

STRES BOJOWY W KONTEKŚCIE DZIAŁAŃ KONTREBELIANCKICH SIŁ ZBROJNYCH USA W OPERACJI ENDURING FREEDOM W AFGANISTANIE

Bartosz Kruszyński

Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań

ABSTRACT

COMBAT STRESS IN THE CONTEXT OF COUNTER-INSURGENCY US-LED OPERATION ENDURING FREEDOM IN AFGHANISTAN

The article discusses the problems associated with combat stress in the context of counter-insurgency US-led Operation Enduring Freedom in Afghanistan. The author analyzes how this phenomenon was defined historically as well as during the above-mentioned conflict; he tries to define how it could have shaped the behavior of the soldier on the battlefield, what precautions were undertaken to counteract it and what were the consequences of long-term stress on the soldiers. The author of the article mentions the main factors which generated combat stress and presents the role of leaders in stress management. Following the theoretical part of the article, the author shows the environment of combat stress on an example of a concrete combat situation and an effective reaction and conduct of the leader-commander in this situation. American field manuals and literature relating to military medicine – psychiatry, as well as materials published by the US military and government institutions, have been used as source materials for the above publication.

Key words: combat stress, combat and operational stress, Afghanistan, counter-insurgency operations, psychological injuries

Słowa kluczowe: stres bojowy, stres bojowy i operacyjny, Afganistan, operacje kontrebilianckie, obrażenia psychologiczne

Kiedy na skutek działania czynników politycznych państwa wdraża się proces decyzyjny o zaangażowaniu militarnym na zamorskim teatrze operacji (Theater of Operations – dalej TO), a tym samym wysłaniu tam kontyngentu, szczególnie istotne jest skuteczne zarządzanie ryzykiem. Współczesne konflikty, obejmujące także działania kontrebilianckie, doktryna US Army określa jako Full Spectrum Operations¹.

¹ FM 7-0, *Training For Full Spectrum Operations*, Washington 2008, s. 9–10.

Wyzwanie to dotyczy przede wszystkim środowiska liderów wojskowych, i to na wszystkich płaszczyznach działań. W tym wypadku kluczowe znaczenie ma prawidłowe zdefiniowanie istniejących na TO² zagrożeń w ramach *composite risk management*³. Jednymi z czynników, które w trakcie tego procesu powinny zostać poddane analizie w kontekście zagrożeń, są straty bojowe, jakie może ponieść kontyngent podczas operacji na TO. Jednak najczęściej dotyczy to tylko strat fizycznych, a prognozy te nie obejmują „niewidzialnych ran” – obrażeń psychiki żołnierzy i personelu cywilnego (*psychological injuries*)⁴. Doświadczenia wojsk koalicji międzynarodowej z działań w Afganistanie już po kilku latach wykazały, że ten rodzaj obrażeń żołnierzy miał stanowić poważne wyzwanie nie tylko dla medycyny wojskowej, ale także dla poszczególnych społeczeństw, w których weterani mieli funkcjonować w USA po powrocie z rozmieszczenia.

Aby zrozumieć kontekst zjawisk dotyczących stresu żołnierza podczas OEF na poziomie taktycznym, niezbędne jest określenie, co współcześnie rozumie się pod tym pojęciem. Stres bojowy i operacyjny (Combat and Operational Stress – COSR) według The American Institute of Stress (dalej AIS) – organizacji o charakterze non profit, z siedzibą w USA, która od 1968 roku bada zagadnienia stresu bojowego – można określić jako: „sumę fizycznych i emocjonalnych bodźców stresowych odczuwanych przez żołnierzy i personel cywilny w wyniku działań bojowych lub przebywania w strefie działań operacyjnych”⁵. Zatem dopiero na początku XXI wieku określono, że stres w kontekście personelu wojskowego i cywilnego w walce i na poziomie operacyjnym stanowi nierozłączny element działań wojennych. Jest zatem czymś naturalnym dla tego środowiska, nie stanowi urazu psychiki, lecz stan przejściowy. Szczególne znaczenie dla zachowania zdrowia żołnierzy ma jego skuteczne zdiagnozowanie i wprowadzenie odpowiednich środków przeciwdziałania o szerokim spektrum. Działania te wpisują się w zarządzanie stresem bojowym (*Combat Stress Management*)⁶.

