

Stres bojowy: historia i współczesność. Perspektywa polska

Combat stress: history and now. Polish perspective

¹ Katedra Psychologii Zarządzania i Doradztwa Personalnego Społecznej Akademii Nauk

² Zespół Psychologów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi

Correspondence to: Zespół Psychologów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź, tel.: 668 604 206, e-mail: bloom22@poczta.onet.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Stres bojowy i jego konsekwencje o charakterze psychopatologicznym stanowią przedmiot zainteresowania psychologów i psychiatrów od ponad stu lat. Przez ten czas zarówno specyfika czynników stresowych pola walki, jak i ich konsekwencji oraz sposobów leczenia ulegała znacznym zmianom. Obecnie dostępnych jest wiele opracowań na ten temat, choć większość z nich ma bardzo fragmentaryczny charakter. Jednocześnie zauważalny jest brak współczesnych polskich opracowań na ten temat. Artykuł zawiera krótką historię obecności problematyki stresu bojowego w psychiatrii i psychologii, współczesne ujęcie tematu oraz sposoby zastosowania terminu. Intencją autorów było ukazanie powiązań między podejściem do stresu bojowego a takimi czynnikami, jak rodzaj operacji wojskowych, aktualna w danym momencie wiedza na temat reakcji stresowych oraz możliwości ich leczenia. Odwołano się również do danych epidemiologicznych dotyczących reakcji stresowych w odpowiedzi na obciążenia pola walki w konfliktach zbrojnych ostatnich dekad oraz ich znaczenia dla badań nad reakcjami stresowymi w obszarze psychologii i psychiatrii. Jednocześnie wskazano na obszary słabo rozpoznane bądź wymagające prowadzenia dalszych, dokładnych badań. Jednym z najważniejszych celów artykułu było ukazanie spojrzenia polskich badaczy i praktyków na stres bojowy w odniesieniu do doniesień światowych, dlatego zaprezentowano w nim również najważniejsze polskie publikacje dotyczące tematyki stresu bojowego. Przedstawione dane pozwalają zorientować się w ewolucji pojęć, w problemach diagnostycznych oraz w epidemiologii trudności adaptacyjnych wywołanych stresem bojowym.

Słowa kluczowe: stres bojowy, PTSD, reakcja na stres, stres artyleryjski, armia

Summary

The combat stress and its psychopathological consequences have been an interesting subject for psychologists and psychiatrists for more than one hundred years. The specificity of the battlefield stressors as well as their consequences has profoundly changed since then. There are many publications on the subject available now, but most of them are of a very fragmentary character. At the same time there is a demand for contemporary Polish publications about the combat stress. The article contains a short history of the combat stress subject in psychiatry and psychology, the contemporary presentation of the subject and ways of applying this term. The authors' intention was to show the correlations between the approach to combat stress and such factors as the type of military operations, recent knowledge about stress reactions and possibilities of curing them. Epidemiology of the stress reactions in the battlefield was shown for the last decades' wars and its influence on the research on stress reactions in the domain of psychology and psychiatry. It was emphasized that researchers and practitioners still have much to do about the combat stress. One of the most important goals of the article was to show the Polish perspective of the combat stress compared to the world mainstream in the research and practice. The authors have also shown the most important contemporary Polish publications about the combat stress.

Key words: combat stress, PTSD, reaction to stress, shell shock, army

WSTĘP

Stres bojowy (*combat stress*) i jego konsekwencje o charakterze psychopatologicznym stanowią przedmiot zainteresowania psychologów i psychiatrów od ponad stu lat. Przez ten czas zarówno specyfika czynników stresowych pola walki, jak i ich konsekwencji oraz sposobów leczenia ulegała znacznym zmianom. Obecnie dostępnych jest wiele opracowań zarówno traktujących o zmaganiu się z konsekwencjami stresu bojowego w przeszłości, jak i poświęconych różnym, czasem bardzo szczegółowym aspektom tego zagadnienia. Z drugiej strony wydaje się, że brakuje w polskiej literaturze syntetycznego ujęcia tematu, w którym znalazłyby się najważniejsze informacje dotyczące zarówno ewolucji samego terminu, jak i podstawowych aspektów stresu bojowego we współczesnej armii. Polska armia od kilkunastu lat bierze udział w misjach, z jakimi wcześniej nie miała do czynienia. Ta zupełnie nowa sytuacja powoduje, że pojawiają się również nieobecne wcześniej zadania w zakresie psychologicznej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zarówno na terenie przeprowadzanej misji, jak i w kraju. O ile coraz więcej pisze się na temat skutków misji w Iraku i Afganistanie, o tyle brakuje materiałów ukazujących polską specyfikę doświadczanego stresu bojowego i kontekst, w jakim pojawiają się profesjonalne działania skierowane do żołnierzy wracających z zagranicznych misji. Tego typu wiedza jest potrzebna również coraz większej grupie osób udzielających profesjonalnej pomocy poza systemem wsparcia zapewnianego przez resort obrony. Niniejszy artykuł jest próbą syntezy i wypełnienia istniejącej luki oraz nakreślenia najważniejszych kierunków współczesnych dociekań dotyczących stresu bojowego.

