uporaba teh zdravil (določi simptom, poišči bolezenski vzrok, predpiši zdravilo), ni deloval. Zato so se preusmerili na koncept razmerja med posameznikom in okoljem, kot ga poznamo danes. Posledično je prišlo do prekinitve na

psihoanalizi osnovane medicine, ki je mnogo simptomov povezovala z zgodnjim otroštvom kot posledico odnosov znotraj družine. Toda če psihosomatske bolezni niso povzročile pacientovih simptomov, kaj jih je? Postalo je jasno, da simptomi, zaradi katerih so vojake med 2. svetovno vojno in po njej pripeljali v bolnišnico, enostavno niso bili samo v njihovih glavah. Slednje je pomenilo pot do pristopov o stresu, ki jih poznamo danes, pričeli so preiskovati razmerje med stresom in boleznijo. Ena od možnosti je bilo tudi ugotavljanje nasprotja med vojakovo reakcijo na boj in tem, kakšna reakcija bi po njegovem morala biti. V kolikor je nasprotje med slednjima preveliko, slednje lahko škoduje posamezniku. Pojavili so se tudi drugi koncepti. B. F. Skinner je razvil teorijo, ki ni bila široko sprejeta v medicinskih krogih, po kateri je celotno vedenje oz. odziv posameznika pod nadzorom dražljajev in ne razmerjem med možgani, živčnim sistemom in okoljem, kot to razumemo danes. Epidemiološke študije, ki vključujejo psihiatrijo, medicinsko sociologijo in antropologijo, so preiskovale vlogo kulture in drugih vzrokov pri ustvarjanju simptomov. Druga teorija je zagovarjala, da je osnovni blažilec za stres družbena podpora. Pojavljale so se tudi teorije, da življenjski dogodki ljudi vplivajo na njihove predispozicije oz. nagnjena k fizičnim in duševnim boleznim (Marlowe 2001, XXII-XXIII).

V prvih mesecih hudih bojev korejske vojne se je stopnja psihiatričnih žrtev skokovito povečala od 250 pripadnikov na 1000 pripadnikov letno in sovpada s številom žrtev, ki naj bi jih bilo 450 na 1000 vojakov letno. V prvih šestih mesecih konflikta se je vzpostavitev psihiatričnih enot na ravni oddelkov soočala s številnimi ovirami, vključno s pomanjkanjem prostora in virov. Kot rezultat tega so večino psihiatričnih žrtev evakuirali na Japonsko. Oktobra 1950 je bil zato v Korejo poslan polkovnik Albert J. Glass kot glavni svetovalec za nevropsihiatrijo za poveljstvo Daljnega vzhoda, ki je pričel izvajati nadaljnjo psihiatrično obravnavo in režim oskrbe po vzoru načrta, razvitega med drugo svetovno vojno, na temelju programa iz publikacije *Bojna psihiatrija (Combat Psychiatry)*. V naslednjih dveh letih se je s pomočjo programa vrnilo na aktivno dolžnost med 65 in 80 odstotkov psihiatričnih žrtev. Uspeh programa nadaljnje psihiatrije Glassa med vojno je zagotovil, da je vojaška psihiatrija postala prepoznavna in trajna veja vojaške medicine v ameriški vojski (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 14).

Leta 1952 je Ameriško združenje psihiatrov (APA) objavilo prvo izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), znanih tudi kot DSM-I. Mnogo od terminov, vključenih v priročniku, temelji na diagnostičnih izrazih, ki jih je uporabljala ameriška vojska med drugo svetovno vojno. Prva izdaja priročnika "burno stresno reakcijo" opisuje kot začasno stanje, ki naj bi v boju doletelo drugače zdrave vojake.

Stopnja psihiatričnih žrtev v vietnamski vojni je bila nizka v primerjavi s prejšnjimi vojnami: 12 odstotkov na 1000 vojakov na leto za razliko od 37 v Koreji in 28 do 101 odstotek na 1000 v drugi svetovni vojni. Vojaški zdravniki pripisujejo uspeh boljšemu načrtovanju in pridobljenim izkušnja druge svetovne vojne in vojne v Koreji. Pristop vojske združuje tri osnovne elemente. Prvič, boljše ocenjevanje naj bi omejilo število posameznikov s tveganjem za zlom v boju. Drugič, izvajanje politike primerne datuma za vrnitev iz tujine ali DEROS (*Date Eligible for Return from Overseas*) omeji dolžino bojevanja v tujini do enega leta za večino bojnega osebja. Tretjič, vojska zagotovi bistveno več počitka in časa za rekreacijo za vse enote. Leta 1968 se javno mnenje naglo obrne proti vojni, ko se protestom in kritikam proti vojni pridružijo tudi veterani vojne v Vietnamu, ki oblikujejo skupino vietnamski veterani proti vojni. Pod vprašaj se postavi tudi uspeh pri zaježitvi psihiatričnih žrtev, saj se je izkazalo, da je veliko število vojakov z "motnjami karakterja" rutinsko izločenih iz vojaškega zdravstvenega sistema in niso bili vključeni v statistiko glede bojnega stresa in drugih povezanih težav. Izraz "burna stresna reakcija" je izločen iz druge izdaje Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM II), ki ga je objavilo Ameriško združenje psihiatrov. V DSM II ni vključene več nobene diagnoze, povezane s specifičnimi bojnimi duševnimi motnjami (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 16).

1970 je vojaški kaplan major David Hoh zaslužen za snovanje fraze "Vietnamski sindrom", ki je objavljen v članku New York Timesa. 1971 protestna skupina Vietnamski veterani proti vojni v Washingtonu, DC organizira demonstracije v obliki "slovesnosti vračanja medalj". Po tem, ko je bil ustreljen z medaljo časti nagrajen vietnamski veteran Dwight Johnson, je nacionalno pozornost pritegnil problem prilagajanja v civilno življenje, s katerim se srečujejo veterani. Johnson je bil namreč

ubit, medtem ko je sodeloval v ropu. Mesec dni kasneje, 6. junija 1970, New York Times prvič uporabi izraz "post-vietnamski sindrom." Psihiater Chaim Shatan 1972 objavi članek v New York Times, ki opisuje novo stanje, razširjeno med veterani, ki so se vrnil iz Vietnama. Bolezen označi za "post-vietnamski sindrom". Skupaj s kolegom Robertom Liftonom, korejskim vojnim veteranom in nekdanjim vojaškim psihiatrom, dela s skupino Vietnamski veterani proti vojni in organizira psihiatre in veterane v skupine, ki razpravljajo o problemih vietnamskim veteranov in njihovem prilaganju v civilno življenje (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 17).

Vietnamska vojna je osvetlila moč kulturnih vplivov, vedenja vojaške organizacije ter vrednot in prepričanj. Vpeljala je tudi idejo, da vojne lahko zagotovijo različne vzroke za duševne bolezni. Vojna v Vietnamu je potekala v različnih fazah, od samega uporništvu v začetnih letih do konvencionalne vojne na njenem koncu, zato so bile izkušnje posameznikov odvisne od tega, v katerem obdobju vojne je služil. Kot drugo se vojaki niso bojevali ves čas vojne, čas službovanja je bil omejen na eno leto in tako so vojaki natančno vedeli, kdaj se bodo vrnil domov. Niti boji niso potekali ves čas, saj so bile značilne kratke operacije, ki so lahko vključevale intenzivne boje, tem pa je sledila vrnitev v bazni kamp. Obstajata dva vidika vojne glede na število žrtev stresa, ki se jih je tudi, ko so bili boji intenzivni, pokazalo bolj malo. Žrtve bojnega stresa so se pokazale šele po vojni – izkazalo se je, da ni bilo povezave med stopnjo boja in številom žrtev stresa. Ravno nasprotno, najmanj žrtev bojnega stresa je bilo prav v letih intenzivnih bojev. Največji porast psihiatričnih in s stresom povezanih težav je bil v obdobjih nizke intenzivnosti boja, kar se je izkazalo po prihodu veteranov vojne domov. Če travme boja niso povzročile teh težav, kaj jih je? Nekateri so zatrjevali, da je sistem rotacije vojakov razblinil vezi enotnosti (kohezije) majhne skupine in vojakom tako odvzel podporo, potrebno za njihovo duševno zdravje. Spet drugi so trdili, da je na stres vplivalo skrajšano poveljevanje poveljnikov enot, ki so jim poveljevali neizkušeni poveljniki, zaradi česar so enote utpele hude izgube in vojaki so lahko v enem letu zamenjali tri poveljnike, vsak prihod novega pa je pomenil stresen prehod in prilaganje. Problem naj bi predstavljalo tudi enoletno obdobje služenja, s čimer se je ustvarila miselnost t. i. »kratkega obdobja« proti koncu služenja, kar se je izkazalo tudi v korejski vojni. K stresu naj bi prispevala tudi široka uporaba drog. Ena od možnih razlag je tudi

sprejem, ki so ga veterani doživeli ob prihodu domov. Namesto da bi se vračali domov s svojimi enotami in zmagoslavno, so se vračali ločeno, doma pa so naleteli na razdeljen in pogosto kritičen narod glede same vojne. Tudi morebitni delodajalci so bili nezaupljivi do veteranov, njihovi vrstniki pa pogosto sovražni. Vse to je prispevalo, da je mnogo veteranov svoj prihod domov iz vojne doživelo kot zelo neprijetno in stresno presenečenje. Dva najpogosteje navajana vzroka sta bila PTSM in herbicidi. Predvideva se, da je žrtev PTSM milijon od 2,5 milijona vojakov, ki so služili v Vietnamu. Eden od modelov PTSM predvideva, da je bil Vietnam izkušnja, podobna holokavstu, kjer so vojaki sodelovali pri dehumanizaciji ljudi, ki ga je gnal rasizem, po vrnitvi domov pa so trpeli za psihičnimi posledicami. Z epidemiološkega vidika je slednji argument vprašljiv, saj naj bi dokaze zbirala skupina protivojnih veteranov, po drugi strani pa problem predstavlja osredotočanje na travmo in pri tem izključiti druge stresne vplive. Velik delež veteranov, ki so prijavili PTSM (približno ena tretjina), bi bil logičen, če bi bila stopnja boja vseh udeleženih v vojni podobna težkemu bojevanju v 2. svetovni vojni, vendar temu ni bilo tako. Veliko tistih, ki so se soočali s PTSM, so bili podporno osebje, daleč stran od dejanskega boja. Po 2. svetovni vojni je glavno zanimanje vojaških psihiatrov osredotočeno na vojake, katerih simptomi so postali stalni v kroničnem stanju anksioznosti in za katere se je predvidevalo, da reagirajo na strah, nevarnost in druge kataklizmične dogodke. Manj pozornosti je bilo namenjene temu, da imajo tisti, ki razvijejo simptome, močne predsodke kot posledica že obstoječih psiholoških težav (Marlowe 2001, XXIII–XXIV).

Leta 1974 Nacionalni inštitut za zdravje (*The National Institutes of Health*) prične s 1. fazo študije vietnamskih poškodb glave, ki preučuje napredek 700 vietnamskih veteranov, ki okrevajo po poškodbi glave. Leta 1976 psihiater Mardi J. Horowitz objavi svojo knjigo *Sindromi stresnega odziva (Stress Response Syndromes)*, ki povezuje »vojne nevroze« s stresnimi odzivi civilistov, ki so bili izpostavljeni travmam. Z dekretom št. 11973, 17. februarja 1977, ameriški predsednik Jimmy Carter ustanovi Komisijo za duševno zdravje, da prouči potrebe po duševnem zdravju v Združenih državah Amerike. Leto kasneje komisija predloži svoje končno poročilo z ugotovitvami in priporočili, med katerimi je tudi ugotovitev, da so sredstva in podpora za vietnamske vojne veterane neustrezna ter da ne izpolnjujejo tedanje ravni potreb. Leta 1979 ameriški kongres sprejme zakonodajo, ki dovoljuje vzpostavitev splošnega programa

skupnosti centrov veteranov (*Vet Centers*), za pomoč veteranom pri prehodu nazaj v civilno življenje. Program se izvaja preko Svetovalne službe prilagajanja v okviru Ministrstvu za veterane (*VA Readjustment Counseling Service*) (*Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury* 2015, 18–19).

Sredi vietnamske vojne se je pojavila tudi zaskrbljenost glede težav s prilagoditvijo, s katero so se veterani soočali ob prihodu domov. Prvič v zgodovini je narod izrazil kolektivno skrb glede duševnega zdravja veteranov, ki se vračajo domov. Leta 1970 je ameriški kongres izvedel prvo zaslihanje, s čimer je želel nasloviti te težave. Po vrnitvi z območja spopadov so pripadniki poročali o psiholoških težavah, vključno z anksioznostjo, depresijo, nočnimi morami in nespečnostjo. Obdobje vietnamske vojne predstavlja prelomnico pri ocenjevanju in zdravljenju psiholoških motenj, povezanih z bojem. PTSM je bila leta 1979 uradno definirana kot duševna motnja, pri priznavanju potencialnih izziv pri onemogočanju duševnega zdravja, s katerim se soočajo veterani po vrnitvi domov. Najbolj trajen prispevek Vietnamske vojne k zgodovini boja s travmo je prav zapuščina posttravmatske stresne motnje (PTSM). Nacionalna študija vietnamske vojne je kasneje ocenila, da leta 1998 15 odstotkov (472.000) vojakov, ki so služili v vietnamski vojni, ustreza kriterijem za aktivno PTSM (Rosenheck in Fontana, 1999).

Med letoma 1980 in 1989 Ameriško združenje psihiatrov prvič v svoji posodobljeni klasifikaciji DSM-III prizna posttravmatsko stresno motnjo. Formalno priznanje s strani združenja vodi k oblikovanju uradne razvrstitve simptomov PTSM. Prav tako kodificira širši premik znotraj področja psihiatrije proti vse bolj standardiziranemu in eksperimentalnemu zdravljenju. Leta 1981 Nacionalni inštitut za zdravje začne z drugo fazo študije vietnamskih poškodb glave. Leta 1983 se z mandatom kongresa prične Nacionalna študija prilagajanja vietnamskih veteranov (*National Vietnam Veterans Readjustment Study*), ki naj bi bila najbolj celovita študija o psiholoških in povojnih problemih prilagajanja, s katerim se soočajo vietnamski veterani je pokazala, da se je večina vietnamskih veteranov uspešno prilagodila življenju po vojni ter da je znatna manjšina (15,2 odstotka moških in 8,5 odstotka žensk) doživljala psihološke in življenjske prilagoditvene težave. Ugotovitve so pokazale, da naj bi v času študije približno 830.000 veteranov (26 odstotkov) doživelo PTSM. Kasnejše študije in analize

podatkov so pokazale, da so bile stopnje kronične PTSM še višje (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 19).

Leta 1985 je ustanovljeno Mednarodno združenje za travmatični stres (*The International Society for Traumatic Stress*). Leta 1987 je v okviru Ministrstva za obrambo ustanovljen Center za preučevanje travmatičnega stresa (*Center for the Study of Traumatic Stress – CSTS*), da prouči dolgoročne učinke travmatičnega stresa. Center je bil ustanovljen zaradi znatnih zdravstvenih tveganj, ki so izhajala iz travmatičnih vplivov, kot so: 1) možnost ali dejanska uporaba orožja za množično uničevanje v boju, terorističnih dejanjih ali dogodkih z ugrabitvami, 2) boj, operacije vzpostavljanja miru, mirovne operacije in druge operacije, razen vojne, 3) naravne nesreče, kot so orkani, tornadi ali poplave in 4) pogostejši obremenilni dogodki, kot so fizični napadi, nesreče z motornimi vozili, ladjami ali letalske nesreče, tako v uniformirani kot v civilni skupnosti. Raziskave in publikacije centra se osredotočajo na »psihološke, socialne in vedenjske manifestacije izpostavljenosti travmatičnih dogodkov«, še posebej za pripadnike vojske. 1988 je objavljena prva izdaja *Journal of Traumatic Stress* (Center for the Study of Traumatic Stress. CTST History 2015).

Po vietnamski vojni se je zanimanje preusmerilo predvsem na zunanje vzroke. Prevladujoč poudarek je bil na nizu sociopolitičnih predstav glede narave vojne, kar se je odrazilo tudi v značilnostih PTSM, navedenih v tretji izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj Ameriškega združenja psihiatrov. Glavna značilnost PTSM je bila izpostavljenost dogodku, ki naj bi bil izven dosega normalne človeške izkušnje. Simptomi so vključevali ponavljajoče se vsiljive spomine na dogodek, ponavljajoče se sanje ali projekcije prizorov, slabo dovzetnost za zunanji svet, pretirane odzive na dražljaje, motnje spanja, izgubo spomina in težave s koncentracijo.