W historii wojen zjawisko obrażeń psychicznych wywołanych przez przeżycia wojenne nie było niczym nowym. Problem ten zauważono już u żołnierzy pod koniec XVII wieku i określono jako „nostalgie” czy „chorobę szwajcarską”. Podczas wojen w XVIII wieku również dostrzegano ten problem pośród weteranów, lecz nie podjęto prób jego zdefiniowania. Pod koniec XIX wieku na podstawie obserwacji weteranów

² JP 1-02, *The Department of Defense Dictionary of Military and Associated Terms*, Washington 2001, s. 554.

³ Złożone zarządzanie ryzykiem (Composite risk management) – w US Army główny proces podejmowania decyzji w celu identyfikowania zagrożeń i kontrolowania ryzyka podczas pełnego spektrum misji US Army, funkcji, operacji i działań. FM 5-19, *Composite Risk Management*, Washington 2006, s. 9–23.

⁴ B.A. Moore, G.M. Reger, *Historical and Contemporary Perspectives of Combat Stress and the Army Combat Stress Control Team* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York – London 2007, s. 161–167.

⁵ Definicja stresu bojowego i operacyjnego (Combat/Operational Stress – COS), za: www.stress.org (data dostępu 02.09.2013).

⁶ W.P. Nash, *The Stressors of War* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York – London 2007, s. 36–55.

wojny secesyjnej rozpoczęto badania nad efektami oddziaływań przeżyć wojennych na żołnierzy. W trakcie I wojny światowej w USA na określenie tego zjawiska powstały nazwy: *shell shock* (szok na skutek ostrzału artyleryjskiego) oraz *war neurosis* (nerwica wojenna). Podczas II wojny światowej pojawiło się w medycynie wojskowej określenie *battle fatigue* (wycieńczenie bitwą). Tego rodzaju urazy występowały na masową skalę w czasie wielu konfliktów, między innymi wojny rosyjsko-japońskiej, obu wojen światowych, wojny w Korei, w Wietnamie oraz wojen izraelsko-palestyńskich. Jednak do końca lat 70. XX wieku w psychiatrii wojskowej nie udało się zdefiniować natury obrażeń wywołanych przeżyciami wojennymi występującymi wśród weteranów. Poza tym do jednego worka wrzucano zjawisko stresu na polu walki oraz skutki jego oddziaływania – traumę wojenną.

Kiedy wywołane traumą wojenną zaburzenia psychiczne u weteranów wojny w Wietnamie przyjęły w USA skalę społecznej epidemii, podjęto intensywne i szczegółowe badania nad charakterem tego zjawiska. Efektem tych wieloletnich prac stało się zdefiniowanie przez amerykańskich psychiatrów w 1980 roku pojęcia zespołu stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD)⁷. Kolejne prace badawcze z psychiatrii wojskowej pozwoliły na szczegółowe zdefiniowanie zagadnień urazów psychicznych u weteranów oraz ich skuteczne leczenie.

Od kiedy doszło do pierwszej wojny, walczący zostali dotknięci zjawiskiem stresu bojowego, choć przez wiele stuleci zarówno dowodzący, jak i walczący nie zdawali sobie w pełni sprawy z jego wielopoziomowego działania na żołnierskie zdrowie, w tym psychikę. Po I wojnie światowej, kiedy to miliony weteranów musiały na powrót odnaleźć się w życiu cywilnym, psychiatrzy wojskowi w USA podjęli pierwsze próby przeciwdziałania traumie wywołanej przez działania wojenne. Próby te były jednak dalekie od skutecznego działania i potrzebne były lata badań w dziedzinie ludzkiej psychiki, reakcji na sytuacje stresowe czy też rozwoju farmaceutyki. W międzyczasie zmieniała się natura wojny, a liczba zagrożeń, jakie mogły spotkać żołnierza na polu walki, ciągle rosła.