W artykule przedstawiono historię rozważań nad stresem bojowym, historyczną i aktualną terminologię dotyczącą psychopatologii konsekwencji stresu bojowego, najważniejsze czynniki stresujące na polu walki oraz dane epidemiologiczne z różnych okresów, które odniesiono do warunków polskich.

HISTORIA STRESU BOJOWEGO

Stres bojowy występuje od początków konfliktów zbrojnych między ludźmi, ale przez wiele wieków był uważany za normalny i konieczny czynnik obecny na polu walki. Jednocześnie należy przyznać, że już w starożytności poruszano kwestie traumatycznego charakteru stresu bojowego^(1,2). Na sposób nazywania szeregu zjawisk związanych z obciążaniem człowieka zaangażowanego w walkę mają z pewnością wpływ dwa podstawowe czynniki⁽³⁾: (a) dylematy etyczne związane z nazywaniem reakcji na stres wojenny spowodowane ewentualnym wpływem, jaki mogą mieć na żołnierzy i jednostki, w których służą, oraz (b) zmieniające się teorie na temat natury i przyczyn problemów psychicznych i behawioralnych wynikających ze

stresu walki. Jedną z takich teorii znalazła wyraz w polityce *expectancy* w armii amerykańskiej, czyli oczekiwania, że po stresie żołnierz ostatecznie dojdzie do siebie i będzie w pełni zdolny do podjęcia dalszej walki. Według Nasha⁽³⁾ taka polityka niesie ze sobą daleko idące konsekwencje w zakresie odbioru skutków doświadczanego stresu przez samych żołnierzy, ponieważ może powodować silne samoobwinianie w sytuacji, kiedy bojownicy nie są w stanie dojść do siebie po okresie rekonwalescencji.

W zależności od przyjętego nazewnictwa różni się liczba osób uważanych w kolejnych wojnach za okaleczonych psychicznie na skutek działań wojennych. Dobrym przykładem jest porównanie 10% leczonych z powodu reakcji stresowych w czasie II wojny światowej oraz kolejno 3,7% w Korei, 1,2% w Wietnamie (ale aż 16% zgłosiło się na leczenie po powrocie do domu⁽⁴⁾) i 2% w Iraku, podczas gdy 17% żołnierzy piechoty amerykańskiej służącej w Iraku przyznało się do występowania znaczących objawów stresu po upływie 3–6 miesięcy od powrotu do domu⁽⁵⁾.

Historycznie stosowano różne określenia dotyczące konsekwencji psychicznych stresu bojowego⁽⁶⁾. W XVII wieku używano terminu *nostalgia* dla określenia załamania się na polu walki. W 1871 roku Da Costa⁽⁷⁾ użył terminu *nadpobudliwe serce* (*irritable heart*) dla określenia zespołu objawów nerwicowych obserwowanych u żołnierzy wojny secesyjnej. W czasie I wojny światowej pojawił się termin *szok artyleryjski* (*shell shock*), opisany zarówno pod względem symptomatologii, jak i terapii w licznych publikacjach^(8–12). W tym czasie hospitalizowanych było ponad 100 tysięcy samych pacjentów neuropsychiatrycznych. Pojęcie szoku artyleryjskiego zostało zastąpione w czasie II wojny światowej terminem *zmęczenie walką* (*battle fatigue*) lub *zespół wyczerpania walką*^(13–19). Niektórzy autorzy⁽²⁰⁾ sugerują, że w trakcie II wojny światowej problemy psychiczne w samej tylko armii amerykańskiej wystąpiły u 504 tysięcy żołnierzy. Grossman i Christensen⁽²⁰⁾ wskazują na fakt, że rodzaj doświadczanych trudności psychicznych miał ścisły związek z rodzajem doświadczanych czynników stresowych. Okazuje się, że 98% obserwowanych trudności psychicznych u żołnierzy tego okresu dotyczy tych osób, które musiały walczyć w epizodach walki trwających 60, a nawet 90 dni bez przerwy. Również inni autorzy wskazują, że wskaźniki strat powodowanych przez stres były proporcjonalne zarówno do intensywności działań wojennych, jak i do czasu ich trwania – Appel i Beebe⁽²¹⁾ uznali, że moment załamania żołnierzy przypadał średnio na 88. dzień ciągłej walki, w której ofiarą padł co najmniej jeden z ich przyjaciół. Po II wojnie światowej zaczęto używać terminu *straty psychiczne*⁽²²⁾. Wojna w Wietnamie zapoczątkowała poważną dyskusję, której punktem kulminacyjnym był artykuł Shatana⁽²³⁾ w „New York Timesie”. Autor zawarł tam alarmujące dane dotyczące stanu psychicznego weteranów i tzw. zespołu powietnamskiego (*post-vietnam syndrome*). W roku 1980 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżniło nową jednostkę chorobową nazwaną