Ne glede na to je sčasoma postalo javno, da niso vsi, ki so bili izpostavljeni travmatičnemu dogodku, razvili PTSM oziroma njihova reakcija ni bila enaka. Raziskovalci so naredili prelom s t. i. univerzalističnim mišljenjem, ki je simptome PTSM povezovalo zgolj z izpostavljenostjo boju. Razvili so dodatne ocenjevalne instrumente, kot je lestvica »vpliv dogodkov«, ki se je široko uporabljala v epidemioloških študijah, s čimer so želeli ugotoviti razširjenost PTSM med

prebivalstvom. Pri pacientih s PTSM je bil ugotovljen niz psiholoških simptomov, kot je burnejša reakcija in hormonske spremembe. Zato so določeni začeli dvomiti, ali je izpostavljenost travmatičnemu dogodku sama po sebi dovolj za pojav tovrstne motnje (Marlowe 2001, XXV–XXVI).

To spoznanje je vplivalo na ponoven pregled diagnostičnih kriterijev za četrto izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj Ameriškega združenja psihiatrov leta 1994 (DSM-IV). Raziskovalci so po novem vzrok videli v razmerju med serijo dogodkov in posameznikovim odzivom nanje, s čimer so se oddaljili od mišljenja, da je travmatični dogodek vzrok za PTSM. DSM-IV se je torej osredotočil na bolj selektivne diagnoze PTSM, čeprav še vedno na podlagi različnih subjektivnih kriterijev. Raziskovalci so nadaljevali delo z osredotočenjem na nevrobiologijo, pri čemer naj bi prav nevrobiološke razlike najbolje pojasnile razlike med tistimi, ki trpijo za PTSM in tistimi, ki ne. Slednje naj bi tudi povečale možnost za predispozicije za nenormalen odziv na travmatičen dogodek. Drugi najpogosteje navajan vzrok za simptome PTSM pri vojakov je izpostavljenost herbicidom, saj naj bi vietnamski veterani poročali o večjih zdravstvenih problemih kot neveterani. Kljub temu je malo verjetno, da bi kemikalija lahko povzročila tak razpon simptomov, prav tako jih je epidemiološko težko potrditi. Pomanjkanje jasne vzročne povezave med problemi, s katerimi so se soočali nekateri veterani iz Vietnama, povečuje možnost prepričanj, pričakovanj in razlag po koncu samega bojevanja. Veterani vietnamske vojne so nase gledali kot na populacijo, podvrženo okoljskim stresom in ki trpi zaradi množice psiholoških in psihofizioloških simptomov. Javno mnenje o njih pa je samo še povečalo njihov stres (Marlowe 2001, XXV–XXVI).

Eno izmed vprašanj predstavlja tudi zalivska vojna (avgust 1990–februar 1991). Bila je kratka, z majhnimi žrtvami. Med vojno je bilo diagnosticiranih malo s stresom povezanih primerov, po vojni pa je tisoče vojakov poročalo o vrsti problemov, od katerih so mnogi vključevali simptome, tipične pri s stresom povezanih poškodbah. Narava boja je mnoge prepričala, da vojaki niso izkusili nikakršnega stresa, vendar pa je na stres vojakov vplivalo veliko dejavnikov. Veterani so izkusili stres pred samim začetkom bojnih operacij in med njimi. Viri stresov pred samimi boji so bili številni – med najpomembnejšimi je bil sam vpoklic, nedoločena dolžina konflikta, izolirani in

prenatrpani bivalni pogoji in pričakovanje samega boja. Vpoklic je bil hiter in s pričakovanjem velikega konflikta oz. boja, zato so bili hitro ločeni od družin, slednje pa so pričakovale, da se bodo njihovi najdražji bojevali v velikih bojih. Vojaki niso vedeli, koliko časa bodo služili, kar je bilo bolj stresno kot dolga obveznost z določljivim koncem. Kot v predhodnih vojnah se je stres zaradi služenja še poslabšal zaradi skrbi za družino in njihovo zmožnostjo soočati se z vsakodnevnimi problemi in ločenostjo. Ti vplivi so bili še večji pri pripadnikih rezervne sestave, ki so bili zaradi služenja zaskrbljeni zaradi prekinitve delovnih razmerij in nadaljevanja kariere ter posledične izgube službe zaradi vpoklica. Enote so bile razporejene na pusta območja Savdske Arabije, kjer so bili izolirani od ljudi, ki so jih prišli braniti. Nastanitvene kapacitete so bile prenatrpane in vojak ni imel nobene zasebnosti. Enote so bile prepričane, da se soočajo z mogočnim sovražnikom, ki je enako tehnološko dobro opremljen kot oni ter bojno utrjen po spopadu z Iranci. Začetek zračne vojne je prinesel še več stresa, rakete z dolgim dometom, ki bi bile lahko napolnjene s kemičnimi agensi, so bile vseprisotna grožnja, po raziskavah pa naj bi celo 2/3 vprašanih imelo grožnjo napada s kemičnim orožjem za velik stres. Glavni vzrok zaznanega stresa pa naj bi predstavljale nepreizkušene in eksperimentalne droge, med katerimi so bile nekatere dane z namenom, da uničijo učinek živčnih agensov, ki naj bi jih imeli Iranci. Dejanski boj pa je ustvaril svoje vire stresa, tudi zaradi skrbi za izgubo prijateljev ter da so bili vojaki podvrženi kopenskim in topniškim napadom (Marlowe 2001, XXVI–XXVII).

Po koncu zalivske vojne vojaki, ki so služili v njej, začnejo poročati o nenavadnih, nepojasnjenih simptomih, vključno s kronično utrujenostjo, izgubo spomina, bolečinah v sklepih in mišicah, izpuščajih in hitrem izpadanju las. Začetna raziskava 10.600 veteranov na Ministrstvu za veteranske zadeve ugotovi, da imajo veterani zalivske vojne večjo pojavnost PTSM in odvisnosti od alkohola kot vrstniki, ki niso služili v vojni. Kongres ustanovi Obrambni program za poškodbe glave veteranov (*The Defense and Veterans Head Injury Program*) zaradi potrebe po standardiziranih storitev zdravljenja travmatičnih poškodb možganov in storitev rehabilitacije aktivnih vojaških pripadnikov in veteranov. Kasneje se je program preimenoval v Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (*Defense and Veterans Brain Injury Center – DVCIB*), ki je rezultat skupnih prizadevanj Ministrstva za obrambo in Ministrstva za veterane (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 22).

Leta 1996 kongres sprejme Zakon o travmatičnih poškodbah možganov (*Traumatic Brain Injury Act*), s katerim dopolni Zakon o javnem zdravstvu za zagotovitev izvedbe razširjenih študij in vzpostavitev inovativnih programov v povezavi s travmatičnimi poškodbami možganov. Profesorica na Univerzi Princeton in vplivna literarna kritičarka Elaine Showalter 1997 objavi članek "Prva žrtev zalivske vojne", ki ji sledi knjiga *Hystories* ter v katerih trdi, da je sindrom zalivske vojne "histerična epidemija." Njena psihološka interpretacija sindroma in sindroma kronične utrujenosti se je izkazala za zelo sporno, saj so mnogi bolniki in zdravniki še naprej iskali organske vzroke (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 22).

Prva država, ki je priznala »sindrom zalivske vojne«, je bila Velika Britanija leta 2002. Postopoma so sindrom, predvsem zaradi povečanja števila obolelih vojakov, priznale tudi druge države. V ZDA so sindrom kot bolezen priznali leta 2008, potem, ko je delo opravila posebna komisija Raziskovalno-svetovalni komite za proučevanje sindroma zalivske vojne (*Research Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses*). Njegovemu priznanju so se izogibali predvsem zato, ker so se bali morebitnih odškodninskih zahtevkov, brezplačnega zdravljenja (invalidnina, socialna pomoč in dolgotrajna nega na domu) in predhodne upokojitve, kar bi državam povzročilo velike stroške. Termin se nanaša na množico različnih simptomov, ki so se začeli postopno pojavljati pri vojaki po koncu služenja v Perzijskem zalivu med letoma 1990 in 1991. Okoli »16 odstotkov ameriških veteranov zalivske vojne se je od 6 do 18 mesecev po vojni postopoma začelo soočati z različnimi znaki in simptomi, kot so utrujenost, vročina, mišični revmatizem, slabost, kratkotrajnost spomina, zmedenost, kožni izpuščaji, driska, kronični bronhitis, depresija in drugi«. Sindrom zalivske vojne spada med bolezen in nebojne poškodbe, zanj so značilne bolj fizične zdravstvene posledice, čeprav so ga sprva obravnavali kot kronično utrujenost in ga povezovali z posledicami vojnega stresa, kar se je kasneje pokazalo, da stres ni vzrok. Vojna je bila namreč kratka, število smrtnih žrtev razmeroma majhno in večina veteranov med služenjem ni bila priča smrtim. Glede na različne študije je razvoj sindroma zalivske vojne povezan z uporabo kemičnega orožja, streliva z osiromašenim uranom, cepljenjem vojakov proti antraksu (stranski učinki) in nalezljivimi boleznimi (Kopač in drugi 2013, 129–139).

Leta 1998 ameriški kongres sprejme Zakon o vojnih veteranih v Perzijskem zalivu (*Persian Gulf War Veterans Act*) in Zakon o izboljšanju veteranskih programov (*Veterans Programs Enhancement Act*), ki zahteva pregled medicinske znanosti o vplivu izpostavljenosti strupenim snovem v zalivski vojni na zdravje, ki ga izvede Nacionalna akademija znanosti. Izsledki so objavljeni v večih publikacijah, vključno z dvema, ki se osredotočita na psihološko zdravje in travmatične poškodbe možganov. Medicinski inštitut (*Institute of Medicine*) oblikuje Odbor o zdravstvenih posledicah, povezanih z izpostavljenostjo med zalivsko vojno. Nacionalni inštitut za zdravje (*National Institutes of Health*) skliče konferenco glede rehabilitacije oseb s travmatskimi poškodbami možganov, česar posledica je soglasna izjava rehabilitaciji oseb s travmatskimi poškodbami možganov. Med zaključki konference je tudi priznanje povečanega števila oseb s tovrstnimi poškodbami po vsej državi ter ugotovitev, da obstaja potreba po večih študijah in raziskavah, da bi lahko ocenili rehabilitacijsko terapijo. Leta 1999 Nacionalni centri za preprečevanje in obvladovanje poškodb (*The National Centers for Injury Prevention and Control*) znotraj Centra za nadzor bolezni, kongresu predloži prvo poročilo o blagi travmatski poškodbi možganov v ZDA (*Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury* 2015, 23).

Za večino vojakov je vrnitev iz zalivske vojne pomenila olajšanje in je njihov stres izginil. Ne velja pa to za vojake, ki so že pred samim bojem kazali visoke stopnje simptomov in je bilo enako tudi po prihodu domov, torej se je izkazalo, da kronični stres kot odziv na vpoklic vpliva tudi na stresni odziv na boje in obdobje po koncu bojev. Vojaki, ki so bili izpostavljeni večjim bojem so bili izpostavljeni tudi večjemu tveganju za razvoj različnih simptomov PTSM. Tudi prihod domov je generiral svoj niz stresov. Veterani zalivske vojne niso bili deležni zavrnitve in sovražnosti kot so to občutili veterani Vietnamske vojne ob prihodu domov, kljub temu pa se je stres pojavil večinoma ob ponovni združitvi družin. Poleg tega je po koncu vojne ameriška vojska vstopila v fazo znatnega zmanjševanja sil, kar je ustvarilo dodatno zaskrbljenost glede nadaljnje kariere in zaposlitve nasploh. Delež vojakov, ki so bili nezadovoljni s podporo vojske njihovim družinam in pomanjkanjem zaupanja, da bodo poskrbeli za njih, se ni znatno spremenil po prihodu domov. Iz vsega navedenega je jasno razvidno, da je niz različnih virov vplival na vojake, ne samo vpoklic in bojevanje. Po raziskavi, ki je bila

narejena šest in devet mesecev po koncu vojne med vojaki VII. korpusa ameriške vojske, je pokazala, da pet stresnih faktorjev obsega skoraj 40 odstotkov odstopanja od indeksov, ustvarjenih za merjene stresa, in sicer (razvrščeni od najpomembnejšega do najmanj pomembnega):

- klima v enoti oziroma na delovnem mestu,
- zadeve, povezane z operacijo Puščavski vihar,
- prerazporeditev in selitev,
- problemi, povezani z zmanjšanjem sestave vojske in
- družinski problemi.

Podatki iz raziskav, opravljenih po vojni, kažejo, da je 10 odstotkov veteranov zalivske vojne čutilo, da so podvrženi stresu in da so imeli težave pri soočanju z njim. Stres je bil povezan z izkušnjo v vojni in po prihodu domov. Raziskave v nadaljevanju so pokazale, da je 10 do 15 odstotkov populacije verjelo, da imajo kot rezultat njihovega sodelovanja v zalivski vojni negativne življenjske posledice. Ti podatki ne razpolagajo s fizičnimi simptomi veteranov. Študije, opravljene tri leta po koncu vojne, so pokazale, da veterani zalivske vojne, tako aktivna kot rezervna sestava, poročajo o dvakrat večjem številu simptomov kot tisti, ki niso bili vpoklicani v vojno ali so služili doma (Marlowe 2001, XXVII-XXVIII).

7 OPERACIJA IRAŠKA SVOBODA IN PTSM

7.1 Operacija Iraška svoboda

Vojna v Iraku leta 2003 predstavlja eno izmed najbolj kontroverznih in radikalnih vojn ZDA po drugi svetovni vojni. Invazija Iraka s strani t. i. koalicije voljnih (*coalition of the willing*) pod vodstvom ZDA je povzročila velike proteste javnosti ter sprožila politične delitve tudi med zahodnimi državami. Vsi so se spraševali o pomenu vojne – jo je povzročil (ameriški) strah pred orožjem za množično uničenje ter pred ponovnim terorističnim napadom al Kajde, ali pa preprosto ekonomski in politični razlogi, kot sta iraška zaloga nafte, širitev demokracije ter liberalnih načel v državo (regijo) ter ameriški občutek po vojaški nadvladi oziroma protiarabski in protiislamistični imperializem (Štefanič 2011, 10).

ZDA so po terorističnih napadih 11. septembra 2001 zavzele stališče globalne preventivne vojne proti terorizmu. Naslednja tarča po Afganistanu je bil Sadam Husein. Varnostni svet Združenih narodov je leta 2002 sprejel resolucijo 1441. S slednjo je Irak pozval k popolnemu sodelovanju z njihovimi inšpektorji, ki so želeli preveriti dejansko prisotnost orožja za množično uničevanje. Preiskovalci sledov orožja niso našli, hkrati pa tudi niso mogli potrditi točnosti iraškega poročanja o posedovanju orožja. Poleg tega so ameriški uradniki režim Sadama Huseina obtoževali, da skriva in podpira Al Kaido in da Irak finančno podpira družine palestinskih samomorilskih napadalcev. ZDA so obljubljale, da bodo v državo uvozile demokracijo in prekinile kršitve človekovih pravic. Kljub temu ZDA podpore za vojno ni uspela pridobiti, nasprotovala sta ji tako varnostni svet ZN kot tudi ostale vodilne članice zavezništva Nato, z izjemo Velike Britanije (Potočnik 2013). ZDA so 17. marca 2003 inšpektorje Združenih narodov pozvale, naj se umaknejo iz Iraka, Sadamu Huseinu pa so izrekli ultimatum, naj zapustijo državo. 20. marca 2003 so koalicijske sile pod vodstvom ZDA brez vojne napovedi pričele z invazijo Iraka. Za operacijo Iraška svoboda (*Operation Iraqi Freedom*) so pričakovali, da bodo velike bojne operacije kratke in izkazalo se je, da so bile še krajše od pričakovanih, saj je aprila 2003 prišlo do padca Bagdada. Velika večina iraških vojaških sil se je preprosto odločila, da pri umiku napredujočih koalicijskih sil ne bo delala večje škode, niti se jim upirala v večji meri. Koalicijskim silam so se v večji meri upirale paravojaške enote in iregularne skupine. V Bagdadu je bila vpoklicana Republikanska garda, težko oborožena paravojaška enota, povezana z vladajočo stranko, da bi branila glavno mesto, vendar pa je bil odpor različnih iraških enot neorganiziran. 9. aprila 2003 so ameriški vojaki prevzeli nadzor nad glavnim mestom. Koalicijske sile so isti mesec okupirale tudi Tikrit, domače mesto in zadnjo trdnjavo režima Sadama Huseina, in učinkovito zaustavile organiziran odpor iraških sil, odpor iraških sil je bil uničen v samo treh tednih. Žrtev je bilo malo, 139 ubitih in 429 ranjenih. S koncem večjih bojnih operacij so se Združene države Amerike usmerile na naloge zagotavljanja varnosti in istočasno graditve in podpore pri vzpostavitvi nove civilne vlade. Tedanji ameriški predsednik George Bush je 1. maja 2003 triumfalno oznanil konec večjih vojaških operacij v državi. Šlo je za prvo fazo vojne. Iraški voditelji so bili na begu, Sadam Husein je bil ujet 13. decembra istega leta in predan iraškim oblastem, kjer so mu sodili za zločine proti človečnosti in ga 30. decembra 2006 tudi usmrtili (Sollinger in drugi 2008, 21 in Encyclopedia Britannica 2016).