Kolejny przełom nastąpił dopiero na podstawie doświadczeń wojny w Zatoce Perskiej w latach 1990–1991. W 1994 roku wydano podręcznik połowy FM 8-51 pt. *Leaders' Manual for Combat Stress Control*⁸, w którym zdefiniowano zjawisko stresu bojowego i sposoby jego kontroli. Jak w przypadku wszystkich Field Manuals opracowywanych przez US Army, dało to podstawę do dalszych badań oraz aktualizacji. W 1998 roku ukazała się FM pt. *Combat Stress Control in a Theater of Operations. Tactics, Techniques, and Procedures*⁹, w 2000 roku – *Combat Stress*¹⁰, a w 2006 roku – *Combat and Operational Stress Control*¹¹. Wreszcie w 2009 roku wydano FM

⁷ W.P. Nash, *Combat/Operational Stress Adaptations and Injuries* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York – London 2007, s. 33–38.

⁸ FM 8-51, *Leaders' Manual for Combat Stress Control*, Washington 1994.

⁹ FM 8-51, *Combat Stress Control in a Theater Of Operations. Tactics, Techniques, and Procedures*, Washington 1998.

¹⁰ FM 6-22.5, *Combat Stress*, Washington 2000.

¹¹ FM 4-02.51, *Combat and Operational Stress Control*, Washington 2006.

pt. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, który dawał skuteczne narzędzia do zapanowania na stresem bojowym¹².

W przełomowym FM 8-51 z 1994 roku wprowadzono pojęcie reakcji na stres bojowy (*Combat Stress Reactions – CSR*), w miejsce funkcjonującego do 1959 roku „wyczerpania bitwą” (*Battle Fatigue*)¹³. Amerykańscy psychiatry wojskowi uznali jednak, że również to określenie było mało precyzyjne, więc wprowadzono zwrot *Operational Stress Reaction (OSR)*, który miał rozróżniać odmienne środowiska walki. Ostatecznie w FM 4-02.51 z 2006 roku połączono oba pojęcia, tworząc „stres bojowy i operacyjny” (*Combat and Operational Stress – dalej COS*) oraz „reakcje na stres bojowy i operacyjny” (*Combat and Operational Stress Reactions – dalej COSR*)¹⁴.

Zmiany te pozwoliły na bardziej precyzyjne zdefiniowanych reakcji żołnierza na stres, a tym samym skuteczne przeciwdziałanie jego negatywnemu wpływowi. Szczególnie istotne było wczesne rozpoznanie stresu bojowego na poziomie taktycznym i tutaj punkt ciężkości leżał po stronie liderów (najczęściej podoficerów) oraz samych żołnierzy. Podręcznik połowy FM 6-22-5 z 2009 roku zatytułowany *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers* za punkt ciężkości stawiał przed liderami przewidywanie potencjalnych zagrożeń (*Potentially Traumatic Event – PTE*) oraz odpowiednie reagowania na różnego rodzaju zachowania, które determinowały stres bojowy i operacyjny (*Combat and Operational Stress Behaviors – COSBs*). Ten z kolei był źródłem stresu poboju i pooperacyjnego (*Postcombat and Operational Stress – PCOS*).