zespołem stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), którą ujęto w rewizji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) z 1987 roku (DSM-III-R). W edycji podręcznika z 1994 roku (DSM-IV-TR) wprowadzono też jednostkę zwaną ostrym zaburzeniem po stresie (*acute stress disorder*) obok istniejącego PTSD. Równolegle w ICD-9 pojawił się opis ostrej reakcji na stres (*acute reaction to stress*), a w ICD-10 również opis zaburzeń po stresie pourazowym⁽²⁴⁾.

Wpływ stresu bojowego na rozwój PTSD u kombatantów wojny w Wietnamie był tak duży i dotyczył tak wielu osób, że w 1989 roku amerykański rząd zdecydował się powołać Narodowy Ośrodek ds. PTSD. Pomimo stworzenia nowej jednostki diagnostycznej już wówczas było oczywiste, że ze stresem bojowym silnie związane mogą być takie trudności, jak zaburzenia depresyjne i dystymiczne, zaburzenia lękowe, zachowania impulsywne, uzależnienia czy zaburzenia somatyzacyjne⁽²⁵⁾. PTSD jako kategoria najlepiej pasująca do sytuacji doświadczenia stresu bojowego, który z samej natury wyczerpuje część kryteriów diagnostycznych, jest jednostką najczęściej omawianą we współczesnych publikacjach na temat epidemiologii i terapii zaburzeń psychicznych związanych z działaniami wojennymi. Szereg badań podaje następujące częstości występowania PTSD u żołnierzy walczących w kolejnych konfliktach zbrojnych:

- wojna w Wietnamie: 2–17%^(26–28);
- wojna w Zatoce Perskiej: 1,9–13,2% żołnierzy amerykańskich^(29,30), 5,4% żołnierzy australijskich⁽³¹⁾;
- wojny w Iraku i Afganistanie: 4–15% członków armii USA, przy czym dużą część tej grupy stanowią pacjenci, u których współwystępują dodatkowe zaburzenia pod postacią uszkodzeń mózgu, chronicznego bólu czy innych zaburzeń psychicznych^(5,32–35).

Jednocześnie szacuje się⁽³⁶⁾, że nawet u 19% mogą rozwinąć się objawy PTSD w okresie roku od powrotu do domu. W przypadku armii brytyjskiej odsetek ten wynosi 3,7%⁽³⁷⁾. Bardzo duże rozbieżności w raportowanej częstości występowania PTSD stały się w 2007 roku podstawą intensywnej debaty na łamach „*Science*” i „*Journal of Traumatic Stress*”. Obecny stan wiedzy wskazuje, że wiele czynników, również metodologicznych, wpływa na to, jaki odsetek zdiagnozowanego PTSD otrzymywano w kolejnych badaniach. Richardson, Frueh i Acierno⁽²⁶⁾ wymieniają szereg okoliczności, które należy brać pod uwagę w analizie danych dotyczących epidemiologii PTSD wśród żołnierzy biorących udział w aktualnych konfliktach wojennych. Obok typowych, takich jak sposób doboru próby oraz sposób mierzenia zjawiska, wymieniają determinanty występujące przed służbą, w trakcie służby i po odbyciu służby wojskowej. Czynniki należące do grupy oddziałujących przed służbą wojskową^(38–41) to: uwarunkowania genetyczne, wiek, wykształcenie, płeć, rasa, inteligencja, wczesne problemy z zachowaniem, trudne doświadczenia w dzieciństwie, zaburzenia psychiatryczne żołnierza lub jego rodziny, psychiczne i fizyczne zdrowie przed rozpoczęciem