Po aprilu 2003 je sledila daljša druga faza, v kateri se je koalicija pod vodstvom ZDA borila z uporniki. Ko so se Suniti, Šiiti in druge sekularne frakcije v državi borile za oblast, se je varnost občutno poslabšala in zahtevala neprestane bojne operacije, vendar proti upornikom in ne uniformiranim silam. Ponovna vzpostavitev javnega reda in miru je bila ena izmed najtežjih nalog za okupacijske sile zaradi nenehnih napadov, ki se je kmalu v polnem obsegu razvilo v gverilsko bojevanje, glavna destabilizacijska sila so bile šiitske milice. Država je bila na robu državljanske vojne, čeprav se je Busheva administracija na splošno izogibala uporabi tega izraza in namesto tega raje govorila o "sektaškem nasilju", število žrtev na obeh straneh je skokovito naraščalo, do novembra 2004 naj bi bilo ubitih že več kot 1000 ameriških vojakov in več sto vojakov drugih koalicijskih držav. Junija 2004 so koalicijske oblasti suverenost Iraka izročile začasni vladi in decembra 2005 so v Iraku prvič po 50-ih letih izvedli svobodne volitve, ki so bile uspeh, saj se jih je udeležilo 70 odstotkov volivcev, nasilja je bila relativno malo. Rezultati volitev so sovpadali z verskimi in sekcijskimi linijami v državi. Nasilje med frakcijami, ki so si želele na oblast, pa se je nadaljevalo, cilj napadov na rekonstrukcijske projekte je bila diskretizacija koalicije in nove iraške vlade, s čimer je bilo otežena obnova Iraka. Februarja 2006 so uporniki zasedli in poškodovali tisoč let staro mošejo, eno izmed najsvetejših mest šiitskega islama, sledile so takojšne nasilne represalije. Vrstili so se napadi Šiitov nad Suniti, napadi so bili še posebej hudi v Bagdadu, kjer so oblasti vsakodnevno naleteli na izmaličena in trpinčena trupla tako ene kot druge frakcije. Država je bila na robu velike državljanske vojne, razmere v državi so se zaostrole. Poročilo, ki je bilo narejeno v tem času, je predlagalo večjo udeležbo drugih držav Perzijskega zaliva, vključno z Iranom in Sirijo, ter znatno povečanje podpore iraških varnostnim silami. Posledično je takratni ameriški predsednik Bush oznanil, da bodo ZDA napotile dodatnih 20.000 pripadnikov oboroženih sil v Irak. Povečanje naj bi bilo le začasno s ciljem stabiliziranje situacije, še posebej v Bagdadu, dokler iraška vlada ne bi zagotovila boljšega nadzora (Sollinger in drugi 2008, 24–25 in Encyclopedia Britannica 2016).

Nasilje se je pričelo zmanjševati šele leta 2007, ZDA pa so postopoma zmanjšala svojo vojaško prisotnost v Iraku. Vzrok temu je tudi sprememba v taktiki, kjer so se kopenske sile ZDA bojevale v skladu s klasično strategijo boja proti upornikom, sunitiska plemena, ki so se prej borile proti ameriškim silam, so se začela boriti proti drugim

upornikom, predvsem tistim, povezanim z Al Kaido. Zavezniki so pospešili urjenje iraških varnostnih sil, da bi Irčani lahko sami prevzeli odgovornost za zagotavljanje varnosti v državi. Novembra 2008 je bil odobren ameriško-iraški sporazum, ki je na novo opredelil pravni okvir ameriških vojaških dejavnosti v Iraku in določi časovni okvir za dokončen umik ameriških sil – predvidoma do sredine leta 2009 naj bi ameriški vojaki zapustili iraška mesta, za datum umika iz države pa je bil določen datum do 31. decembra 2011. Februarja 2009 je novoizvoljeni ameriški predsednik Barack Obama napovedal, da bodo ameriške bojne sile umaknjene iz Iraka do 31. avgusta 2010 in 18. avgusta 2010 so zadnje bojne enote ZDA umakni iz Iraka, 50.000 ameriških vojakov pa je ostalo v Iraku, da so delovale kot prehodne (tranzicijske) sile. Kljub pogajanjem med obema stranema, da bi v Iraku tudi po končnem datumu umika, tj. 31. 12. 2011, ohranili prisotnost nekaj tisoč ameriških vojakov, je zaradi spodletelih pogajanj tedanji ameriški obrambni minister Leon Panetta 15. decembra istega leta vojno tudi uradno »končal« s spustom zastave v glavnem ameriškem oporišču v Bagdadu. Večina ameriških vojakov je iraško ozemlje dokončno zapustila 18. decembra 2011. Osem let, osem mesecev in tri tedne po invaziji (Encyclopedia Britannica 2016).

Po podatkih IBC (Iraq Body Count 2016) število vseh žrtev (koalicijski vojaki, uporniki, iraški vojaki, iraške policijske sile, civilisti) vojne v Iraku med letoma 2003–2011 presega 162.000, od tega naj bi bilo 79 % civilnih žrtev, med vojaki koalicijske vojske pa naj bi bilo 4.802 žrtev.

7.2 Iraška vojna in posttravmatska stresna motnja

Z bolj poglobljenim spremljanjem in študijami v času vietnamske vojne so spoznali, da je bila pojavnost teh motenj v veliki meri odvisna od značilnosti izpostavljenosti boju. Intenzivni boji so pomenili večjo pojavnost psihiatričnih žrtev in pehota je bila temu nesorazmerno izpostavljena (Jones in Palmer, 2000).

Čeprav je stres že od samega začetka bojevanja človeka dejstvo, pa tri nove značilnosti sedanjih konfliktov vplivajo na stopnjo duševnega zdravja in kognitivne poškodbe: sprememba v vojaških operacijah, vključno s podaljšanimi vpoklici; višja stopnja preživetja ranjenih in travmatične poškodbe možganov. Za veliko pripadnikov vojske

odsotnost od doma za daljše časovno obdobje povzroča težave tako doma kot v operacijah, kar dodatno vpliva na pojav stresa. To je lahko še bolj pomembno za pripadnike nacionalne garde in rezervnih enot, ki niso pričakovali, da bodo od doma toliko časa. Skoraj polovica tistih, ki so služili v vojnah v Iraku in Afganistanu so bili namreč pripadniki nacionalne garde in rezervisti. Drugi vzrok za stres v vojnah v Iraku in Afganistanu so bile vojaške spolne travme (*military sexual trauma*). To je spolni napad ali ponavljajoče, grozeče spolno nadlegovanje, ki se pojavlja v vojski in se lahko zgodi tako moškim kot ženskim pripadnikom. Pojavi se lahko v obdobju miru, usposabljanja ali vojne (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2015a).

Po različnih raziskavah na razvoj PTSM pri vojaki, ki so služili v iraški vojni (operacija Iraška svoboda), poleg znanih, vplivajo še spodnje okoliščine:

- daljši čas razporeditve,
- izpostavljenost hujših bojem – tik pred sovražnikovo linijo ali pa so bili priča ranjencem ali žrtvam,
- hujše fizične poškodbe,
- travmatične možganske poškodbe,
- nižji rang,
- nižja stopnja izobrazbe,
- nizka morala in slaba socialna podpora znotraj enote,
- neporočeni vojaki,
- družinski problemi,
- pripadniki Nacionalne garde ali rezerve,
- predhodna izpostavljenost travmi,
- ženski spol in
- latino ameriška etnična skupina (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2015a).

Izsledki dveh longitudinalnih študij vojnih veteranov, ki so služili v Iraku in Afganistanu, so pokazali, da je pojav PTSM dva do trikrat višji med vojaki, ki so bili izpostavljeni oziroma so se soočili z bojnimi izkušnjami. Študija Thomasa in drugih

(2010, 615) je pokazala na razlikovanje med vojaki aktivne sestave in vojaki nacionalne garde pri izpostavljenosti PTSM. Medtem ko imajo pripadniki aktivne sestave zvezno misijo vseskozi zagotavljati polno vojaško podporo za obrambo naroda, so pripadniki nacionalne garde del rezervne sestave in imajo primarno državno nalogo zagotavljati podporo skupnosti kot vojaki državljani. Kljub temu se lahko v času vojne na zvezi ravni mobilizira nacionalno gardo v aktivno dolžnost sodelovanja v neposrednih bojnih operacijah na enak način kot enote pehotne brigade aktivne sestave vojske. Pehotne bojne brigade so v operacijah v Iraku in Afganistanu igrale osrednjo vlogo. Približno tretjina vpoklican v obe vojni je bilo pripadnikov rezervne sestave. Razširjenost PTSM na podlagi simptomov po kriterijev DSM-IV je bila med vojaki aktivne sestave 20,7-odstotna, med pripadniki nacionalne garde pa 30,5-odstotna, večina jih je poročala o funkcionalnih nezmožnostih. Po 12-ih mesecih je več kot 6 odstotkov vojakov aktivne sestave in več kot 11 odstotkov vojakov nacionalne garde izpolnilo merila za najstrožje primere in visoko stopnjo simptomov za pojav PTSM. Splošna razširjenost PTSM med vojaki pa naj bila 15-odstotna. Pri pripadnikih nacionalne garde je bil opazen velik porast pojava PTSM v obdobju od 3 do 12 mesecev po razporeditvi na bojne operacije (Thomas in drugi 2010, 614 in 618).

Kljub prizadevanjem za sistematično oceno vojakov po razporeditvi na bojne operacije, odpravljanju stigme, spodbujanju zdravljenja in izboljšanju dostopa do primerne oskrbe, je stopnja razširjenosti PTSM študije primera pokazala na povečanje pojava PTSM v obdobju 3 do 12 mesecev po razporeditvi. Ti podatki kažejo jasno, da v 12 mesecih po razporeditvi veliko vojakov, ki je sodelovalo v bojnih operacijah, ni psihološko okrevalo, kar je imelo posledice za politiko rotacije enot Ministrstva za obrambo, saj se je izkazalo, da 12-mesečno obdobje ni dovolj dolgo za popolno okrevanje in ponovno razporeditev vojakov na bojne misije. Zagotovitev časa za zdravljenje, posredovanje in psihološko okrevanje po razporeditvi vojakov je še toliko bolj pomembno, ker je bilo veliko pripadnikov aktivne sestave tri do štirikrat razporejenih v Irak ali Afganistan in veliko pripadnikov nacionalne garde več kot enkrat. Povečanje stopnje razširjenosti težav z duševnim zdravjem od 3- do 12-mesečnem obdobju po razporeditvi je bila znatno večja pri vojakih nacionalne garde kljub podobni bojni izpostavljenosti. Slednje je lahko posledica drugih spremenljivk, povezanih s ponovnim prilagajanjem na civilno življenje ali dostopom do zdravstvene oskrbe. Pripadniki nacionalne garde se namreč po

vrnitvi iz bojnih operacij vrnejo v civilno življenje in nimajo enakega nemotenega dostopa do vojaške zdravstvene oskrbe. Imajo dostop do brezplačnega vojaškega zdravstvenega zavarovanja do 6 mesecev po njihovi razporeditvi, po katerem lahko dobijo dodatno kritje ali pomoč na veteranskih medicinskih ustanovah, ki pa pogosto niso lokacijsko dosegljive. Druge potencialne razlike med pripadniki nacionalne garde in pripadniki aktivne vojaške sestave vključujejo čas, ki ga slednji preživijo s sovojaki, ki lahko predstavljajo podporo pri težavah povezanih z vpoklicem na bojne operacije in pri ponovni vključitvi v civilno družbo. Druga razlika je, da se 12 mesecev po razporeditvi vojaki aktivne sestave osredotočajo na mnogovrstne naloge, potrebne za pripravo enote za ponovno razporeditev, vključno z napornimi urniki usposabljanj (npr. terenske vaje) in visoka raven delovne angažiranosti lahko posledično pomeni, da se vojaki manj posvečajo osebnim težavam ali težavam, povezanih z duševnim zdravjem iz prejšnje razporeditve na bojne misije. Študija je pokazala, da so se težave z duševnim zdravjem pripadnikov nacionalne garde dramatično povečale v obdobju od 3 do 12 mesecev po koncu razporeditve, zato je nujno, da imajo pripadniki nacionalne garde in drugih enot rezervne sestave po prvih nekaj mesecih po vrnitvi domov enak dostop do primerne zdravstvene oskrbe kot pripadniki aktivne sestave. Funkcionalno in kulturno se namreč pripadniki nacionalne garde drugačni od aktivnih vojakov sestavnih delov v tem, da se vrnejo v civilno življenje po boju in imajo bolj omejeno zdravstveno oskrbo. Pomembna so skupna prizadevanja z Ministrstva za obrambo, Ministrstva za veterane, skupnosti in veteranskih organizacij za pomoč veteranov pri ponovni prilagoditvi po operacijah v Iraku in Afganistanu (Thomas in drugi 2010, 621 in 622).

7.2.1 Spremembe v vojaških operacijah, vključno z dolgimi razporeditvami

Udeleževanje v Afganistanu in Iraku predstavljata najbolj trajnostni ameriški bojni operaciji od vietnamske vojne. Razporeditve enot so bile pogostejše, daljšega časovnega obdobja in krajšega počitka med vpoklici – dejavniki, ki so ustvarili še bolj stresno okolje za pripadnike vojske. Dnevne aktivnosti vojakov v boju so se zelo razlikovale, toda kot skupne stresorje v konfliktu so prepoznali obcestne bombe, improvizirana eksplozivna sredstva, bombne samomorilce, ravnanje s človeškimi ostanki, ubijanje sovražnikov, videti kolege ali prijatelje mrtve ali ranjene in nemoč pri ustavitvi nasilnih

situacij (Hoge in drugi, 2004). Obstajala je velika verjetnost, da bo velika večina vpoklicanih vojakov soočena z enim ali z večimi od omenjenih stresorjev.

Hkrati so doktrinarne spremembe vplivale na način, na katerega so Združene države Amerike zaposlovale, razporejale in podpirale svoje oborožene sile, kot tudi na pristop vojske do bojnih operacij in drugih nebojnih operacij. Čeprav je več vojaških operacij mirovnih operacij ali stabilizacijskih operacij, pa slednje prav tako predstavljajo tveganja in stresorje, ki so povezane z bojem – izpostavljenost sovražnim silam, ranjeni civilisti, množična grobišča, mine itd. (Tanielian in drugi 2008b, 6).

Ugotovitve študije kažejo, da se v 12 mesecih po razporeditvi na bojno misijo razširjenost težav z duševnim zdravjem med veterani ne zmanjša in se v mnogih primerih celo povečujejo. Velika gotovost je bila, da bodo vojaki, ki so se vrnilo z bojnih operacij v Iraku, ponovno razporejeni. Podatki so jasno pokazali, da je večje število razporeditev vojakov, povezanih z večjo razširjenostjo težav z duševnim zdravjem in kumulativni učinki bojnih razporeditev so zaskrbljujoči, kar vpliva tako na vojake kot njegove soborce. Če so vojaki, ki se borijo s hudimi funkcionalnimi okvarami kot posledica predhodne bojne razporeditve, ponovno vpoklicani, obstaja velika možnost, da bi to lahko vplivalo na njihovo bojno učinkovitost, kar vpliva na varnost preostalih članov enote in na uspeh celotne misije (Thomas in drugi 2010, 622).