Tylko właściwe zachowanie liderów, świadome i skuteczne zarządzania stresem żołnierzy, mogło ich uchronić przed potencjalnym zagrożeniem, a kiedy doszło do sytuacji generującej COS – dać dobry przykład własną postawą. Było to z jednej strony przystosowanie do reakcji stresowych (*Adaptive Stress Reactions*), które umożliwiało zapanowanie nad stresem, a następnie przeprowadzenie podwładnych przez PCOS, aby uchronić żołnierza przed PTSD. Z drugiej strony żołnierz musiał się wykazać samodyscypliną oraz opanowaniem i podjąć starania zapanowania nad stresem (*Combat and operational stress control – COSC*). Jednocześnie trzeba tutaj zaznaczyć, że stopień odporności na powyższe czynniki był zależny od indywidualnych predyspozycji psychicznych żołnierzy. Prawidłowe zrozumienie przez liderów tych zależności pozwalało kontynuować służbę grupie żołnierzy powyżej 95%, którzy doświadczyli COSR¹⁵.

Kiedy na polu walki lider w podległym oddziale nie potrafił opanować COSR, wówczas mogło to wygenerować uczucie strachu u żołnierzy, a następnie wywołać efekt paniki, czego skutki musiały być katastrofalne. Oznaczało to wyłączenie całego oddziału lub jego części z walki. Zjawisko to występowało najczęściej w oddziale,

¹² FM 6-22-5, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, Washington 2009.

¹³ AR 40-216, *Neuropsychiatry*, Washington 1959, s. 5.

¹⁴ FM 4-02.51, *Combat and Operational Stress Control*, Washington 2006, s. 8.

¹⁵ FM 6-22.5, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, Washington 2009.

w którym poziom wyszkolenia był bardzo niski, który poniósł w walce duże straty lub został poddany w krótkim czasie intensywnemu działaniu COS¹⁶.

To, jak żołnierz reagował na COSR w trakcie działań w Afganistanie, miało wpływ na przebieg jego dalszej służby czy też funkcjonowanie w środowisku cywilnym. Dlatego też szczególnie istotne było rozpoznawanie czynników stresogennych w walce oraz jego wczesnego oddziaływania. Odczuwanie intensywnego strachu przez żołnierzy US Army na polu walki było czymś powszechnym i objęło przeszło dwie trzecie odznaczonych Srebrną Gwiazdą. Jego podstawowymi objawami były: gwałtowne drgawki albo drżenie, utrata kontroli nad pęcherzem, uczucie słabości, zimne poty, wymioty. Żołnierz musiał mieć świadomość, że strach był nierozłącznym rozłącznym towarzyszem broni, a jego odczuwanie w walce czymś naturalnym¹⁷.

Z tych też względów bardzo istotne było rozpoznanie w trakcie OEF czynników stresogennych występujących podczas walki. Można tutaj wyróżnić czynniki bezpośrednie: zagrożenie utraty życia własnego i kolegów z oddziału, odniesienie ran, chaos w trakcie walki, zabijanie rebeliantów, bycie świadkiem śmierci cywili, w tym kobiet i dzieci, śmierć lub zranienie kolegi z oddziału, niepokój, czy uda się wykonać zadanie, obawa o losy rodziny w razie śmierci, zranienie, którego efektem była utrata kończyny lub nieustanne zagrożenie IED. Cz kolei czynniki pośrednie to: ukształtowanie terenu, brak wsparcia ogniowego, brak łączności, złe rozpoznanie, brak możliwości ewakuacji rannych, przewaga liczebna i ogniowa rebeliantów, nieregularne (rzadkie) wiadomości od rodziny.

Konflikt zbrojny w Afganistanie ma charakter rebelii (z ang. *insurgency*). Amerykańska doktryna opublikowana w Joint Doctrine JP 1-02 definiuje tego typu działania jako: „Zorganizowany ruch dążący do obalenia legalnego rządu poprzez działalność wywrotową i konflikt zbrojny”¹⁸. Operacje militarne rebeliantów w Afganistanie, zwanych potocznie przez media talibami, to zorganizowana walka rozgrywająca się na płaszczyźnie politycznej i militarnej, której celem jest osłabienie i destrukcja systemu legalnego rządu, przy jednoczesnym wzmacnianiu własnej strefy wpływów. Działania prowadzone przez wojska koalicji międzynarodowej, wspierające legalny rząd, mają charakter działań kontrebelianckich (*counterinsurgency* – dalej COIN), przebiegających na płaszczyźnie: militarnej, paramilitarnej, politycznej, ekonomicznej oraz psychologicznej, i zmierzających do pokonania rebeliantów¹⁹.