służby, słabe wsparcie społeczne po ewentualnych trudnych wydarzeniach, patologia w zakresie funkcjonowania osobowości. Najważniejsze czynniki podczas trwania służby to charakterystyka pola walki, intensywność i czas trwania walk, logistyczne i militarne wsparcie żołnierza, cechy jednostki oraz unikatowe czynniki ryzyka w konkretnej sytuacji bojowej^(42,43). Czynniki oddziałujące po powrocie do domu to występowanie indywidualnych objawów zaburzeń, okoliczności bytowe, narażenie na stresory inne niż pola walki, społeczne i systemowe wsparcie żołnierza.

Diagnostykę PTSD u żołnierzy komplikują współwystępowanie szeregu zaburzeń psychicznych (takich jak zaburzenia nastroju, osobowości, lękowe, uzależnienia^(29,44)) oraz wysokie wskaźniki nachodzenia na siebie PTSD i innych jednostek z osi I (sugerujące zresztą problem z teoretyczną konceptualizacją PTSD)^(45–48). Część badaczy sugerowała rozwiązanie w postaci włączenia do DSM-V tzw. złożonego zespołu stresu pourazowego (jako *disorders of extreme stress not otherwise specified*). Polscy badacze zwracają również uwagę na problem konieczności diagnozowania w armiach NATO zgodnie z klasyfikacją DSM-IV, a nie ICD-10, którą posługują się na co dzień⁽⁴⁹⁾.

Ciekawych informacji, rzucających nowe światło na problematykę diagnozy trudności psychicznych wynikających z sytuacji stresu bojowego, dostarczają badania dotyczące stygmatyzacji z powodu choroby psychicznej w wojsku oraz barier w otrzymaniu pomocy. Obawa przed stygmatyzacją z powodu oceny osoby jako słabej i niezdolnej do walki, a co za tym idzie – niegodnej zaufania, ma w armii długą tradycję^(50,51). Badania Hoge'a i wsp.⁽⁵⁾, przeprowadzone na żołnierzach amerykańskich, pokazują, że aż 65% z nich uważa doświadczanie trudności psychicznych jako możliwą przyczynę bycia postrzeganym jako jednostka „słaba”, 63% obawia się gorszego traktowania ze strony dowódców, 59% utraty zaufania kolegów, a 50% bycia obwiniętym z powodu wystąpienia problemów psychologicznych. Dodatkowo wykazano⁽⁵²⁾, że największe obawy przed stygmatyzacją miały osoby doświadczające najpoważniejszych trudności psychicznych. W badaniach przeprowadzonych na grupie 553 marines Momen i wsp.⁽⁵⁰⁾ ukazali, jak żołnierze postrzegają reakcję na stres pola walki. Dla 70,5% CSR (*combat stress reaction*) jest wyleczalne, 68,2% z nich uważa je za normalną reakcję, a 57,4% za możliwe do wyleczenia samodzielnie. Aż 46,7% komandosów uznało, że tego typu trudności psychiczne mogą negatywnie zaważyć na ich karierze. Tylko 27,4% jest przekonanych, że CSR można uniknąć dzięki odpowiednim ćwiczeniom. Niejednoznaczne pozostaje przełożenie dosyć spójnych wyników badań nad lękiem przed stygmatyzacją na zachowania służące poszukiwaniu pomocy^(53,54,50).

STRES BOJOWY WSPÓLCZEŚNIE

We współczesnym podejściu do stresu bojowego zwraca się uwagę na jego wielowymiarowość. Stres pola walki

od zawsze był traktowany nie tylko jako przykra konsekwencja, ale też jako broń. Współcześnie dokładnie opracowane zostały koncepcje tzw. operacji psychologicznych, które z zasady mają wpłynąć na emocje, motyw, obiektywne rozumowanie oraz zachowanie przeciwnika^(3,55). Jednakże, szczególnie w przypadku żołnierzy elitarnych jednostek lądowych, poszukiwanie sposobów redukcji stresu pola walki może również spowodować wzrost zagrożenia⁽³⁾.