7.2.2 Višja stopnja preživelih ranjenih

V omenjenih operacijah je bilo razmerje med ranjenimi in ubitimi najvišje kot kadarkoli v ameriški zgodovini vojskovanja. Januarja 2008 je tako npr. Ministrstvo za obrambo poročalo o 3.400 žrtvah in o več kot 30.700 ranjenih v operacijah v Iraku in Afganistanu. Čeprav se je veliko število ranjenih vrnilo na dolžnost po 72 urah, je bilo veliko število vojaškega osebja zdravstveno evakuiranih (vključno s približno 30.000 pripadniki, ki niso bili ranjeni s strani sovražnika ali z drugimi zdravstvenimi problemi oziroma boleznimi). Približno 3.000 pripadnikov se je vrnilo v domovino s hudimi poškodbami, boleznimi ali kot invalidi, vključno z amputiranimi udi, hudimi opeklinami, poškodbami hrbtenjače, slepoto ali s travmatičnimi poškodbami možganov. Višji odstotek ranjenih kot v prejšnjih spopadih je posledica napredovanja medicine v

boju in neprebojni jopiči. Vojaki, ki bi bili v prejšnjih konfliktech skoraj verjetno ubiti, sedaj preživijo, vendar z velikimi fizičnimi, čustvenimi in kognitivnimi poškodbami. Zato poleg tradicionalnih storitev rehabilitacije slednji potrebujejo intenzivno duševno zdravstveno komponento (Tanielian in drugi 2008b, 6).

7.2.3 Travmatične poškodbe možganov

Pozornost se je usmerila tudi v kognitivne poškodbe pripadnikov enot, ki se vračajo domov z bojišč. Še posebej na travmatične poškodbe možganov pri vojnih veteranih. Slednje so povezane z zmanjšano stopnjo zavesti, amnezijo in drugimi nevrološkimi neravnovesji, zlomi lobanj in intrakranialnimi poškodbami in lahko privede do smrti. Eksplozije so glavni vzrok travmatičnih poškodb možganov za vojaško osebje na vojnih območjih (Defense and Veterans Brain Injury Center, 2005). Diagnoze variirajo in se lahko razrešijo pogosto že v nekaj mesecih po poškodbi, lahko pa so zapletene in jih je težko razlikovati od psiholoških bolezni. Izraz travmatična poškodba možganov se v medicinski literaturi pojavi v 50. letih prejšnjega stoletja, toda njegova zgodnja raba je omejena skoraj izključno le na hude primere možganskih travm. Njegova uporaba za milejše poškodbe oz. pretresa možganov, ki so sedaj glavni poudarek vojaške medicine, se začne pojavljati v literaturi šele leta 1990, še posebej pa v času iraške in afganistanske vojne. Kljub temu pa natančna narava čustvenih ali kognitivnih pomanjkljivosti ali dokazljive nevropatalogije, ki bi bila posledica izpostavljenosti eksplozijam, še ni trdno vzpostavljena, zaradi česar ostaja veliko vprašanj glede problemov, s katerimi se soočajo vojaki, ki so bili izpostavljeni eksplozijam (Tanielian in drugi 2008b, 6–7).

Depresija je po možganski poškodbi precej pogosta, saj poškodovani možgani ne zmorejo predelovati čustvenih in socialnih dražljajev. Gre za običajno čustveno reakcijo, ki se pojavi v kasnejših stopnjah rehabilitacije, ko se poškodovanec začne zavedati, koliko je izgubil. Lahko je posledica kemičnega neravnovesja v organizmu ali pa se sproži posredno kot posledica izgube službe, prijateljev, fizičnih omejitev ter zaradi možganske poškodbe. Osebe s pridobljeno možgansko poškodbo doživijo poslabšanje na eni ali več različnih naslednjih področjih: »(1) gibanje in čutenje, (2) komunikacija, (3) kognicija, (4) vedenje, (5) psihosocialno področje« (Merc 2009, 2–3).

7.2.4 Zakaj sta bili vojni v Iraku in Afganistanu različni od dotedanjih

Vojni v Iraku in Afganistanu nista najdaljši, največji in najbolj krvavi vojni, ki so jih ZDA bojevale v svoji zgodovini. Verjetno najpomembnejša razlika konfliktov v Iraku in Afganistanu je, da so Združene države Amerike prvič po koncu hladne vojne bojevale razširjen boj s prostovoljno vojsko. Operacija Puščavski vihar je prav tako privabila prostovoljne vojake, vendar je trajala le nekaj mesecev. Tudi število vpoklicane rezervne sestave oboroženih sil ZDA, ki so se borile v omenjenih operacijah, je zgodovinsko. Toda danes vojska nima enostavno dostopnega vojaškega osebja, da bi razširila svoje vrste, kot je bilo v času vietnamske vojne, ko je bilo vpoklicanih na sto tisoče nabornikov. Namen je bilo namreč ustvariti le prostovoljno vojsko, ki bi bila manjša toda visoko profesionalna in ki bi jo bilo možno razporediti širom sveta in zmagati v konfliktih v relativno kratkem času. Pri operaciji Puščavski vihar se je zdelo, da je temu tako, ko so koalicijske sile pod vodstvom Združenih držav Amerike zlomile iraške sile v nekaj mesecih. Toda ameriška vojska je bila v razširjeni naravi konfliktov v Iraku in Afganistanu podvržena kritikam, da je premajhna in da ni opremljena in zasnovana, da bi zadostila potrebam tistega časa oz. konfliktov. Največje breme obeh spopadov, tako v žrtvah kot ranjenih, so nosile kopenske sile, sestavljene iz vojske in marincev. Da bi zadostil zahtevam spopadov, je Ministrstvo za obrambo oblikovalo rotacijsko politiko, ki je rotirala sile in opremo med obema spopadoma. Minister za obrambo je januarja 2007 oznanil merilo enoletne razporeditve v boj za vsaki dve leti izven boja (npr. usposabljanje) za aktivne pripadnike celotne vojske in enoletne razporeditve na bojno območje za vsakih pet let nevpoklica za rezervno sestavo. Kljub jasni politiki vojske glede služenja v Iraku in Afganistanu ter vmesnih vrnitev domov, sta omenjeni vojni otežili implementacijo te politike. Izkazalo se je, da je čas doma med dvema vpoklicema vojakov veliko krajši, tudi ko so se vojaki usposabljali za naslednji vpoklic, je slednji potekal stran od njihovih domačih baz. In ne nazadnje je zahtevnost obeh konfliktov zahtevala, da je vpoklic določenih enot namesto 12-ih mesecev trajal tudi do 15 mesecev (Sollinger in drugi 2008, 22-23).

7.2.5 Žrtve in improvizirane eksplozivne naprave

Na podlagi pregleda števila žrtev v Iraku med leti 2003 in 2007 je bilo ugotovljeno, da se je število ubitih v akciji po prvih večjih bojnih operacijah junija 2003, v obdobju, ko

je bila država v kaotičnem stanju in se še ni začelo uporniško gibanje, drastično zmanjšalo. Po tem obdobju se je število ranjenih povečevalo vse do leta 2005, ko se je število slednjih nekoliko zmanjšalo, v letu 2006 pa je število ranjenih pričelo ponovno skokovito naraščati in je ostalo visoko do konca leta 2007. V januarju 2005 je namreč prišlo do velikega porasta uporabe improviziranih eksplozivnih naprav², ki so bila kriva za večji delež žrtev med vsemi žrtvami, ubitih v akciji, delež ubitih zaradi improviziranih eksplozivnih naprav pa ostaja visok do septembra 2007. Delež ranjenih ostaja visok in tako je bilo razmerje med ranjenimi in ubitimi približno 9:1. V drugi svetovni vojni je bil npr. ta delež 2:1, torej dva ranjenca na eno smrtno žrtev, v vietnamski vojni pa 3:1 (Fischer et al., 2007). Čeprav je stopnja preživetja višja, pa rane, ki jih povzročajo improvizirane eksplozivne naprave pogosto povzročajo veliko število ran in ponavadi vključujejo hude poškodbe okončin. Improvizirane eksplozivne naprave so se razvile iz surovih naprav, ki se lahko sprožijo s preprostimi mehanizmi do večjih in bolj sofisticiranih naprav, ki se jih lahko sproži z mobilnimi telefoni, infrardečimi signali ali s silo pritiska. Čeprav tovrstne naprave predstavljajo tveganje tudi za upornike, pa so posledice uničujoče, nekateri ocenjujejo, da predstavljajo 40 odstotkov vseh žrtev med ameriškimi vojaki. Razvoj improviziranih eksplozivnih naprav je zahteval tudi prilagajanje vseh strani v spopadu, vključno z uporniki. Po koncu prvih večjih spopadov, ko se je povišala uporaba improviziranih eksplozivnih naprav, je ameriška vojska postopoma povišala število oklepne zaščite, predvsem na visokomobilnih večnamenskih kolesnih vozilih in patroljnih vozilih. Uporniki pa so se na to odzvali z večjimi in še bolj smrtonosnimi napravami, ki so lahko celo predrle oklep bojnih tankov. Ameriške sile so se zato osredotočile na oviranje upornikov s preskrbo z materialom in sestavo tovrstnih naprav. Nizka stopnja ubitih v bojih ni samo posledica boljše opremljenosti enot z neprebojnimi jopiči, ampak tudi izboljšana medicinska oskrba v samem središču bojev, vključno s hitro evakuacijo do travmatoloških centrov zunaj konfliktnih območjih, s celotno oskrbo oziroma zdravljenjem, dosegljivim že v roku 24 ur po poškodbi. Vojska je imela na voljo tudi

² IED je »doma izdelana« naprava, različnih oblik, uporabljena na improviziran (nekonvencionalen) način, najpogosteje v asimetričnem vojskovanju, navadno proti močnejšemu in številnejšemu nasprotniku, kateremu na konvencionalen način ne bi bili kos. Vsebuje destruktivne, smrtonosne in škodljive pirotehnične ali druge vnetljive kemikalije. Njen namen je ubiti, uničiti, onemogočiti, nadlegovati, onemogočiti mobilnost ali motiti določene cilje, preko taktičnega vpliva doseči strateški učinek. Večinoma je sestavljena iz nevojaških elementov, vključuje pa lahko tudi vojaške sestavine. Učinek uporabe tovrstnih naprav ni le uničujoča sila, ampak tudi psihološki učinek na enote, lokalno prebivalstvo, regijo in politično vodstvo (Joint Chiefs of Staff 2012, 19).

zračne sile, t. i. leteče enote intenzivne nege. Nasprotno je npr. v času vietnamske vojne trajalo približno 45 dni, da so bili poškodovani vojaki prepeljani v bolnišnico. Številne izboljšave tehnologije in evakuacijskih sredstev so omogočile vojaškemu zdravstvenemu sistemu urgentno oskrbo na samem bojišču, kot tudi kratko- in dolgoročno rehabilitacijo preko različnih ustanov v ZDA (Sollinger in drugi 2008, 25–27).

Poseben vzorec ran, povzročen z eksplozivnimi napravami v Afganistanu in Iraku, obsega tudi travmatične poškodbe možganov, opekline, slepoto in poškodbe hrbtenjače, skupaj z začetnimi poškodbah udov, katere je bilo potrebno sčasoma amputirati. To je, na žalost, velika stiska med vojaškim osebjem v teh konfliktech. Da bi pojasnili večplastne in hude rane, določeni avtorji uporabljajo izraz poli-travme, ki je označena kot več poškodb, ki povzročajo fizične, psihične, duševne ali psihosocialne poškodbe in funkcionalno nezmožnost (Johnson v Kinney 2012).

8 RAZŠIRJENOST PTSM PO OPERACIJI IRAŠKA SVOBODA

Študije so pokazale, da različni primeri opredelitve oziroma definicije vplivajo na razširjenost PTSM pri vojnih veteranih, kar se je izkazalo tudi pri veteranih iraške vojne. Uporaba opredelitve PTSM po Hoge in drugi (2004) je v študiji Thomasa in drugi (2010) pokazala, da je 23 do 31 odstotkov vojakov opisovalo simptome, ki so izpolnili merila Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj za PTSM, skupaj z nekaterimi funkcionalnimi okvarami. Uporaba še strožje opredelitve motnje, vključno z resnimi funkcionalnimi okvarami je 9 do 14 odstotkov vojnih veteranov še vedno izpolnjevalo kriterije PTSM (Thomas in drugi 2010, 622).

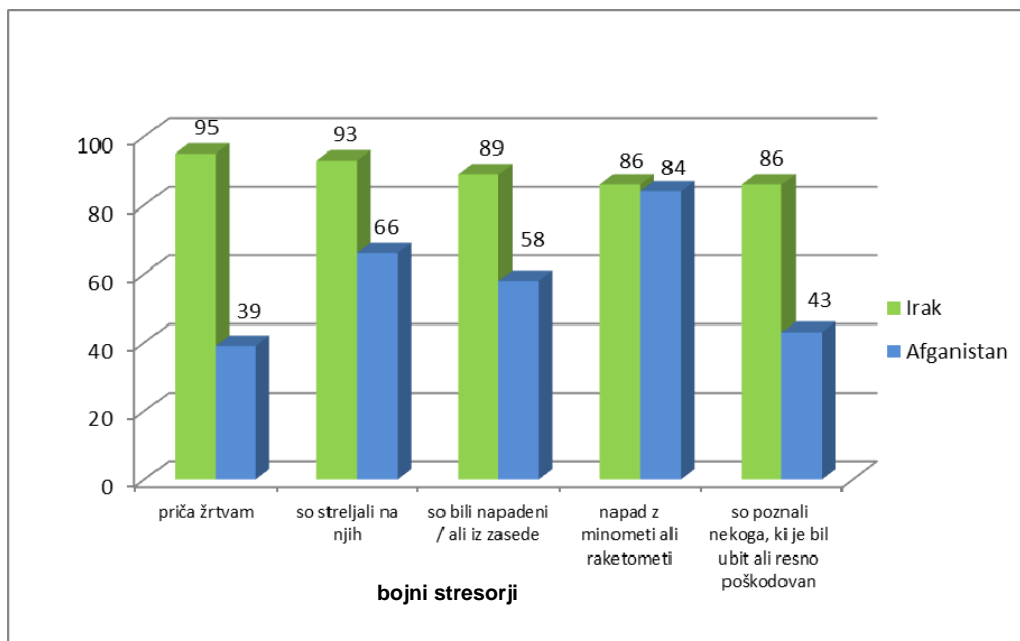
Število veteranov z diagnosticirano PTSM se razlikuje glede na operacije:

- Operacija »Iraška svoboda« (2003–2011) v Iraku – približno 20 odstotkov veteranov.
- Operacija »Enduring Freedom« (2001–2014) v Afganistanu – približno 20 odstotkov veteranov.
- Zalivska vojna (1990–1991) – operacija Puščavski vihar – približno 12 odstotkov veteranov.
- Vietnamska vojna (1955–1975) – 15 odstotkov veteranov je bilo po študiji v

poznih osemdesetih letih 20. stoletja diagnosticiranih s PTSM. Ocenjuje se, da je to število višje in da se je 30 % veteranov v svojem življenju že soočilo s PTSM (U. S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD 2015).

Ena zgodnjih študij duševnega zdravja pripadnikov vojske v Afganistanu in Iraku je pokazala, da so pripadniki vojne v Iraku poročali o večjem številu bojnih stresorjev kot vojaki v vojni v Afganistanu (glej Graf 8.1). Posledično so imeli pripadniki v Iraku več duševnih težav kot tudi večjo stopnjo pojavnosti PTSM kot vojaki v Afganistanu. Nedavne raziskave so pokazale na močno povezanost med stopnjo bojnega stresa in pojavom PTSM (Mental Health Effects of Serving in Afghanistan and Iraq). Študija leta 2004 je pokazala, da se je 31 odstotkov vojakov, ki so služili v Afganistanu, spopadlo z ognjem, medtem ko naj bi bil ta odstotek pri vojaki v iraški vojni med 71 in 86 odstotki. Stopnje PTSM so bile veliko višje po povratku vojakov domov kot pred samo razporeditvijo. Pokazala se je velika povezanost med bojnimi izkušnjami, kot npr. streljanje, ravnanje s trupli, poznavanje nekoga, ki je bil ubit, ubijanje sovražnikovih pripadnikov itd. ter prevladujočo PTSM. Na pojav PTSM v iraški vojni je v največji meri vplivala frekvenca in intenzivnost bojev (Hoge in drugi 2004, 16–17).