Z tych też względów środowisko COIN w Afganistanie potęguje stres w trakcie walki, jak również działań operacyjnych. Rebelianci nie noszą mundurów i ukrywają się pośród ludności cywilnej. Tak więc wrogie działania rebeliantów względem żołnierzy koalicji mogą wystąpić w dowolnym miejscu, w każdej chwili oraz z dowolną intensywnością. Uczucie nieustannego zagrożenia u żołnierzy, kiedy przebywają poza bazami, również stanowi czynnik determinujący COS. Jego głównym nośni-

¹⁶ G.A. Daddis, *Understanding Fear's Effect on Unit Effectiveness*, <http://www.army.mil/> (data dostępu: 05.01.2013).

¹⁷ A. Lighthall, *10 Tough Facts About The Harsh Realities Of War*, www.stress.org (data dostępu: 02.09.2013).

¹⁸ JP 1-02, op.cit., s. 268.

¹⁹ Ibidem.

kiem w Afganistanie jest zagrożenie improwizowanymi ładunkami wybuchowymi (*Improvised Explosive Devices* – dalej IED), których rebelianci używają na masową skalę. IED są odpowiedzialne za większość strat wojsk koalicji, w tym żołnierzy USA, w zabitych, rannych oraz tych, którzy doznali obrażeń psychiki. Potwierdza to analiza żołnierzy sił zbrojnych USA, gdzie na 2302 poległych przeważająca większość zginęła wskutek eksplozji IED. Również większość rannych spośród 17 674 żołnierzy otrzymała obrażenia w wyniku eksplozji tego typu ładunków wybuchowych²⁰.

Pomimo zastosowania najnowszych osiągnięć techniki oraz konstruowania pojazdów wojskowych typu MRAP, odpornych na eksplozje przydrożnych ładunków IED, zagrożenie to było nadal realne i nie udało się go zminimalizować. W miejsce usuwanych przez oddziały koalicyjne ładunków IED rebelianci zakładali nowe, często angażując do tych czynności lokalną ludność²¹. W celu zinstytucjonalizowania wiedzy i sposobów walki z IED, w siłach zbrojnych USA w 2012 roku powołano Joint IED Defeat Organization z dyrektorem Lieutenant General Michael Barbero na czele. Jedną z pierwszych działań tej agendy było utworzenie Counter-IED Strategic Plan. Gen. Barbero stwierdził, że: „W XX wieku to artyleria generowała największe straty walczących oddziałów. Natomiast IED są artylerią XXI wieku”²². Słowa te potwierdzają zaangażowanie, z jakim siły zbrojne USA przystąpiły do walki z tym zjawiskiem.

W wielu wypadkach żołnierze wykonujący zadania na obszarze Afganistanu, gdzie działania rebeliantów mają szczególnie nasilony charakter, narażeni są na długotrwałe działanie COSR, a następnie PCOS. Od odpowiedniego zachowania liderów, a tym samym prawidłowego dowodzenia, zależy, jak uporają się z tego typu zagrożeniem i czy będzie miało to następstwa dla ich stanu zdrowia. Żołnierze są bowiem podatni nie tylko na czynniki stresogenne w warunkach bojowych, ale także na pozytywny przykład dawany przez liderów w pododdziałach²³. Brak wczesnego przeciwdziałania, jeśli chodzi o objawy COSR, stanowi po powrocie z rozmieszczenia najczęstszą przyczynę zespołu stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder* – dalej PTSD) w lżejszej lub cięższej formie. AIS definiuje PTSD jako: „Stan zdrowia psychicznego, który został wywołany przez przerażające wydarzenie, takie jak wojna. Jego objawami mogą być: retrospekcje (*flashbacks*), koszmary nocne i odczuwanie ostrego niepokoju, jak również niepohamowane myśli o traumatycznym charakterze”²⁴.