Współczesne operacje wojskowe zazwyczaj odbywają się z daleka od kraju pochodzenia. Specyficzny stres spowodowany dyslokacją stanowi o wyjątkowości trudności, jakich doświadczają dzisiaj żołnierze. Nash⁽³⁾ grupuje stresory pola walki w pięć zbiorów:

- a) fizyczne – takie jak upał i zimno, odwodnienie i wilgoć, brud, pozbawienie snu, hałas i wybuchy, wycieki i wonie, jaskrawe światło lub ciemność, złe odżywianie, choroba lub uraz;
- b) poznawcze – pod postacią braku lub nadmiaru informacji, niejednoznacznej lub zmieniającej się roli lub zadania, niejednoznacznych reguł zaangażowania, konfliktów lojalności, nudy i monotonii oraz poczucia braku sensu przeżywanego doświadczenia;
- c) emocjonalne – takie jak utrata przyjaciół wskutek śmierci lub urazów, strach, wstyd i poczucie winy, bezradność, okropność masakry i zabijanie^(56,57);
- d) społeczne – izolacja od wsparcia społecznego, brak prywatności czy przestrzeni osobistej, wpływ mediów i opinii publicznej;
- e) duchowe – utrata wiary w Boga, niezdolność przebaczenia lub odczucia, że uzyskało się wybaczenie.

Tak pogrupowane czynniki mogą, według Nasha⁽³⁾, stanowić podłoże urazów o charakterze stresu traumatycznego, zmęczenia operacyjnego (które bardzo trudno odróżnić od zaburzeń depresyjnych czy lękowych) oraz żalu po stracie kogoś lub czegoś. Taki podział potwierdza, że nie tylko PTSD jest podstawą do poszukiwania pomocy specjalistycznej. Stroebe i wsp.⁽⁵⁸⁾, analizując wymiary żalu, wskazują na fakt, że poczucie straty może wywoływać bardzo poważne trudności psychopatologiczne, takie jak rozpacz, lęk, wrogość, poczucie winy, pobudzenie psychoruchowe, wycofanie społeczne, a nawet utratę pamięci i bezsenność. Całe spektrum trudności psychicznych potencjalnie dotyczących żołnierza wracającego z misji, zarówno tych związanych bezpośrednio ze stresem bojowym, jak i z jego indywidualnymi trudnościami sprzed misji oraz problemami z przystosowaniem się do życia po misji, stanowi wyzwanie i wymaga od praktyków zajmujących się ich leczeniem bardzo kompleksowej, wieloaspektowej wiedzy.

PODEJŚCIE DO STRESU BOJOWEGO W POLSCE

Najwięcej badań dotyczących konsekwencji stresu związanego z działaniami wojennymi w historii Polski dotyczyło

strat psychicznych więźniów obozów koncentracyjnych. Olbrzymią i wartościową pracę w tym zakresie wykonała Katedra Psychiatrii CM UJ w Krakowie⁽²⁵⁾. Oprócz nielicznych wyjątków⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾ dane dotyczące zdrowia psychicznego żołnierzy Wojska Polskiego z okresu PRL są trudno dostępne, poza tym ze względu na brak działań typowo wojennych w tym okresie byłyby raczej zapisem kondycji psychicznej poborowych w ogóle, a nie ich reakcji na czynniki stresu bojowego. Sytuacja zmieniła się po 1989 roku i są dostępne badania dotyczące kondycji psychicznej zarówno poborowych, jak i polskich żołnierzy służących w misjach ONZ oraz NATO. Ukazało się kilka publikacji opisujących problematykę stresu bojowego z polskiej perspektywy. Kompleksową pracę stanowi *Zdrowie psychiczne żołnierzy*⁽⁶²⁾, w której opisano podstawowe trudności adaptacyjne polskich żołnierzy zarówno w warunkach pokoju, jak i misji wojskowej. W publikacji *Psychologia w wojsku*⁽⁶³⁾ przedstawiono natomiast psychologiczną problematykę dowodzenia, charakterystykę stosunków interpersonalnych, metody ograniczania negatywnych zjawisk w wojsku, psychologiczne zagadnienia walki zbrojnej czy instytucjonalną działalność psychologiczną w Wojsku Polskim. Ciekawą publikacją, pozwalającą zorientować się w zagadnieniach dowodzenia, doboru i rozwoju kadry wojskowej, oceny żołnierzy czy morale i walki zbrojnej, jest *Psychologia wojskowa*⁽⁶⁴⁾. Bardzo przydatną, szczególnie dla samych żołnierzy i ich rodzin, jest wzorowana na zachodnich wzorcach pozycja *Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych. Poradnik dla dowódców*⁽⁶⁵⁾, w której w przystępnej formie przedstawiono problematykę stresorów występujących w misjach wojskowych, sytuacji żołnierza w kolejnych fazach służby w armii, strukturę i działanie pomocy psychologicznej w misjach wojskowych, zasady i techniki pomocy psychologicznej oraz niepokojące objawy. Interesującą pozycją opisującą sytuację polskich weteranów wojskowych jest *Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w Wojsku Polskim*⁽⁶⁶⁾. Bardzo ważnymi publikacjami, zarówno z punktu widzenia dalszych badań, jak i praktyki pomocy psychologicznej, są prace: *Przygotowanie organizacyjne i merytoryczne wsparcia psychologicznego kolejnych polskich zmian stabilizacyjnych*⁽⁶⁷⁾ oraz *Działalność psychoprofilaktyczna w I zmianie misji stabilizacyjnej polskiego kontyngentu wojskowego w Republice Iraku. Doświadczenia i wnioski*⁽⁶⁸⁾. Obie prace podejmują nurtujące środowisko psychologiczne kwestie organizacji oddziaływań psychologicznych nie tylko w trakcie misji, ale również w warunkach pokojowych, autorzy przedstawiają też obszary zaniechań i własne propozycje rozwiązań. Wciąż brak publikacji zbierających dane na temat konsekwencji stresu bojowego stwierdzonych u polskich żołnierzy w misjach z ostatnich dwóch dekad; niewiele jest też polskich publikacji umożliwiających odniesienie polskich ustaleń do analogicznych danych zebranych przez badaczy zachodnich⁽⁶⁹⁾. Porównanie otrzymanych wniosków, odniesienie ich do czynników stresowych specyficznych dla kolejnych