Graf 8.1: Odstotek vojakov, ki so bili soočeni z različnimi bojnimi stresorji v Iraku in Afganistanu



Vir: Badger 2014.

Nedavne raziskave so pokazale, da je število veteranov, ki iščejo pomoč v okviru Ministrstva za vojaške veterane (*US Department of Veteran Affairs*, v nadaljevanju VA) večje kot kadarkoli do sedaj. Podatki kažejo, da je med letoma 2002 in 2009 milijon pripadnikov zapustilo aktivno dolžnost v Iraku in Afganistanu in so postali upravičeni do pomoči VA, od tega jih je poiskalo pomoč le 46 odstotkov. Med temi jih je bilo 48 odstotkov diagnosticiranih s problemi duševnega zdravja. Kljub temu pa veliko veteranov, ki se soočajo z duševnimi boleznimi, ne poiščejo pomoči, med katerimi so med drugim, kot so sami navedli, tudi:

- skrb, da bodo zaradi tega drugače obravnavani,
- skrb, da bodo drugi izgubili zaupanje v njih,
- skrb glede zasebnosti,
- rajši se zanesejo na družino in prijatelje,
- mislijo, da zdravljenje ni učinkovito,
- skrbi glede stranskih učinkov zdravljenja,
- problem dostopnosti zdravljenja z vidika stroškov ali lokacije zdravljenja (Mental Health Effects of Serving in Afghanistan and Iraq).

RAND je v študiji primera identificiral dvaindvajset neodvisnih študij, ki razpolagajo z dokazi o razširjenosti PTSM, hudih depresij in / ali poškodb možganov med vojaki, razporejenimi v Irak (operacija Iraška svoboda) in Afganistan (operacija *Enduring Freedom*). Izsledki študije RAND so med drugim:

- Večina objavljenih študij glede duševnega zdravja med vojaki in veterani je sistematično izključila ali premalo zastopala pripadnike, ki so odšli iz vojske in pripadnike rezervne sestave. Študija RAND je pokazala, da je tveganje za pojav duševnih motenj znatno večje prav pri teh pripadnikih kot pri pripadnikih aktivne sestave.
- Hude depresije pogosto ne štejejo za bojno poškodbo, toda podatki kažejo, da je slednja zelo povezana z bojno travmo in da ji je potrebno nameniti več pozornosti.
- Približno polovica posameznikov z verjetno diagnozo PTSM ali depresijo je iskalo profesionalno zdravniško pomoč, vendar jih večina ni dobila minimalnega ustreznega zdravljenja. Z dvigom stopnje uporabe učinkovitega zdravljenja se

lahko zmanjša število posameznikov, ki bi bili drugače imeli dolgotrajno PTSM ali depresijo.

- Veliko najbolj pogosto zaznanih ovir za pridobitev potrebnega zdravljenja duševnih bolezni bi lahko zmanjšali, če bi imeli vojaki dostop do zaupnega zdravljenja.
- Potreben je dostop tako do ustreznih zdravil kot psihoterapij, saj veliko vojakov in veteranov skrbi glede stranskih učinkov zdravil (Tanielian in drugi 2008, 436).

Ključne ugotovitve študije RAND (Tanielian in drugi 2008, 433–444):

1. **Večina vojakov, ki so služili v vojni, se vrne domov brez problemov in se uspešno prilagodijo, toda nekateri imajo zaradi razporeditve velike težave z duševnim zdravjem.** Prejšnje študije naj bi pokazale prevladujoč pojav PTSM in depresij, vendar pa je malo podatkov glede obsega kognitivne prizadetosti po travmatični poškodbi možganov. Omenjena študija pa je pokazala, da se 5 do 15 odstotkov vojakov iz služenja vrne s PTSM in 2 do 14 odstotkov s hudo depresijo. Je pa manj podatkov o tem, koliko pripadnikov vojske se je soočilo s travmatično poškodbo možganov. Ne glede na vzorec, metodološki pristop ali čas posamezne študije se je izkazalo, da pri vojaki, ki so bili udeleženi v boju in so bili ranjeni, obstaja povečano tveganje, da razvijejo duševne motnje, večinoma PTSM. Pripadniki, ki so se borili v Iraku, naj bi bili bolj podvrženi tveganju za PTSM kot pripadniki, ki so služili Afganistanu. Pregled že objavljenih študij je izpostavil tri podatkovne vrzeli glede posploševanja, obsega in dostopnosti podatkov glede travmatičnih poškodb možganov, in sicer:
 - Študije se sklicujejo na raziskave razmeroma ozkih skupnih (npr. bojne enote, aktivne enote, kopenska vojska itd.) zaradi česar je ugotovitve težko posploševati na vse razporejene pripadnike.
 - Malo študij je preučilo oziroma omejeno preučilo povezavo med izkušnjami razporeditve/vpoklica in kasnejšimi težavami z duševnim zdravjem, znanje, ki je bistvenega pomena, če želimo razumeti, kako se lahko preventivno ukrepa ali omili posledice izpostavljenost bojevanju.
 - Raziskave o razširjenosti travmatičnih poškodb možganov in njegovih dolgoročnih učinkih so omejene.

Študija RAND je zato izvedla telefonsko raziskavo na 1.965 pripadnikih vojske iz 24 različnih geografskih območjih, ki so služili v Iraku in Afganistanu. Namen študije je bil vključiti širok nabor razporejenih pripadnikov iz različnih zvrsti vojske, različnih činov, iz specializiranih vojaških področjih in različnih geografskih regij.

2. **Stopnja izpostavljenosti bojnim travmam in stanjem, povezanih z duševnim zdravjem, je med veterani, ki so se vrnili domov, relativno visoka.** Stopnja izpostavljenosti določenim vrstam bojne travme se je gibala od 5 do 50 odstotkov, z visoko stopnjo izpostavljenosti poročali za mnoge travmatičnih dogodkov. Najpogosteje so poročali o travmah, ki so povezani z drugimi (npr. prijatelj, ki je bil hudo ranjen ali ubit). Neposredne poškodbe so vzrok za 10 do 20 odstotkov bojnih travm. Veliko število pripadnikov, ki so bili že pred tem razporejeni na bojne operacije naj bi se soočalo s PTSM (14 odstotkov), hudo depresijo (14 odstotkov) ali so poročali o verjetni travmatični poškodbi možganov (19 odstotkov). Ob predpostavki, da je študija RAND reprezentativna za 1,64 milijonov pripadnikov, ki so bili napoteni v Afganistan in Irak (podatek iz oktobra 2007), študija ocenjuje, da približno 300 tisoč posameznikov trenutno trpi zaradi PTSM ali hude depresije in da približno 320 tisoč veteranov trpi zaradi verjetne travmatične poškodbe možganov. Od pripadnikov, ki so bili že pred tem razporejeni na bojne operacije, jih je približno tretjina takih, ki trpijo za eno od zgoraj navedenih duševnih motenj.
3. **Določene skupine pripadnikov naj bi bile pod večjim tveganjem, da razvijejo tovrstna duševna stanja.** Višje stopnje PTSM in hudih depresij so bile ugotovljene pri pripadnikih kopenske vojske in marincih ter med pripadniki, ki ne služijo v aktivni sestavi (npr. rezervna sestava, upokojeni pripadniki, pripadniki, ki so bili odpuščeni iz vojske). Tem duševnim stanjem so bolj podvrženi tudi vpoklicano osebje, ženske in Latinoameričani ter vojaki, ki so bili razporejeni za daljše časovno obdobje (12 do 15 mesecev) ter bolj ekstenzivnim bojnim travmam. Izpostavljenost določeni bojni travmi je najboljši pokazatelj za razvoj PTSM ali hude depresije.
4. **Pri skrbi za tovrstne motnje obstaja velik prepad: potreba po zdravljenju je visoka, toda le redki pripadniki so deležni ustreznega zdravljenja.** Od tistih, ki naj bi trpeli za PTSM ali hudo depresijo, jih je le 53 odstotkov obiskalo zdravnika ali poiskalo pomoč za zdravljenje duševnih motenj in od tega naj bi jih le slaba

polovica prejela minimalno zadostno zdravljenje. Študija je pokazala, da pri iskanju pomoči obstaja veliko ovir za tiste, ki potrebujejo profesionalno oskrbo, največjo oviro pa naj bi predstavljalo samo zdravljenje, ki ni zaupno in bi po mnenju pripadnikov lahko omejilo nadaljnje razporeditve in poklicno napredovanje. 45 odstotkov anketirancev so skrbeli stranski učinki zdravil za zdravljenje duševnih motenj, četrtnina pa jih je menila, da tudi ustrezno zdravljenje ne bi bilo dovolj učinkovito. Logistične ovire, kot so čas, denar in dostopnost niso bile pogosto omenjene, vendar pa za nekatere pripadnike še vedno predstavljajo ovire. Obstaja pa tudi možnost, da pripadniki ali veterani ne iščejo pomoči, saj od nje ne pričakujejo koristi.

- 5. PTSM, hude depresije in travmatične poškodbe možganov imajo lahko dolgoročne in zaporedne posledice.** Vsa duševna stanja imajo, če niso ustrezno zdravljena, obsežne in negativne posledice za tiste, ki so jih prizadela. Pri posamezniku, ki trpi za enim od teh stanj, obstaja velika verjetnost, da se bo soočal še z drugimi psihiatričnimi težavami (kot npr. zloraba prepovedanih substanc) in poskusi samomora. Pri tistih, ki zbolijo, obstaja tudi večja verjetnost, da pride do drugih nezdravih vedenj (npr. kajenje, prenehanje spolnih odnosov itd.); višje stopnje fizičnih zdravstvenih težav in umrljivosti; nagnjenost k višji odsotnosti z dela in manjši produktivnosti na delovnem mestu ter večja verjetnost brezposelnosti. Zaradi vsega navedenega lahko trpijo tudi osebni odnosi, prihaja do ločitev, težav s starševstvom in lahko povzroči težave pri otrocih, ki čutijo posledice bojnih izkušenj več generacij. Obstaja tudi možna povezava med imeti enega od teh stanj in biti brezdomec. Omenjena duševna stanja imajo lahko takojšnje (kratkoročne) ali dolgoročne posledice. Takojšnje posledice za posameznika predstavljajo dodatne psihiatrične težave, slabo vzdrževanje zdravja, ki se lahko nakopičijo in prispevajo k dodatnim težavam, kot so psihično zdravje, medosebni odnosi, težave na delovnem mestu. Verjetnost, da bodo takšna stanja sčasoma sprožila negativni val posledic, je večja, če so prvotni simptomi hujši in prizadenejo posameznika, ki je bil že prej ranljiv (npr. nestabilni družinski odnosi, nizek socialno-ekonomski položaj, zgodovina psihopatologije, itd.). Študije kažejo, da posamezniki, ki se morajo poleg teh duševnih motenj soočiti še z drugimi stresorji, občutijo hujše posledice. Po drugi strani pa lahko viri moči, kot so podpora družine, visok socialno-ekonomski položaj, višja izobrazba, delujejo kot blažilec pri

posameznikov, ki se soočajo z relativno hudimi simptomi. Pomembno je, da se tovrstna duševna stanja pri pripadnikih prepozna in začne zdraviti čim prej. Zgodnje ukrepanje je zato ključnega pomena in pomeni dolgoročen uspeh, pri tem pa je pomembno, da pripadniki poiščejo pomoč in dobijo ustrezno zdravljenje. Študije so tudi pokazale, da se s tovrstnimi duševnimi motnjami lažje soočajo posamezniki, ki imajo na voljo več sredstev (socialnih, finančnih, izobrazbenih), zato bi bile politike, ki spodbujajo odpor z zagotavljanjem teh sredstev lahko tako učinkovite kot programi, ki so usmerjeni neposredno na simptome teh duševnih motenj.

6. **Dolgoročne posledice tovrstnih duševnih motenj so tudi ekonomski stroški, ki nastanejo zaradi izgube produktivnosti, zdravljenja, poskusov samomora, brezdomstva, zlorabe prepovedanih substanc, domačega nasilja itd.** Stroški učinkovitega zdravljenja, ki bi bilo dostopno večjemu številu pripadnikov s tovrstnimi duševnimi stanji, bi se kljub povišanju stroškov za zdravljenje sčasoma izravnali z večjo produktivnostjo ljudi, ki trpijo za temi simptomi in zmanjšajo stopnjo samomorilnosti. V kolikor bi upoštevali še druge zgoraj navedene dejavnike, ki prispevajo k stroškom zdravljenja zaradi drugih bolezni, bi bili ti stroški še manjši. Ključnega pomena pri ocenjevanju stroškov pa naj bi bila prav zmanjšana produktivnost pripadnikov, predvsem tistih, ki trpijo za PTSD. Pri ocenjevanju stroškov pa bi bili pomembni tudi podatki o prehodu delovne sile oziroma pripadnikov znotraj obrambnega sistema in pri prehodu na civilna področja dela.
7. **Sistem zdravljenja. Na voljo so številne storitve duševnega zdravljenja, vendar pri tem še vedno obstajajo precejšnje vrzeli in ovire.** Vojaško osebje ZDA ima na razpolago več možnosti, ko iščejo pomoč za svoje duševne težave, od vojaških duhovnikov, zdravnikov za duševne težave v operativnih enotah, svetovanja, ki je na voljo v programih storitev skupnosti in drugih storitev za duševno zdravje, ki jih nudijo vojaške zdravstvene ustanove (*Military Treatment Facilities*). Ministrstvo za obrambo je razvilo tudi novosti, kot so model sodelovanja pri oskrbi (Re-Engineering Systems of Primary Care for PTSD and Depression in the Military - RESPECT-MIL³), ki prinašajo storitve duševnega zdravljenja v primarno

³ RESPECT-MIL pomeni preoblikovanje sistemov primarne oskrbe zdravljenje v vojski. To je sistem primarne oskrbe, zasnovan za izboljšanje prepoznavanje in visoko kakovostnega upravljanja PTSD in

zdravstvo. Dodatno so na voljo še informacije in svetovanje preko *Military OneSource*⁴ ter vrsto zdravstvenih in specialističnih storitev za duševno zdravje preko civilne mreže *TRICARE*⁵. Čeprav si TRICARE prizadeva za razširitev svojih zmogljivosti za zdravljenje duševnih motenj in kognitivnih težav (vključno z zaposlitvijo in usposabljanje dodatnega osebja), pa ostajajo vrzeli v dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva, tako s strukturnega vidika (razpoložljivost, čakanja itd.) kot tudi zaradi osebnih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na iskanje primerne pomoči prizadetih posameznikov. Morali bi razširiti usposabljanje na dokazih osnovano zdravljenje tistih, ki trpijo za PTSM in hudo depresijo, kar bi pripomoglo k zgodnji intervenciji pomoči. Kljub zadostnim zmogljivostim za zagotavljanje visoko kakovostnih storitev zdravljenja duševnih bolezni ter zaradi politike in kulturnih vprašanj, pripadniki oklevajo pri iskanju pomoči, saj se mnogi bojijo, da bi si z iskanjem pomoči in zdravljenjem zmanjšali možnosti za zaposlitev in vojaško kariero. Ministrstvo za obrambo si prizadeva za premostitev kulturnih in vedenjskih ovir pri pridobivanju potrebne pomoči, vključno z zagotavljanjem izobraževanj, katerih cilj je dvig ozaveščenosti med vojaškimi voditelji in vključitev strokovnjakov za duševno zdravje v same enote, ki pripadnikom pomagajo zagotoviti, da se zavedajo koristi duševnega zdravja. Pomembna pa je tudi premostitev institucionalnih ovir, npr. da bi zagotovili zaupno oz. "varno" svetovanje glede duševnih motenj znotraj posameznih enot, vključno z na dokazih temelječo psihoterapijo za PTSM in hude depresije ter svetovanje za širše čustvene

depresije. Gre za model zdravljenja, ki ga je razvil zdravstveni klinični oddelek za razporeditve Ministrstva za obrambo ZDA za pregled, ocenjevanje in zdravljenje vojakov na aktivni dolžnosti, ki se soočajo z depresijo in/ali PTSM (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2012b).