²⁰ Dane zabitych i rannych żołnierzy sił zbrojnych USA za okres od 10.10.2001 do 04.01.2013, za: <http://icasualties.org/> (data dostępu: 05.01.2013).

²¹ K. Katzman, *Afghanistan: Post-Taliban Governance, Security, and U.S. Policy*, Congressional Research Service Report for Congress, Washington 2013, s. 17.

²² JIEDDO. *Counter-IED Strategic Plan 2012–2016. Attack The Network, Defeat The Device, Train The Force*, Washington 2012, s. 3.

²³ FM 4.02, *Army Health System*, Washington 2013, s. 135; R. Gal, F.D. Jones, *A Psychological Model of Combat Stress* [w:] *War Psychiatry*, Washington 1995, s. 133–145.

²⁴ *The American Institute of Stress*, www.stress.org (data dostępu: 02.09.2013).

Od października 2001 roku do października 2007 roku w trakcie Operacji Enduring Freedom w Afganistanie oraz Operacji Iraqi Freedom w Iraku rozmieszczono 1,64 mln żołnierzy sił zbrojnych USA. Podczas obu powyższych operacji wystąpił szereg nowych zjawisk w wojskowości. Nigdy wcześniej w trakcie konfliktów zbrojnych po II wojnie światowej działania nie były toczone z tak dużą intensywnością, przy użyciu tak nowoczesnych narzędzi walki. Zastosowanie kamizełek kuloodpornych, profesjonalnych służb ratownictwa medycznego czy nowoczesnej chirurgii pozwoliło zminimalizować liczbę zmarłych z ran i poległych²⁵.

Według przeprowadzonych przez RAND Corporation w USA szacunkowych badań, z powyższej liczby 1,64 mln żołnierzy rozmieszczonych na obu obszarach operacyjnych w latach 2001–2007, po powrocie do kraju około 300 tysięcy wykazywało objawy PTSD, silnych zaburzeń depresyjnych i objawów depresji, a kolejnych 320 tysięcy cierpiało na urazowe uszkodzenie mózgu (*Traumatic Brain Injury* – TBI). Zatem jedną trzecią z rozmieszczonych w tym okresie żołnierzy dotknął jeden z powyższych trzech stanów chorobowych. Według tych samych badań około 5% miało objawy wszystkich trzech²⁶. Nawet jeżeli te szacunkowe badania zawierają znaczną skalę błędu, pozwalają uzmysłowić, jak wielkie zagrożenie niesie ze sobą konflikt o charakterze COIN²⁷.

Analizując powyższe dane teoretyczne, należy postawić pytanie, jak wyglądały warunki bojowe w Afganistanie w trakcie OEF, które generowały sytuacje stresogenne. Źródłami umożliwiającymi analizę tego rodzaju zjawisk są opisy czynów żołnierzy odznaczonych Medalem Honoru (nazywanym też potocznie Kongresowym Medalem Honoru) – najwyższym odznaczeniem sił zbrojnych USA nadawanym za waleczność i odwagę na polu walki. Odznaczenie to nadawane jest niezwykle rzadko, o czym świadczy fakt, że we wszystkich wojnach prowadzonych przez USA od 1861 roku do roku 2013 uhonorowano nim tylko 3463 żołnierzy (w tym 507 za udział w II wojnie światowej). Za OEF w Afganistanie od 2001 roku do października 2013 roku odznaczono tylko dziewięciu żołnierzy²⁸.