misji oraz możliwości diagnozy i terapii w danym czasie byłoby zapewne interesującym przedsięwzięciem. Obecnie dostępne dane z badań żołnierzy wracających z misji są zbyt fragmentaryczne, by można je porównać z uzyskanymi w armiach państw zachodnich.

ZAKOŃCZENIE

Powyższe opracowanie jest próbą zarysowania problematyki stresu bojowego, z założenia spełnia zadanie wprowadzenia dla praktyków pomocy psychologicznej stykających się z żołnierzami Wojska Polskiego wymagającymi wsparcia psychologicznego. Przedstawione dane pozwalają zorientować się w ewolucji pojęć, problemach diagnostycznych oraz epidemiologii trudności adaptacyjnych wywołanych stresem bojowym. Ponadto zarysowano perspektywy dalszych badań.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Shay J.: Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. McMillan, New York 1994.
- Shay J.: Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming. Scribner, New York 2002.
- Nash W.: Przystosowanie do stresu i urazy spowodowane przez stres bojowy i operacyjny. W: Figley C.R., Nash W.P. (red.): Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2007.
- Jones F.D., Sparacino L., Wilcox V. i wsp.: War Psychiatry, Textbook of Military Medicine. Part I. Office of the Surgeon General, USA, Washington 1995.
- Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C. i wsp.: Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 13–22.
- Moore B.A., Reger G.M.: Stres bojowy i zespół do spraw kontroli stresu bojowego w perspektywie historycznej i współczesnej. W: Figley C.R., Nash W.P. (red.): Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2007.
- DaCosta J.M.: On irritable heart: a clinical study of a form of functional cordiac disorder and its consequences. *Am. J. Med. Sci.* 1871; 61: 17–52.
- Leed E.J.: No Man's Land: Combat and Identity in World War I. Cambridge University Press, Cambridge 1979.
- Stone M.: Shellshock and the Psychologist. W: Bynum W.F., Porter R., Shepherd M. (red.): The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry. Tavistock, London 1985: 242–271.
- Brown E.M.: Between Cowardice and Insanity: Shell Shock and the Legitimation of the Neuroses in Great Britain. W: Mendelsohn E., Smith M.R., Weingart P. (red.): Science, Technology and the Military. Sociology of the Sciences, Dordrecht, Germany 1988: 323–345.
- Brown W.: The treatment of cases of shell shock in an advanced neurological center. *Lancet* 1918; 2: 197–200.
- Eder M.D.: War-Shock: The Psycho-Neuroses in War Psychology and Treatment. Heinemann, London 1917.
- Sargant W.: The Unquiet Mind: The Autobiography of a Physician in Psychological Medicine. Heinemann, London 1967.
- Sargant W., Slater E.: Acute war neuroses. *Lancet* 1940; 1: 1.
- Debenham G., Sargant W., Hill D., Slater E.: Treatment of war neurosis. *Lancet* 1941; 1: 108.
- Hadfield J.A.: War neurosis: a year in a neuropathic hospital. *Br. Med. J.* 1942; 1: 281–285.
- Fisher C.: Hypnosis in treatment of neurosis due to war and other causes. *War Med.* 1943; 4: 565.