⁴ MILITARY ONESOURCE je zaupen brezplačni program, ki ga financira Ministrstvo za obrambo in zagotavlja celovite informacije o vseh vidikih vojaškega življenja brez stroškov za vojaško osebje na aktivni dolžnosti, pripadnike nacionalne garde in rezervne sestave ter njihove družine. Informacije vključujejo različna področja, od vpoklica, razporeditve, razmerij, žalovanj, zaposlovanja in izobraževanja partnerjev, starševstva in otroštva, finančno podporo, svetovanje glede zdravja, kariere ter še veliko več. Program ima izdelano politiko in programske informacije, na voljo so različni in koristni viri, izdelki, članki in nasveti o številnih temah, povezanih z vojaškim življenjem. Zaupne storitve so na voljo 24 ur na dan preko klicnega centra ali spletne strani, kjer je na voljo tudi svetovanje z različnih področjih vojaškega življenja. Ponuja tudi osebno svetovanje, 24-urna podpora pa je zagotovljena ne glede na to, kje vojak živi ali služi (Military OneSource 2015).

⁵ TRICARE je program zdravstvenega varstva za uniformirane pripadnike vojske (aktivne, pripadnike nacionalne garde in rezervne sestave, upokojene, preživele itd.) in njihove družine po vsem svetu. Upravlja ga Agencija za zdravje Ministrstva za obrambo. Podporo nudi skoraj 9,5 milijona upravičencem po vsem svetu. Ponuja različne zdravstvene programe, ki zagotavljajo celovito oskrbo vsem upravičencem, cilj pa je podpora vojaških misij s spodbujanjem, varovanjem, ohranjanjem in povrnitvijo zdravja (Tricare 2015).

in situacijske težave, s čimer bi lahko ohranili tudi zaupanje pripadnikov, da se s tem lahko izognejo negativnim posledicam za njihovo kariero. Problem Ministrstva za obrambo pa naj bi bil kljub prizadevanjem, da ni razvilo infrastrukture za rutinsko merjenje proces in rezultatov duševnega zdravljenja in kakovosti običajnih storitev. Na drugi strani pa se je Ministrstvo za vojne veterane v zadnjem desetletju osredotočilo na merjenje uspešnosti in izboljšanje kakovosti duševnega zdravljenja. Pomemben je napredek v smeri merjenja učinkovitosti psihoterapije, ki jo je deležno vojaško osebje in veterani, kot to velja za civilni sektor. Ministrstvo za obrambo je zato tudi ustanovilo Obrambni center odličnosti za duševno zdravje in travmatične poškodbe možganov (*Defense Center of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury*).

8. **Ministrstvo za vojne veterane se sooča z novimi izzivi pri zagotavljanju dostopa do duševnega zdravljenja.** Ker VA deluje znotraj fiksnega proračuna in uporablja prednostni sistem za vodeni dostop do storitev, se vojni veterani iz različnih področij potegujejo za zdravljenje in podporne storitve znotraj omejenih virov. Mlajši veterani naj bi celo poročali, da se počutijo neprijetno znotraj ustanov VA, v katerih se zdravijo starejši bolniki z različnimi zdravstvenimi težavami. Zato bi moralo VA razmisliti o namestitvi oziroma oskrbi mlajših veteranov kot tudi omejitvah glede geografske razpršenosti storitev. Za veterane vojne v Iraku in Afganistanu je zato potrebno razviti nov pristop kot tudi nove analize glede zahtev po dodatnih zmogljivostih in storitvah ter vrstah storitev v sistemu oskrbe (npr. potrebne so dodatne analize števila usposobljenih razpoložljivih ponudnikov storitev oskrbe in izkoristek le-teh na lokalni ravni). Poleg tega veterani vojne v Iraku in Afganistanu potrebujejo boljši dostop do storitev duševnega zdravja zunaj sistema zdravstvenega varstva VA, npr. razširitev centrov za veterane, ki nudijo ugodnosti in podporno svetovanje. K povečanju zmogljivosti zdravljenja lahko pomembno prispevajo tudi mreža skupnosti strokovnjakov za duševno zdravje, ki so na voljo preko zasebnega zavarovanja oziroma zavarovanja delodajalca, vključno s sistemom *TRICARE*.
9. **Težave pri prepoznavanju posameznikov s trajnimi posledicami blage travmatične poškodbe možganov ovirajo oskrbo.** Za blago travmatično poškodbo možganov, kjer so kognitivni primanjkljaji manj pogosti in bolj prehodni, primanjkljaji v dostopu do storitev izhajajo iz slabe dokumentacije glede

izpostavljenosti eksplozijam in neuspeh pri odkrivanju posameznikov z verjetno travmatično poškodbo možganov, vključno z nedoslednimi praksami evalvacij, osebnim odnosom in vojaškimi kulturnimi dejavniki, prekrivanje z dejavniki akutne stresne reakcije in PTSM ter možen zakasnel pojav simptomov. Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (*The Defense Veterans Brain Injury Center*) si prizadeva za večjo ozaveščenost vojaške skupnosti, ponudnike storitev in družin glede blagih travmatičnih poškodb možganov, da ne bi prišlo do stigmatizacije slednjih.

- 10. Potrebna je večja koordinacija kompleksnega sistema zdravljenja pri vojaki s hudimi poškodbami.** Pri hudih poškodbah so poleg zdravljenja pomembne še podporne in rehabilitacijske storitve, ki pa se skozi čas spreminjajo. Posebej problematičen naj bi bil prehod iz zdravstvene oskrbe Ministrstva za obrambo v specialistične travmatološke storitve Ministrstva za vojne veterane. Slednje je zato pričelo z dodatnim zaposlovanjem in usposabljanjem osebja za zagotovitev koordinacije in povečanje zmogljivosti sistema oskrbe.

8.1 Odziv Združenih držav Amerike na pojav PTSM v vojnah v Iraku in Afganistanu

Leta 2001 po septembrskih terorističnih napadih Al Kaide, ZDA začnejo z vojaško operacijo *Enduring Freedom* v Afganistanu. Ministrstvo za obrambo pričinja s študijo *Millennium Cohort Study*, s katero želi raziskati dolgoročne zdravstvene posledice razporeditve pripadnikov ameriške vojske. Gre za največjo vojaško zdravstveno študijo v Združenih državah Amerike doslej. Število na novo diagnosticiranih s PTSM med vpoklicanimi in ne-vpoklicanimi je 1703, število pripadnikov s travmatično poškodbo možganov je 11.830.

Leta 2003 ameriška vojska prične z vojaško operacijo *Iraška svoboda (Iraqi Freedom)*. Število novih diagnosticiranih primerov PTSM med razporejenimi in ne-razporejenimi pripadniki je 2693. Incident diagnoze travmatične poškodbe možganov je 12.886. Nacionalni centri za preprečevanje poškodb in nadzor kongresu preda drugo poročilo o blagih travmatičnih poškodbah možganov (*Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 24*).

Leta 2005 namestnik državnega sekretarja za obrambo pooblasti *Post-Deployment Health Reassessment* za ponovno, drugo presojo duševnega zdravja vojakov tri do šest mesecev po vrnitvi z misije. Za spremljanje zdravstvenih skrbi, ocen in napotnic vseh članov aktivne sestave, nacionalne garde in pripadnikov rezervne sestave uporabljajo predpisane obrazce DD Form 2900, ki so namenjeni boljšemu pregledu oziroma oceni različnih stanjem duševnega zdravja. Obrazec se nahaja na 10 straneh in je namenjen zbiranju informacij o fizičnem in duševnem zdravju po napotitvi v boj, kontingent ali druge operacije zunaj ZDA ter v pomoč akterjem zdravstvene oskrbe pri nujenju trenutne ali nadaljnje oskrbe.

Leta 2006 je z mandatom kongresa ustanovljen Center za napotitveno psihologijo (*Center for Deployment Psychology*). Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (*Defense and Veterans Brain Injury Center*) razvije Vojaško oceno akutnega pretresa, t. i. MACE (*Military Acute Concussion Evaluation*), standardizirano ocenitveno orodje za prepoznavanje simptomov blage travmatične poškodbe možganov, ki omogoča akterjem pomoči hitro merjenje kognitivnih funkcij v štirih ključnih področjih: orientacija, takojšnji spomin, koncentracija in priklic spomina. Za učinkovitost zdravljenja je potrebno oceno MACE izvesti v 24-ih urah po potencialno stresnem dogodku, s katerim se je soočil vojak. Te podatke je mogoče kombinirati z drugimi kliničnimi podatki z namenom določitve zdravljenja in nege. S tem se tudi oceni, ali se pripadnika lahko vrne na aktivno dolžnost. MACE je bil revidiran leta 2012 (*Defense and Veterans Brain Injury Center 2015*).

V letu 2007:

- Februarja 2007 Washington Post objavi vrsto člankov na temo težav pri zagotavljanju kvalitetne oskrbe vojakov v Vojaškem zdravstvenem centru Walter Reed (*Walter Reed Army Medical Center – WRAMC*), zaradi česar je obrambni sekretar zahteval revizijo oskrbe.
- 5. marca 2007 je ustanovljen pododbor za pregled stanja in reformo.
- 6. marca 2007 predsednik George W. Bush ustanovi Komisijo glede oskrbe ameriških ranjenih bojevnikov, ki so se vrnili (*Commission on Care for America's Returning Wounded Warriors, Dole-Shalala Commission*) in Predsedniško delovno skupino za vrnjene heroje globalne vojne proti terorizmu (*Presidential Task Force*

on *Returning Global War on Terror Heroes*). Slednja 19. aprila izda končno poročilo, ki obsega 25 priporočil za spremembe v sistemu oskrbe in zdravstvenih storitvah v vsem vojaškem zdravstvenem sistemu, še posebej pa potrebo po boljšem sodelovanju med Ministrstvom za obrambo in Ministrstvom za veterane.

- Aprila 2007 neodvisna skupina, ki jo imenuje obrambni minister Robert Gates izda svoje poročilo o rehabilitacijski oskrbi in administrativnih postopkih na WRAMC z naslovom "Obnova zaupanja", ki opisuje okoliščine, ki so privedle do težav pri oskrbi in daje nadaljnja priporočila za izboljšanje kakovosti oskrbe;
- Maja 2007 obrambni minister Gates in minister za veterane ustanovita Višji nadzorni odbor za ranjene, bolne in poškodovane (*The Wounded, Ill, and Injured Senior Oversight Committee*), da prevzame nadzor nad integracijo, izvajanjem, usklajevanjem in zagotavljanje virov različnih delovnih skupin in priporočil komisije. Odbor organizira dejavnosti na osmih področjih delovanja, od katerih se drugi osredotoča predvsem na psihično zdravje in travmatične poškodbe možganov.
- Maja 2007 delovna skupina vojske za travmatične poškodbe možganov izda končno poročilo.
- Junija 2007 delovna skupina za travmatične poškodbe možganov Višje nadzornega odbora za ranjene, bolne in poškodovane sestavi ekipo strokovnjakov za zdravstvene zadeve, t.i. "rdeča celica", ki obsega pet območjih delovanja in sicer dostop do oskrbe, kakovost oskrbe, prožnosti, nadzora ter koordinacija prehoda in oskrbe. Projektna skupina o duševnem zdravju Ministrstva za obrambo izda končno poročilo. Sklican je vrh psihološkega zdravja z namenom, da pregleda 95 priporočil projektne skupine in da ustvari niz "akcijskih pobud" za napotitev na t.i. "rdeč celice". Projektna skupina izda priporočila na štirih glavnih področjih, vključno z izgradnjo kulture podpore psihološkega zdravja, zagotavljanje celotnega kontinuuma oskrbe, viri in krepitev vodstva.
- Julija 2007 Komisija glede oskrbe ameriških ranjenih bojevnikov, ki so se vrnili, izda končno poročilo z naslovom "Služiti, podpora in poenostavitev" (*Serve, Support, Simplify*).
- Oktobra 2007 se sestane Panel nevropsihološke in nevrokognitivne ocenitve, da oceni in izda priporočila za spremembo in posodobitev vojaške avtomatične nevropsihološke ocenitvene matrike, t. i. ANAM (*Army Automated Neuropsychological Assessment Metrics*). ANAM je računalniško orodje,

zasnovano z namenom ocenjevanja in odkrivanja hitrosti in točnosti pozornosti, spomina in sposobnosti mišljenja. Gre za kognitivna področja, vključno s pozornostjo, koncentracijo, reakcijskih časom, spominom, hitrostjo obdelave in odločanjem, ki bodo najverjetneje prizadeta ob pretresu možganov. ANAM zagotavlja zdravnikom in raziskovalcem teste, s katerimi se ocenijo spremembe v kognitivnem stanju posameznika v daljšem časovnem obdobju. Program zagotavlja osebno kognitivno izhodišče za vsakega pripadnika, tako da se po morebitni poškodbi pripadnika (travmatični poškodbi možganov) njegovi rezultati primerjajo s svojimi lastnimi izhodišči za oceno sprememb v kognitivnih funkcijah. Test akterjem v središču dogajanja na prvi bojni črti omogoča ključne informacije za vrednotenje in delo z ranjenimi pripadniki ter odločitev o morebitnem povratku na aktivno dolžnost. Rezultati ocenjevanja se štejejo za zaščitene zdravstvene podatke in postanejo del zdravstvene kartoteke pripadnika. Kljub temu pa znanstvena spoznanja ne podpirajo testiranja ANAM vseh pripadnikov po koncu služenja oz. razporeditve, ampak je bolj namenjen pripadnikom, ki so doživeli travmatično poškodbo možganov, na rezultat testa pa lahko vpliva tudi kronična utrujenost, anksioznost in zdravila (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2012a).

- Oktobra 2007 Ministrstvo za obrambo in Ministrstvo za veterane oblikuje Strateško delovno skupino za psihološko zdravje ženskih pripadnic in veteranov.
- Novembra 2007 je podpisan memorandum, s katerim se ustanovijo Obrambni centri odličnosti za psihološko zdravje in travmatične poškodbe možganov (*Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury – DCoE*).
- Število novih diagnosticiranih primerov PTSM med razporejenimi in nerazporejenimi pripadniki je 13.729, incident diagnoze travmatične poškodbe možganov je 23.002 (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 27–30).

V letu 2008:

- Januarja 2008 je izdana revidirana verzija Ponovne zdravstvene ocene po razporeditvi (*Post Deployment Health Reassessment*), ki vključuje pregled možne travmatične poškodbe možganov s pomočjo obrazca DD Form 2900. Ustanovljen je

Odbor za preprečevanje in zmanjšanje tveganj za samomore (*Suicide Prevention and Risk Reduction Committee – SPARRC*). Predseduje mu DCoE. SPARRC zagotavlja forum za Ministrstvo za obrambo in Ministrstvo za veterane pri pomoči in usklajevanju preprečevanja samomorov in prizadevanjih za zmanjšanje tovrstnih tveganj.

- 28. januarja 2008 sprejetje federalnega zakona *National Defense Authorization Act* (NDAA) kongresu zagotovi končno oblikovanje DCoE. V NDAA je vključena tudi določba o posodobitvi standardov za razvrščanje in diagnosticiranje travmatične poškodbe možganov, da "zagotovijo, da žrtve travmatične poškodbe možganov prejmejo zdravniško oznako sočasno s svojo poškodbo namesto medicinskega poimenovanja, ki se dodeljuje generični klasifikaciji, kot je "organska psihiatrična motnja".
- Aprila 2008 sodelovanje DCoE z neprofitno izobraževalno organizacijo t. i. *Sesame Workshop* pripelje do programa "Govori, poslušaj, poveži se" (*Talk, Listen, Connect*), namenjen vojaškim družinam, predvsem pa otrokom, ki se soočajo z odhodom enega od staršev na misijo. Po podatkih naj bi bilo skoraj 800.000 predšolskih otrok v ZDA ločenih od enega od staršev zaradi odhoda na misijo. Program je zastavljen v treh fazah z namenom doseči otroke, katerih starši so odšli na misijo, so se po dolgem času vrnilo z nje, so soočeni z bojnimi poškodbami svojih staršev ali pa celo s smrtjo starša ali ljubljene osebe. Program vsebuje knjige, video gradivo, televizijske animacije, delovne pripomočke, delovne zvezke itd., ki so bili posebej oblikovani z namenom, da družinam pomagajo soočati se s tovrstnimi težavami, da vidijo, kako se s tem soočajo druge družine kot tudi pošasti iz znane risanke Sezamova ulica. Rezultati kažejo, da naj bi predšolski otroki doživeli manj negativnih vedenj, kot zahtevnost in nestrpnost, zaradi vseh gradiv, ki so na voljo in ob pomoči staršev, naj bi se počutili manj depresivno ali brezupno, prav tako starši poročajo o pomembnih pozitivnih spremembah pri njihovi starševski vlogi. Rezultati so vidni tudi pri soočanju otrok z ranjenimi družinskimi člani in pri žalovanju po smrti družinskega člana (*Sesameworkshop – our initiatives – talk, listen, connect 2015*).
- Maja 2008 Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (*Defense and Veterans Brain Injury Center – DVCIB*) izda Klinične smernice ravnanja pri blagi travmatični poškodbi možganov. Center za preučevanje travmatičnega stresa

(Center for the Study of Traumatic Stress - CSTS) objavi prve študije o človeški PTSM možganskega tkiva, s čimer odkriva nove poti v nevrobiologiji PTSM in utira pot za morebitna nova zdravljenja.