Jedną z typowych sytuacji bojowych dla działań w Afganistanie podczas OEF miała miejsce jesienią 2009 roku w prowincji Kunar, gdzie kpt. William D. Swenson (z TF „Phoenix” z 1 batalionu, 32 pułku piechoty, 3 Brygadowej Grupy Bojowej, 10 Dywizji Górskiej) był przydzielony do wspierania działań Afgańskiej Narodowej Policji Granicznej. Kiedy rankiem 8 września 2009 roku kolumna 107 żołnierzy koalicji zmierzała pieszo doliną do wsi Ganjgal w celu spotkania się z miejscową starszyzną, dostał się on w zasadzkę dobrze uzbrojonych rebeliantów. Dodatkowo przeciwnik zajął dogodną pozycję, która gwarantowała skuteczne pole ostrzału. Ponieważ wróg rozpoczął ogień zaporowy z RPG, moździerzy oraz karabinów maszynowych, kpt.

²⁵ *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, red. T. Tanielian, L.H. Jaycox, Santa Monica 2008, s. 19–20.

²⁶ *Ibidem*, s. 19–20.

²⁷ *Ibidem*, s. 22–23.

²⁸ *Congressional Medal of Honor Society*, <http://www.cmohs.org/> (data dostępu: 05.01.2014).

Swenson wydał rozkaz natychmiastowego rozpoczęcia ognia; jednocześnie wzywał i koordynował wsparcie artyleryjskie oraz lotnicze²⁹.

Wkrótce jednak z trzech stron wróg skutecznie oskrzydlił oddział koalicyjny. Tylko postawiona przez artylerię na wezwanie kpt. Swensona zasłona dymna umożliwiła odwrót czołowych elementów własnego oddziału. Tylko koordynowane przez dowódcę uderzenia lotnictwa oraz ostrzał artylerii pozwoliły zatrzymać nieprzyjaciela i przeprowadzić przez śmigłowce ewakuację medyczną rannych.

Kpt. Swenson zignorował wysłane kilkakrotnie przez radio wezwania rebeliantów do poddania się. Przeprowadził jednocześnie rozpoznanie w celu wykrycia miejsc, w których znajdowali się ranni żołnierze. W międzyczasie natarcie rebeliantów zagroziło ewakuacji rannych, dlatego też bez namysłu wyeliminował granatem to zagrożenie.

Po przeprowadzonej z powodzeniem ewakuacji medycznej kpt. Swenson sformował zespół, którego na czele udał się w nieopancerzonych pojazdach ponownie do strefy śmierci. Pod ogniem nieprzyjaciela podjął poszukiwania czterech zaginionych żołnierzy ze swojego oddziału. Za pomocą wsparcia lotniczego zlokalizowano poległych i rannych. Jednak ze względu na silny ogień nieprzyjaciela dotarcie w ten rejon śmigłowców było niemożliwe. Dlatego też zespół kpt. Swensona powrócił do strefy śmierci w samochodzie Humvee. Kpt. Swenson, nie bacząc na ryzyko, pod silnym ogniem nieprzyjaciela opuścił pojazd w celu zlokalizowania i ewakuacji ciał trzech poległych Marines oraz jednego z US Navy³⁰. Akcja ewakuowania poległych zakończyła się powodzeniem. Kpt. Swenson przez sześć godzin powstrzymywał przy użyciu wszystkich dostępnych środków ataki rebeliantów³¹. Straty po stronie wojsk koalicji wyniosły 17 zabitych, w tym czterech żołnierzy USA³². Pomimo sytuacji bojowej, która generowała COS na wysokim poziomie oraz skrajnym zagrożeniu zniszczenia podległego pododdziału, kpt. Swenson zachował zimną krew i potrafił w skuteczny sposób zarządzać COS swoich ludzi. Opanowaniem w walce, jako skuteczny lider, dał swoim podwładnym przykład prawidłowego zachowania, co zadecydowało o przetrwaniu całej grupy.

Stres od najdawniejszych czasów był nierozłącznym towarzyszem żołnierza na wojnie, a tym samym na polu walki. Wiele czynników stanowiło jego źródło, jednak dopiero w XXI wieku dzięki rozwojowi medycyny wojskowej udało się zrozumieć

²⁹ *Afghanistan War Medal of Honor Recipients: Captain William D. Swenson*, <http://www.history.army.mil/> (data dostępu: 05.01.2014).