- Farrell J., Appel J.W.: Current trends in military neuropsychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1944; 101: 12–19.
- Glass A.J.: Psychotherapy in the combat zone. *Am. J. Psychiatry* 1954; 110: 725–731.
- Grossman D., Christensen L.W.: On Combat. The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and in Peace. Wyd. II, PPCT Research Publication, 2007.
- Appel J.W., Beebe G.W.: Preventive psychiatry: an epidemiologic approach. *J. Am. Med. Assoc.* 1946; 131: 1469–1475.
- Rokicki B.: Psychologiczne problemy walki zbrojnej. W: Dyrda M.J. (red.): Psychologia w wojsku. Agencja Wydawnicza „Egros”, Warszawa 1997: 144–164.
- Shatan C.F.: Post-vietnam syndrome. *The New York Times* 1972; May 6: 35.
- Widera-Wysoczańska A.: Istota traumy prostej i złożonej. W: Widera-Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.): Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje. Difin, Warszawa 2011: 21–63.
- Tworus R.: Przyczyny i następstwa stresu wojennego. Sposoby radzenia sobie z nim. W: Stres wojenny. Skutki i ich łagodzenie. Fundacja Moje Wojenne Dzieciństwo, Warszawa 2002.
- Richardson L.K., Frueh B.C., Acierno R.: Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2010; 44: 4–19.
- Dohrenwend B.P., Turner J.B., Turske N.A. i wsp.: The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods. *Science* 2006; 313: 979–982.
- Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A. i wsp.: Trauma and the Vietnam War Generation: Report on Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Brunner/Mazel, New York 1990.
- Engel C.C. Jr, Ursano R., Magruder C. i wsp.: Psychological conditions diagnosed among veterans seeking Department of Defense Care for Gulf War-related health concerns. *J. Occup. Environ. Med.* 1999; 41: 384–392.
- Gray C.C., Reed R.J., Kaiser K.S. i wsp.: Self-reported symptoms and medical conditions among 11,868 Gulf War-era veterans: the Seabee Health Study. *Am. J. Epidemiol.* 2002; 155: 1033–1044.
- Ikin J.F., Sim M.R., Creamer M.C. i wsp.: War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *Br. J. Psychiatry* 2004; 185: 116–126.
- Riggs D.S., Sermanian D.: Prevention and care of combat-related PTSD. Directions for future explorations. *Mil. Med.* 2012; 177: 14–20.
- Tanielian T., Jaycox L.H. (red.): Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery. The RAND Corporation, Arlington, VA 2008.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. i wsp.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060.
- Lew H.L., Otis J.D., Tun C. i wsp.: Prevalence of chronic pain, posttraumatic stress disorder, and persistent postconcussive symptoms in OIF/OEF veterans polytrauma clinical trial. *J. Rehabil. Res. Dev.* 2009; 46: 697–702.
- Brown J.M., Williams J., Bray R.M., Hourani L.: Postdeployment alcohol use, aggression, and post-traumatic stress disorder. *Mil. Med.* 2012; 177: 1184–1190.
- Iversen A.C., Fear N.T., Ehlers A. i wsp.: Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychol. Med.* 2008; 38: 511–522.
- True W.R., Rice J., Eisen S.A. i wsp.: A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 257–264.