- Julija 2008 je vzpostavljena spletna stran Obrambnega centra odličnosti za psihološko zdravje in travmatične poškodbe možganov.
- Avgusta 2008 je vzpostavljena spletna stran *After deployment* z namenom, da zagotovi sredstva, vire in informacije za pripadnike vojske, veterane in njihove družine na spletu z namenom iskanja samooskrbnih rešitev glede PTSM, depresije in drugih vedenjskih zdravstvenih izzivov, s katerimi se pripadniki pogosto soočajo po razporeditvi. Istega meseca ameriška vojska vzpostavi svetovalno službo, dostopno preko elektronskega naslova na samem bojišču za travmatične poškodbe možganov.
- Oktobra 2008 Nacionalni center za telezdravje in tehnologijo (*The National Center for Telehealth & Technology – T2*) izvede prvo klinično delavnico usposabljanja za izvajalce Ministrstva za obrambo in Ministrstva za veterane za virtualno terapijo izpostavljenosti realnosti PTSM.
- Novembra 2008 Center za preučevanje travmatičnega stresa predstavi prve študije PTSM biomarkerjev, ki nakazujejo, da je lahko povečana raven proteina in z njim povezanega gena, znan kot P11, povezana s simptomi PTSM. Poznavanje te morebitne povezanosti bi lahko privedla do bolj natančne diagnoze PTSM.
- Decembra 2008 Zdravstveni klinični center za razporeditev (Deployment Health Clinical Center – DHCC) dokonča program RESPECT-MIL z namenom razširitve ocenjevanja in možnosti zdravljenja PTSM. Istočasno klinični center vzpostavi klinično preizkušnjo DISTRESS-PC – spletno osnovano kognitivno samoupravljalno vedenjsko orodje.
- Število novih diagnosticiranih primerov PTSM med razporejenimi in nerazporejenimi pripadniki je 16.554. Incident diagnoze travmatične poškodbe možganov je 28.557 (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 31–34).

V letu 2009:

- Obrambni center odličnosti za psihološko zdravje in travmatične poškodbe možganov (DCoE) januarja 2009 lansira klicni center "Outreach 24/7 Call Center",

ki združuje profesionalne strokovne svetovalce, specializirane na področju psihološkega zdravja in travmatične poškodbe možganov in ki razumejo vojaško kulturo. Klicni center je na voljo 24 ur vse dni v tednu preko telefona, spletnih pogovorov ali elektronske pošte ter je brezplačen. Je zaupanja vreden vir informacij in sredstev o psihičnem zdravju in travmatičnih poškodbah možganov in je prilagojen glede na potrebe in zahteve posameznika. Ni pa klicni center namenjen zdravljenju in strokovni oskrbi pripadnikov (Dcoe outreach center | 24/7 2015).

- Aprila 2009 Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (DVBIC) izda Smernice klinične prakse za blažjo travmatično poškodbo možganov v okviru razporeditve. DCoE in DVBIC istega meseca skličeta konferenco o kognitivni rehabilitaciji. Ministrstvo za obrambo in Ministrstvo za veterane izdata Smernice klinične prakse pri upravljanju pretresa/blage travmatične poškodbe možganov, katerih cilji so med drugim spodbujanje na dokazih osnovane obravnave bolnikov, ki imajo diagnosticirano blago travmatično poškodbo možganov; spodbujanje učinkovitega ocenjevanja pritožb bolnikov; opredelitev kritičnih točk odločitev glede zdravljenja bolnikov s pretresom ali travmatično poškodbo možganov; izboljšanje lokalne oskrbe bolnikov, s čimer se izboljšajo tudi rezultati pri bolniku; sprejem lokalnih politik in postopkov v zvezi z napotitvami k specialistom in svetovalcem; natančno in pravočasno diagnosticiranje bolnikov z različnimi simptomi, ki sledijo pretresu, travmatični poškodbi možganov ali drugim posledicam poškodb glave; izboljšanje kakovosti in kontinuuma oskrbe; prepoznati bolnike, ki imajo lahko koristi od nadaljnjih ocenjevanj, kratkih intervencij in neprekinjenega zdravljenja; izboljšanje rezultatov zdravljenja; zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti bolnikov itd. (Department of Veterans Affairs in Department of Defense 2009).
- Maja 2009 DCoE lansira kampanjo *Real Warriors Campaign* za ublažitev stigmatizacije, povezane z iskanjem pomoči v povezavi s psihološkim zdravjem in travmatično poškodbo možganov. Gre za multimedijsko ozaveščanje javnosti zasnovano tako, da spodbuja lastno iskanje pomoči pripadnikov, veteranov in vojaških družin pri spopadanju z nevidnimi ranami. Kampanja je integralni del prizadevanja Ministrstva za obrambo za spodbujanje bojevnikov in družin, da poiščejo ustrezno nego in podporo za psihološke zdravstvene težave. Da bi dosegli najširšo publiko, kar je možno, je kampanja vključevala različne strategije,

vključno z ozaveščanjem in partnerstvom, tiskanim materialom, medijskim dosegom, interaktivno spletno stranjo, mobilno spletno stranjo in socialnimi mediji. Kampanja prikazuje tudi zgodbe dejanskih pripadnikov vojske, ki so zaprosili za psihološko podporo ali oskrbo z uspešnimi rezultati, vključno z učnim obvladovanjem veščin, vzdrževanjem svojega varnostnega preverjena in rednega uspeti v svojih vojaških ali civilnih karierah. Zgodbe dejanskih bojevnikov naj bi bile dokaz, da je prošnja za pomoč znamenje moči, od katere ima koristi celotna vojaška skupnost (Realwarriors 2015).

- Julija 2009 je rezultat sodelovanja med DCoE in delavnico *Sesame Workshop* vzpostavitev spletne strani *Family Connections*, kjer so na voljo različna gradiva in vsebine glede premestitev vojakov, razporeditve na misije, vrnitve domov, samoizražanja, poškodb in žalovanja.
- Avgusta 2009 Obrambni center za možganske poškodbe veteranov (DVBIC) vzpostavi novo spletno stran glede travmatične poškodbe možganov *brainline.org* in začne s programom daljinske oskrbe nevropsihološkega ocenjevanja. *Brainline.org* je mednarodni multimedijski projekt, ki nudi informacije in vire glede preventive, zdravljenja in življenja s travmatično poškodbo možganov.
- Oktobra 2009 DCoE izda Smernice klinične prakse kognitivne rehabilitacije po blagi travmatični poškodbi možganov.
- Število novih diagnosticiranih primerov PTSM med razporejenimi in nerazporejenimi pripadniki je 16.027. Incident diagnoze travmatične poškodbe možganov je 27.862 (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 35–36).

V letu 2010:

- Junija 2010 se odpre nov Nacionalni center odličnosti (*National Intrepid Center of Excellence*). Ministrstvo za obrambo izda Direktivo tipa memorandum (DTM) 09-033, da "zagotovijo celovito oceno pripadnikov, ki so bili izpostavljeni potencialno pretresnim dogodkom".
- 25. junija 2010 študija Inštituta za medicino (*The Institute of Medicine*) "Zalivska vojna in zdravje: zvezek 8" (*Gulf War and Health: Volume 8*) zaključí, da sindrom zalivske vojne "ni možno zanesljivo pripisati katerikoli znani psihiatrični motnji" in

da je "verjetno nastala kot posledica medsebojnega delovanja genetskih in okoljskih dejavnikov".

- Avgusta 2010 DCoE in DVBIC izdala vodnik o blagi travmatični poškodbi možganov (*Mild Traumatic Brain Injury Pocket Guide*) za primarno zdravstveno oskrbo in druge akterje zdravstvene oskrbe.
- Septembra 2010 DCoE v sodelovanju z Ministrstvom za veterane prične s serijo spletnih študij v 12-ih modulih glede primerov travmatične poškodbe možganov kot priložnost za zdravstvene delavce, da pridobijo dodatna razumevanja o ocenjevanju in zdravljenju.
- 31. decembra 2010 DCoE izda "Priročnik za družino in prijatelje pripadnikov - pred, med in po razporeditvi" (*A Handbook for Family and Friends of Service Members — Before, During and After Deployment*) (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury 2015, 37–38).

V letu 2011:

- Februarja 2011 Obrambni centri odličnosti za duševno zdravje in travmatične poškodbe možganov (DCoE), Vojaško zdravstveno poveljstvo (*US Army Medical Command*) in Ministrstvo za veterane izdajo delovni pripomoček glede velikih depresivnih motenj *Major Depressive Disorder Tool Kit*, ki predstavlja pomemben vir za izvajalce osnovnega zdravstvenega varstva, ki delajo s pripadniki vojske in veterani, spodbuja natančen pregled in diagnozo ter obvladovanje simptomov.
- DCoE marca 2011 vzpostavi mrežo psihološkega zdravja in travmatične poškodbe možganov (Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury. 2015, 39).

Pregled aktivnosti in ukrepov kaže na zavzetost oboroženih sil Združenih držav Amerike in podpornih ustanov, tudi zaradi pritiska javnosti, po preventivnem delovanju oziroma vzpostavitvi učinkovitejšega načina ocenjevanja možnosti razvoja PTSM pri njenih pripadnikih, kot tudi zavzetost za učinkovitejše načine zdravljenja ter pomoči in podpore ob povratku pripadnikov domov.

9 SKLEPI IN ZAKLJUČEK

Danes ima zahodna družba malo tolerance do smrti in ranjenih, velik poudarek je na odpravi tveganja. Zdi se, da se kulturne spremembe odražajo v pojavnosti psihičnih motenj, tako v času pred, med in še zlasti po samem bojevanju. Zaradi izboljšanja stopnje preživetja se tako povečuje število potencialnih psihiatričnih žrtev in težišče pozornosti se preusmerja na psihološke probleme. Pred tem so npr. alternativo post-bojnim sindromom lahko služile dejanske bojne rane.

Vojaško osebje, ki je doživljalo boje v Iraku in Afganistanu, trpi za ranami, ki so veliko številčnejše in raznovrstne od tistih, za katerimi so trpeli veterani prejšnjih vojn. To je delno posledica napredka v medicini in tehnologiji. Vojaki, ki so utrpeli hude rane v prejšnjih vojnah, so preprosto umrli, ker so bili izven dosega sodobne medicine in tehnologije. Poleg tega v prejšnjih vojnah sindrom posttravmatske stresne motnje sploh ni dobil imena, kaj šele priznanja in veljavne oblike, povezane z vojnimi nezgodami. Zdaj je PTSM temeljito dokumentirana in veteranom je na voljo cela vrsta različnih zdravljenj in pomoči. Po drugi strani pa obstajajo precejšnje medkulturne spremembe in izražanja PTSM, ki se lahko razlikujejo v različnih državah in kulturnih okoljih, tudi takrat, ko so izpolnjeni diagnostični kriteriji.

Preživetje vojaškega osebja v Iraku in Afganistanu je bila po nekaterih podatkih skoraj 90 % v glavnem zaradi razvoja neprebojnih jopičev in medicine kot tudi takojšnih evakuacij. Za številne ranjene pripadnike na drugi strani pa so trajno zelo izčrpavajoče poškodbe, za katere bo potrebna vseobsegajoča, neprekinjena in pogosto celo doživljenjska oskrba. Povečano število pojava PTSM pri pripadnikih, ki so se vrnili iz bojev v Iraku in Afganistanu ni presenetljivo zaradi kaotične narave bojev. Po nekaterih podatkih naj bi bilo v operacijah v Afganistanu in operaciji Iraška svoboda 65 % žrtev zaradi eksplozij, še posebej tistih, ki izhajajo iz improviziranih eksplozivnih naprav. Teroristični napadi, urbano bojevanje, številne in dolgotrajne bojne operacije in prodorne nevarnosti iz obcestnih bomb so nekatere značilnosti konfliktov, ki še posebej vplivajo na stres preživelih vojaških pripadnikov.

Potrebne so nadaljnje raziskave za boljše razumevanje narave in resnosti poslabšanja pojava PTSM, upoštevajoč različne dimenzije, ki vključujejo delo, družino, socialne odnose in druge podporne ustanove. Raziskave so potrebne tudi za boljše merjenje učinkov povezanih dejavnikov, kot so zloraba alkohola, agresija, tvegana vedenja in fizični simptomi ter potrebno je razumeti celoten obseg učinkov travm, povezanih z vojno in drugimi nebojnimi operacijami.

Ob zgoraj naštetih fenomenih nam postane jasno, da doživetja duševnih travm niso le individualni problemi. Čeprav so tovrstna doživetja vedno individualni problemi, se lahko prenašajo na druge (člani družine, sorodstvene mreže, odnosne mreže – somišljeniki, soborci itd.). Iz individualne ravni se destruktivni vplivi travm lahko širijo na raven kolektivov in institucij, s čimer se še potencirajo. Slednje se je potrdilo tudi skozi zgodovinski pregled strokovnega in laičnega prepoznavanja in priznavanja PTSM, saj so oborožene sile spoznale, da marginalizacija vojakov, ki se soočajo s PTSM, na obrobje družbe, prinaša le poslabšanje razmer.

PTSM je kompleksen pojem, ki se mu vojska, kot nekoč rigidna organizacija, ne more izogniti, ampak ga mora prepoznati, se z njim soočiti in nuditi njenim pripadnikom ustrezno pomoč. Za skrb vzbujajoče se je izkazala operacija Iraška svoboda, saj oborožene sile Združenih držav Amerike niso bile pripravljene na psihološke posledice, ki jih prinaša nova tehnologija, oborožitev, nov način rekrutiranja in bojevanja itd., kar ima za posledico veliko število pripadnikov, ki trpijo za raznimi oblikami bojnega stresa oziroma posttravmatsko stresno motnjo. Oborožene sile in podporne ustanove so tudi zaradi pritiska javnosti vzpostavile učinkovitejši način ocenjevanja možnosti razvoja tovrstne motnje, prvi odziv na samem bojišču in učinkovitejše načine zdravljenja ter pomoči in podpore ob vrnitvi pripadnikov domov

Glede na obstoječo politično okolje so okoliščine, v katerih so se znašli iraški in afganistanski vojni veterani ob vrnitvi z bojev, ugodnejše za zdravljenje in okrevanje v primerjavi s položajem, v katerem so se npr. našli veterani vietnamske vojne. Pomembno je tudi, da se analizirajo razlike med vojnama v Iraku in Afganistan od prejšnjih v povezavi z pojavom PTSM pri razvoju programov in načrtovanju zdravljenja. Med najpomembnejšimi je tudi ponovno vključevanje vojnih veteranov v

družbo oziroma njihova reintegracija. Potrebno je še zagotoviti, da bodo ne glede na njihovo socialno pripadnost, kulturo in sestavo, v kateri služijo, ustrezne pomoči deležni vsi pripadniki oboroženih sil.