³⁰ W walce tej polegli: Petty Officer 3rd Class James R. Layton (22 lata) – Combined Security Transiton Command – U.S. Navy; Gunnery Sergeant Edwin Wayne Johnson Jr. (31 lat) – 3rd Marine Headquarters Group, III Marine Expeditionary Force – U.S. Marine; 1st Lieutenant Michael E. Johnson (25 lat) – 3rd Combat Assault Battalion, 3rd Marine Division, III Marine Expeditionary Force – U.S. Marine; Staff Sergeant Aaron M. Kenefick (30 lat) – 3rd Combat Assault Battalion, 3rd Marine Division, III Marine Expeditionary Force – U.S. Marine; *Straty sił zbrojnych USA podczas OEF za lata 2001–2013*, <http://icasualties.org/> (data dostępu: 05.01.2014).

³¹ *Afghanistan War Medal of Honor Recipients: Captain William D. Swenson*, <http://www.history.army.mil/> (data dostępu: 05.01.2014).

³² *Official Narrative – Captain William D. Swenson*, <http://www.army.mil/> (data dostępu: 05.01.2013).

w pełni jego istotę i mechanizmy działające na żołnierską psychikę. Wypracowano metody zarządzania stresem w warunkach bojowych, a także leczenia skutków jego długotrwałego oddziaływania i traumy wojennej. Wszystkie te ustalenia stawiają na równi obok strat w poległych i rannych także straty wyrażane w obrażeniach żołnierskiej psychiki, które w XX wieku były lekceważone czy też traktowane jako tabu. Doświadczenia wojenne, bez względu na to, ile się o ich napisze, zawierają jedną prawdę wyrażoną przez włoskiego pisarza, korespondenta wojennego i dyplomata Curzio Malaparte: „Wojna dla tych, którzy walczyli, nigdy się nie kończy”.

BIBLIOGRAFIA

Źródła:

- AR 40-216, *Neuropsychiatry*, Washington 1959.
FM 7-0, *Training For Full Spectrum Operations*, Washington 2008.
FM 5-19, *Composite Risk Management*, Washington 2006.
FM 8.51, *Leaders' Manual for Combat Stress Control*, Washington 1994.
FM 8-51, *Combat Stress Control in a Theater Of Operations. Tactics, Techniques, and Procedures*, Washington 1998.
FM 6-22.5, *Combat Stress*, Washington 2000.
FM 6-22.5, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, Washington 2009.
FM 4-02.51, *Combat and Operational Stress Control*, Washington 2006.
FM 4.02, *Army Health System*, Washington 2013.
JIEDDO. *Counter-IED Strategic Plan 2012–2016. Attack The Network, Defeat The Device, Train The Force*, Washington 2012.
JP 1-02, *The Department of Defense Dictionary of Military and Associated Terms*, Washington 2001.

Literatura:

- Gal R., Jones F. D., *A Psychological Model of Combat Stress* [w:] *War Psychiatry*, Washington 1995, s. 133–148.
Invisible Wounds of War. Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery, red. T. Tanielian, L.H. Jaycox, Santa Monica 2008.
Katzman K., *Afghanistan: Post-Taliban Governance, Security, and U.S. Policy*, Washington 2013.
Moore B.A., Reger G.M., *Historical and Contemporary Perspectives of Combat Stress and the Army Combat Stress Control Team* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York – London 2007, s. 161–167.
Nash W.P., *Combat/Operational Stress Adaptations and Injuries* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York – London 2007, s. 33–38.

Nash W.P., *The Stressors of War* [w:] *Combat Stress. Injury. Theory, Research, and Management*, red. Ch.R. Figley, W.P. Nash, New York–London 2007, s. 36–55.

Strony internetowe:

<http://www.stress.org>

<http://icasualties.org>

<http://www.cmohs.org>

<http://www.history.army.mil>

<http://www.army.mil>