39. Koenen K., Stellman S.D., Dohrenwend B.P. i wsp.: The consistency of combat exposure reporting and course of PTSD in Vietnam War veterans. *J. Trauma. Stress* 2007; 20: 3–13.
40. Rona R.J., Hooper R., Jones M. i wsp.: The contribution of prior psychological symptoms and combat exposure to post Iraq deployment mental health in the UK military. *J. Trauma. Stress* 2009; 22: 11–19.
41. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D.: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68: 748–766.
42. Hotopf M., Hull L., Fear N.T. i wsp.: The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet* 2006; 367: 1731–1741.
43. Hotopf M., Wessely S.: Can epidemiology clear the fog of war? Lessons from the 1990–91 Gulf War. *Int. J. Epidemiol.* 2005; 34: 791–800.
44. Magruder K.M., Frueh B.C., Knapp R.G. i wsp.: Prevalence of posttraumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2005; 27: 169–179.
45. McNally R.J.: Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol.* 2003; 54: 229–252.
46. Spitzer R.L., First M.B., Wakefield J.C.: Saving PTSD from itself in DSM-V. *J. Anxiety Disord.* 2007; 21: 233–241.
47. McHugh P.R., Treisman G.: PTSD: a problematic diagnostic category. *J. Anxiety Disord.* 2007; 21: 211–222.
48. Rosen G.M., Lilienfeld S.O.: Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28: 837–868.
49. Gruszczyński W., Gruszczyński B.: Zaburzenia psychiczne u żołnierzy i weteranów misji pokojowej w Iraku. W: Gałuszka M., Kostka T. (red.): Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w Wojsku Polskim. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2009.
50. Momen N., Strychacz C.P., Viirre E.: Perceived stigma and barriers to mental health care in Marines attending to Combat Operational Stress Control program. *Mil. Med.* 2012; 177: 1143–1148.
51. McFarling L.D., D'Angelo M., Drain M. i wsp.: Stigma as a barrier to substance abuse and mental health treatment. *Mil. Psychol.* 2011; 23: 1–5.
52. Wright K.M., Cabrera O.A., Bliese P.D. i wsp.: Stigma and barriers to care in soldiers postcombat. *Psychol. Serv.* 2009; 6: 108–116.
53. Kim P.Y., Britt T.W., Klocko R.P. i wsp.: Stigma, negative attitudes and utilization of mental health care among soldiers. *Mil. Psychol.* 2011; 23: 65–81.
54. Vogel D.L., Wade N.G., Haake S.: Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J. Couns. Psychol.* 2006; 53: 325–337.
55. Chairman of the Joint Chiefs of Staff. *Doctrine for Joint Psychological Operations (JP 3-53)*. U.S. Government Printing Office, Washington 2003.
56. Grossman D.: *On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society*. Little, Brown, Boston 1995.
57. Grossman D.: *On Combat: The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and Peace*. PPCT Research Publications, St. Louis 2004.
58. Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W., Schut H.: Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. W: Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W., Schut H. (red.): *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. American Psychological Association, Washington 2001.
59. Skłodowski H.: Propranolol w leczeniu lęku neurotycznego. *Biuletyn WAM* 1989; 3: 241–249.
60. Skłodowski H.: Psychoterapia i propranolol w leczeniu stanów lękowych. W: Skłodowski H. (red.): *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996: 204–220.
61. Skłodowski H., Paciorek J.: Współczesny paradygmat stresu psychologicznego w świetle radzenia sobie w środowisku wojskowym. *Zeszyty Naukowe WSOWRiArt*. Toruń 1992: 98–109.
62. Florkowski A., Gruszczyński W. (red.): *Zdrowie psychiczne żołnierzy*. Pracownia Wydawnicza Wojskowej Akademii Medycznej, Łódź 2000.
63. Dyrda M.J. (red.): *Psychologia w wojsku*. Agencja Wydawnicza „Agros”, Warszawa 1997.
64. Cenin M., Chęłpa S.: *Psychologia wojskowa. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Klio Sp. z o.o., Warszawa 1998.
65. Lemanowicz P., Daroszeńska T.: Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych. *Poradnik dla dowódców*. Ministerstwo Obrony Narodowej, HBW Horyzonty, Warszawa 2004.
66. Gałuszka M., Kostka T. (red.): *Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w Wojsku Polskim*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2009.
67. Potracki F.: Przygotowanie organizacyjne i merytoryczne wsparcia psychologicznego kolejnych polskich zmian stabilizacyjnych. W: Truszczyński O., Konopka L., Sikora K. i wsp. (red.): *Służba żołnierzy i funkcjonowanie służb państwowych wykonujących zadania w warunkach ekstremalnych*. Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Tom 8, Warszawa 2004: 27–30.
68. Kosiorek L.: Działalność psychoprofilaktyczna w I zmianie misji stabilizacyjnej polskiego kontyngentu wojskowego w Republice Iraku. Doświadczenia i wnioski. W: Truszczyński O., Konopka L., Sikora K. i wsp. (red.): *Służba żołnierzy i funkcjonowanie służb państwowych wykonujących zadania w warunkach ekstremalnych*. Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Tom 8, Warszawa 2004: 34–40.
69. Skłodowski H.: Analysis of epidemiology and pathogenesis of neuroses on the example of flying staff. W: Schwarzer R.: *Advance in Health Psychology Research*. Freie Universität, Berlin 1998.

Szanowni Prenumeratory

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwiła doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.