Obstaja velik interes za hitra posredovanja akutno travmatiziranih posameznikov, kar je postal pomembno politični in javno zdravstveni problem, saj so se problemi z množičnimi travmatizacijami pokazali po terorističnih napadih na Svetovni trgovinski center 11. septembra, po orkanu Katrina, po cunamiju v Aziji, haitijskem potresu, vojnama v Iraku in Afganistanu in drugih velikih travmatičnih dogodkih (Friedman 2016). Pregled aktivnosti in ukrepov v času med in po iraški vojni kaže na zavzetost oboroženih sil Združenih držav Amerike, ki so zaradi pritiska javnosti, posledic, za katerimi so trpeli vojaki, in opravljenih študij že tekom vojne ugotovile, da je potrebno vzpostaviti učinkovitejši način prepoznavanja PTSM oziroma okrepiti preventivno dejavnost ter vojakom nudi ustrezno zdravljenje in pomoč. Slednje je bilo med drugim vzpostavljeno tudi z mrežo podpornih ustanov in organizacij, ki vojakom nudijo tudi anonimno pomoč, saj se veliko njih še vedno sooča s stigmato, kar je eden izmed glavnih problemov, s katerim se oborožene sile še vedno soočajo.

V vojski so edinstveni dejavniki, ki prispevajo k odporu, zaprositi za pomoč v povezavi z duševnim zdravjem, predvsem zaskrbljenost nad tem, kako bo vojak sprejet med sovojniki in vodstvom. Skrb glede stigme je nesorazmerno največja prav med tistimi, ki najbolj potrebujejo pomoč v povezavi z duševnim zdravjem. Ta ugotovitev ima takojšnje posledice za javno zdravje. Prizadevanja za reševanje problema stigmatizacije in drugih ovir pri oskrbi duševnih motenj v vojski je potrebno okrepiti pri ozaveščanju, izobraževanju in spremembi modelov zagotavljanja zdravstvene oskrbe, kot so večja dodelitev storitev za duševno zdravje v osnovnih ambulantah in pri zagotavljanju zaupnega svetovanja s t. i. programi "zaposleni-pomoč". Ocenjevanje hudih depresij postaja rutina v vojaškem primarnem zdravstvu, vendar je raziskava pokazala, da bi bilo treba to razširiti na PTSM. Mnoge od teh ugotovitev se obravnavajo v novih vojaških programih. Zmanjšanje dojemanja stigme in ovir za oskrbo med vojaškim osebjem je prednostna naloga za raziskave in oblikovalce politik, zdravnike in voditelje, ki sodelujejo pri zagotavljanju skrbi za tiste, ki so služili v oboroženih silah (Hoge in drugi 2004, 21).

10 LITERATURA

1. American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, DSM-IV*, ur. American Psychiatric Association, 427–429. Washington: DC. Dostopno prek: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf> (10. maj 2015).
2. --- 2013a. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Dostopno prek: <http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> (10. maj 2015).
3. --- 2013b. *Posttraumatic Stress Disorder*. Dostopno prek: <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf> (5. maj 2015).
4. Badger, Emily. 2014. Why the Iraq War has produced more PTSD than the conflict in Afghanistan. *The Washington Post*, 3. april. Dostopno prek: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2014/04/03/why-the-iraq-war-has-produced-more-ptsd-than-the-conflict-in-afghanistan/> (5. december 2015).
5. Bartone, Paul. 1998. Stress in the Military Setting. V *Military Psychology: An Introduction*, ur. Christopher Cronin, 113–146. Needham Heights: Simon & Schuster.
6. Bolton, Elisa E. 2015. *Peacekeepers and Traumatic Stress*. U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD: National Center for PTSD. Dostopno prek: <http://www.ptsd.va.gov/professional/trauma/war/traumatic-stress-peacekeepers.asp> (18. december 2015).
7. *Center for the Study of Traumatic Stress. CSTS History*. Dostopno prek: <http://www.cstsonline.org/about-us/csts-history> (5. december 2015).
8. Cergol, Ana. 2010. Recenzija: Fae Brauer, anthea Callen (ur.) *Art, Sex and Eugenics: Corpus delecti. Ars & Humanitas* 4 (1–2). Dostopno prek: revije.ff.uni-lj.si/arshumanitas/article/download/318/230 (15. maj 2015).
9. *DCoE outreach center | 24/7*. Dostopno prek: <http://www.dcoe.mil/Families/Help.aspx> (10. november 2015).
10. Ceridian Corporation. 2004. *Dealing with Combat and Operational Stress*. Dostopno prek: <http://www.marineparents.com/usmc/downloads/dealingwithcombatandoperationalstress.pdf> (10. september 2015).
11. Defense and Veterans Brain Injury Center. 2015. *MACE: Military Acute*

- Concussion Evaluation Pocket Card*. Dostopno prek: <https://dvbic.dcoe.mil/material/military-acute-concussion-evaluation-mace-pocket-cards> (18. december 2015).
12. Defense Centers of Excellence For Psychological Health and Traumatic Brain Injury. 2015. *Psychological Health & Traumatic Brain Injury (TBI) Historical Reference Dashboard*. Dostopno prek: <http://www.dcoe.mil/content/Navigation/Documents/Psychological%20Health%20and%20TBI%20Historical%20Reference%20Dashboard.pdf> (25. oktober 2015).
 13. --- 2012a. *Automated Neuropsychological Assessment Metrics*. Dostopno prek: <http://www.dcoe.mil/content/Navigation/Documents/About%20ANAM.pdf> (15. november 2015).
 14. --- 2012b. *RESPECT-Mil Re-engineering Systems of Primary Care Treatment in the Military*. Dostopno prek: <http://www.dcoe.mil/content/Navigation/Documents/About%20RESPECT-mil.pdf> (15. November 2015).
 15. Department of Veterans Affairs in Department of Defense. 2009. *Management of Concussion/mild Traumatic Brain Injury. Clinical Practice Guidelines*. Dostopno prek: <http://www.dcoe.mil/content/navigation/documents/VA%20DoD%20Management%20of%20Concussion%20mild%20Traumatic%20Brain%20Injury.pdf> (10. november 2015).
 16. Dernovšek, Mojca Zvezdana, Mateja Gorenc in Helena Jeriček. 2006. *Ko te stresa stres - Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
 17. Dolenc, Petra. 2015. Stres in spoprijemanje s stresom v mladostništvu. *Revija za elementarno izobraževanje* 8 (4). Dostopno prek: http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki_2015_letnik8%20stev4/REI%208%204%20cl%2010.pdf (15. januar 2016).
 18. Encyclopedia Britannica. 2016. *Iraq War 2003–2011*. Dostopno prek: <http://www.britannica.com/event/Iraq-War> (15. januar 2016).
 19. Fischer, Hannah, Kim Klarman in Mari-Jana Oboroceanu. 2007. *American War and Military Operations Casualties: Lists and Statistics*. Washington, D.C.: Congressional Research Service. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/39963253_American_War_and_Military_Operations_Casualties_Lists_and_Statistics (5. September 2015).

20. Friedman, Matthew J. 2016. *PTSD History and Overview*. Dostopno prek: <http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd-overview.asp> (5. maj 2015).
21. Grinage, Bradley D. 2003. Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder. *American Family Physician* 68 (12). Dostopno prek: <http://www.aafp.org/afp/2003/1215/p2401.pdf> (15. maj 2015).
22. Headquarters. Department of the Army. 2009. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers. FM 6-22.5*. Washington: Headquarters. Department of the Army. Dostopno prek: http://www.globalsecurity.org/military/library/policy/army/fm/6-22-5/fm6-22-5_2009.pdf#page=10&zoom=auto,-34,630 (18. december 2015).
23. Hoge, Charles W., Carl A. Castro, Stephen C. Messer, Dennis McGurk, Dave I. Cotting in Robert L. Koffman. 2004. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine* 351 (1). Dostopno prek: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040603#t=article> (5. maj 2015).
24. Ihan, Alojz. 2008. Vpliv ekstremnih naporov in poškodb na imunsko stanje in obolevnost z okužbami. *Bilten Slovenske vojske* 10 (2): 55–68.
25. *Iraq Body count*. Dostopno prek: <https://www.iraqbodycount.org/> (15. januar 2016).
26. Jazbec, Gregor. 2007. *Bojni stres. Priročnik*. Ljubljana: Ministrstvo za obrambo Republike Slovenije: PDRIU.
27. Jelušič, Ljubica in Maja Garb. 2008. Stresnost delovanja poveljniške strukture v mirovnih operacijah – pomen priprav. *Bilten Slovenske vojske* 10 (2): 83–101.
28. Joint Chiefs of Staff. 2011. Department of Defense Dictionary of Military and Associated Terms. *Joint Publication* 1-02. Dostopno prek: http://www.people.mil/Portals/56/Documents/rtm/jp1_02.pdf (10. oktober 2015).
29. --- 2012. Counter-Improvised Explosive Device Operations. *Joint Publication* 3-15 (1). Dostopno prek: <https://info.publicintelligence.net/JCS-CIED.pdf> (10. oktober 2015).
30. Jones, Edgar in Ian P. Palmer. 2000. Army Psychiatry in the Korean War: The Experience of 1 Commonwealth Division. *Military Medicine* 165 (4). Dostopno

- prek: <http://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/jones2000korea.pdf> (18. december 2015).
31. Kinney, Wayne. 2012. Comparing PTSD Among Reutrning War Veterans. *Journal of Military and Veterans' Health* 20 (3). Dostopno prek: <http://jmvh.org/article/comparing-ptsd-among-returning-war-veterans/> (10. oktober 2015).
 32. Kopač, Mateja, Jelena Juvan in Maja Garb. 2013. Sindrom zalivske vojne. *Sodobni vojaški izzivi* 15 (2): 129–140.
 33. Kotnik-Dvojmoč, Igor. 2002. *Preoblikovanje oboroženih sil sodobnih evropskih držav*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 34. Lavrič, Andreja. 2014. Usposabljanje za psihološko pomoč v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. *Andragoška spoznanja* 20 (1). Dostopno prek: <http://revije.ff.uni-lj.si/AndragoskaSpoznanja/article/view/2343/2040> (15. maj 2015).
 35. Lazarus, Richard S. in Susan Folkman. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
 36. Levin, Andrew P., Stuart B. Kleinman in John S. Adler. 2014. DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 42 (2). Dostopno prek: <http://www.jaapl.org/content/42/2/146.full.pdf+html> (25. november 2015).
 37. Marlowe, David H. 2001. *Psychological and Psychosocial Consequences of Combat and Deployment with Special Emphasis on the Gulf War*. Santa Monica: RAND. Dostopno prek: www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ada387197 (25. oktober 2015).
 38. Marshall, Samuel Lyman Atwood. 1947. *Men Against Fire: The Problem of Battle Command*. Norman: University of Oklahoma Press. Dostopno prek: https://books.google.si/books?id=azoGuGbwJK0C&pg=PA2&dq=%22s+l+a+mars hall%22+%22el+paso+herald%22&hl=en&sa=X&ei=IcsZU-_VLMng0gGBvYH4DA&redir_esc=y#v=onepage&q=%22s%20l%20a%20marshall%22%20%22el%20paso%20herald%22&f=false (25. oktober 2015)
 39. Merc, Rok. 2009. Organizacija možganov in psihološki vidik travmatične možganske *poškodbe*). Dostopno prek: <http://www.center-zarja.si/Dokumentacija/Knjiznica/PSIHOLOGIJA%20IN%20PSIHOTERAPIJA/Organizacija%20mozgan>

- ov%20in%20psiholoski%20vidik%20mozganske%20poskodbe_prezentacija%202009_NEW_ppt07.pdf (10. oktober 2015)
40. Mikuš Kos, Anica in Vera Slodnjak. 2000. *Nesreče, travmatski dogodki in šola: pomoč v stiski*. Ljubljana: DZS.
 41. *Military OneSource*. Dostopno prek: http://www.militaryonesource.mil/footer?content_id=267441 (15. november 2015).
 42. Musek, Janez. 2010. *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
 43. NATO. 2007. *A Leader's Guide to Psychological Support Across the Deployment Cycle*. Dostopno prek: <http://ftp.rta.nato.int/public//PubFullText/RTO/EN/RTO-EN-HFM-167///TR-HFM-081-ANN-G.pdf> (18. december 2015).
 44. Noy, Shabtai. 1991. Combat Stress Reactions. V *Handbook of Military Psychology*, ur. Reuven Gal and A. David Mangelsdorff, 507-530. Chichester: John Wiley&Sons.
 45. Pavlina, Želimir, Zoran Komar in Tomislav Filjak. IAMPS. 2000. *Psychological model of combat stress*. Dostopno prek: www.iamps.org/IAMPS_Split_2000_Pavlina.pdf (10. februar 2015).
 46. Polič, Marko. 2008. Psihološki vidiki obvladovanja stresnih obremenitev pri opravljanju nalog v tujini. *Bilten Slovenske vojske* 10 (2): 103–119.
 47. Potočnik, Aljaž. 2013. Deset let vojne v Iraku: Nepremišljena vojna s katastrofalnimi posledicami. *Dnevnik*, 19. marec. Dostopno prek: <https://www.dnevnik.si/1042581586> (15. januar 2016).
 48. *Realwarriors*. Dostopno prek: <http://www.realwarriors.net> (10. november 2015).
 49. Resman, Petra. Mehanizmi uravnavanja stresa v slovenski vojski. *Bilten Slovenske vojske* 10 (2): 139–150.
 50. Rosenheck, Robert in Alan Fontana. 1999. Changing patterns of care for war-related post-traumatic stress disorder at Department of Veterans Affairs Medical Centers: the use of performance data to guide program development. *Military Medicine* 164 (11): 795–802.
 51. Selič, Polona. 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
 52. Selič, Polona, Maja Rus Makovec in Davorina Petek. 2008. Predstavitev rezultatov študije vedenja, odzivov in počutja pripadnikov Slovenske vojske v mirnodobnih

- razmerah in na vojaških misijah z vidika stresa in izgorevanja. *Bilten Slovenske vojske* 10 (2): 17–42.
53. Sesameworkshop – our initiatives – talk, listen, connect. 2015. *Military Families*. Dostopno prek: <http://www.sesameworkshop.org/what-we-do/our-initiatives/military-families/> (10. november 2015).
 54. Sollinger, Jerry M., Gail Fisher in Karen N. Metscher. 2008. The Wars in Afghanistan and Iraq—An Overview. V *Invisible Wounds of War Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, ur. Terri Tanielian in Lisa H. Jaycox, 19–31. Santa Monica: RAND. Dostopno prek: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html> (5. maj 2015).
 55. Štefanič, Tanja. 2011. *Zasebna vojaška podjetja v Iraku – primerjava delovanj podjetij Blackwater Worldwide in DynCorp International*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 56. Tanielian, Terri, Lisa H. Jaycox, Terry L. Schell, Grant N. Marshall in Mary E. Vaiana. 2008a. Treating the Invisible Wounds of War: Conclusions and Recommendations. V *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*, ur. Terri Tanielian in Lisa H. Jaycox, 431–453. Santa Monica: RAND. Dostopno prek: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html> (5. maj 2015).
 57. Tanielian, Terri, Lisa H. Jaycox, David M. Adamson in Karen N. Metscher. 2008b. Introduction. V *Invisible Wounds of War Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, ur. Terri Tanielian in Lisa H. Jaycox, 3–17. Santa Monica: RAND. Dostopno prek: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html> (5. maj 2015).
 58. Thomas, Jeffrey L., Joshua E. Wilk, Lyndon A. Riviere, Dennis McGurk, Carl A. Castro in Charles W. Hoge. 2010. Prevalence of Mental Health Problems and Functional Impairment Among Active Component and National Guard Soldiers 3 and 12 Months Following Combat in Iraq. *JAMA Psychiatry* 67 (6). Dostopno prek: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210802> (15. september 2015).
 59. Tricare. Dostopno prek: <http://www.tricare.mil/> (15. oktober 2015).
 60. U. S. Department of Veterans Affairs. *National Center for PTSD*. Dostopno prek: <http://www.ptsd.va.gov/> (15. december 2015).

61. --- 2015a. *Mental Health Effects of Serving in Afghanistan and Iraq*. Dostopno prek: <http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/reintegration/overview-mental-health-effects.asp> (15. maj 2015).
62. --- 2015b. *Traumatic Stress in Female Veterans*. Dostopno prek: http://www.ptsd.va.gov/professional/trauma/war/traumatic_stress_in_female_veterans.asp (15. maj 2015).
63. --- 2016. *DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released*. Dostopno prek: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp (18. december 2015).
64. Zihlerl, Slavko. 2015. *Stresne motnje in obvladovanje stresa*. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dostopno prek: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Zihlerl1351439582197.pdf> (11. februar 2015).
65. Zupanc, Tomaž, Peter Pregelj in Alja Videtič. 2012. Vpletenost epigenetskih mehanizmov v razvoj posttravmatske stresne motnje. *Zdravniški Vestnik* 81 (3): 246–252.