

**Adam KOROLCZUK\***  
**Artur GOŁĘBIEWSKI**  
**Marzena TOMKO - GWOŹDZIEWICZ**

## OD NOSTALGII DO PTSD

*Udział w konflikcie zbrojnym jest prawdopodobnie najbardziej traumatycznym doświadczeniem człowieka. Historia naszej cywilizacji to w znacznej mierze historia konfliktów zbrojnych. Biorący w nich udział żołnierze - głównie młodzi ludzie - reagowali na wojnę w sposób będący typową, normalną reakcją na nienormalną rzeczywistość. Reakcje te nazywano między innymi nostalgią, tęsknotą za domem, nerwicą wojenną, zespołem stresu pourazowego (PTSD-posttraumatic stress disorder). Stosowane określenia miały uwarunkowania kulturowe, polityczne, odzwierciedlały także stan wiedzy medycznej. Proponowane formy pomocy medycznej miały na celu pomóc żołnierzom wrócić do jednostek. Wydaje się, że właściwy dobór do służby wojskowej, szkolenie oparte na rozwijaniu wyobraźni, innowacyjności mogą w znacznym stopniu ograniczyć następstwa traumatycznych doświadczeń wojennych. Analizując wnioski z konfliktów, łącząc je z nowymi formami szkolenia i pomocy żołnierzom, możemy skuteczniej radzić sobie z następstwami traumy wojennej.*

**Słowa kluczowe:** stres pourazowy, PTSD, psychofizjologia, konflikty zbrojne

### WSTĘP

Pierwsza publikacja podejmująca w literaturze medycznej problemy stresu pola walki pojawiła się w 1678 r. Jej autor, Johannes Hoffer, opisywał chorobę, na którą cierpieli szwajcarscy najemnicy służący we Francji. Pojawiły się u nich dolegliwości, które Hoffer określał jako przygnębienie, utrzymująca się melancholia, nieustanne myślenie o domu, zaburzenia snu, bezsenność, osłabienie, utrata apetytu, lęk, palpacje serca, zamroczenie, gorączka. Zdarzało się, że żołnierze popadali w obłąd lub umierali.

---

\* kpr. pchor. mgr Adam KOROLCZUK – słuchacz Studium Oficerskiego Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Lądowych, członek NKP  
kpt. mgr Artur GOŁĘBIEWSKI, dr Marzena TOMKO – GWOŹDZIEWICZ – Wydział Zarządzania Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Lądowych

Dolegliwości te zaczęto powszechnie nazywać *nostalgia*. Do XIX wieku wielu uważało, że objawy nostalgii były powodowane przez patologiczne zmiany w organach wewnętrznych pacjentów, nie wiązano ich z problemami natury psychicznej<sup>1</sup>.

## 1. WOJNA SECESYJNA

W okresie wojny secesyjnej (1861-1865) w USA stres związany z walką, przebywaniem na froncie nazywano syndromem *irritable heart* lub *soldier's heart*, *Da Costa's Syndrome*. Jego objawami były: skrócony oddech, palpacje serca, zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia snu, a także tęsknota za domem (*homesickness*), nostalgia. Towarzyszyły jej: silna apatia, utrata apetytu, biegunka oraz obsesyjne myśli związane z domem<sup>2</sup>. Mayers, opisując w 1870 roku konsekwencje traumatycznych doświadczeń wojennych, określił je jako kombinację wyczerpania, kołatania serca, pocenia się, drżenia, bólu w okolicach klatki piersiowej, gwałtownego zmęczenia już po niewielkim wysiłku, sporadycznie występujących omdleń. Ta klasyczna obserwacja to opis „wycofania” się z emocji, nie zaś wysiłek podejmowany do pokonania wyzwania. Da Costa zwrócił uwagę, że zaburzenie występowało u żołnierzy, gdy doświadczali szczególnie silnego lęku<sup>3</sup>.

W okresie wojny secesyjnej zdiagnozowano około 2500 przypadków zaburzeń psychicznych (*insanity*) i blisko dwa razy więcej przypadków *nostalgii*, które wymagały leczenia szpitalnego. Do tych przypadków można doliczyć około 200 tys. dezertersów i 160 tys. przypadków silnych zaburzeń układu pokarmowego, określanych jako *pre-combat syndrome*<sup>4</sup>.

D. Hendin i A.P. Hass opisali konsekwencje traumatycznych przeżyć wojennych na przykładzie losów dwóch weteranów wojny secesyjnej. Lewis Paine był żołnierzem walczącym w szeregach konfederatów. Przeżycia wojenne spowodowały, że stał się człowiekiem brutalnym. Całkowicie wycofał się z życia rodzinnego. Zatrzymany po zamachu na prezydenta Lincolna (był jednym z konspiratorów przygotowujących zamach) próbował popełnić samobójstwo. Takie zachowanie świadczyło, że cierpi on na chorobę psychiczną związaną z doświadczeniami wojennymi. Natomiast Ambrose Pierce - znany dziennikarz i pisarz, w wyniku przeżyć wojennych stał się człowiekiem nadpobudliwym, miewał koszmary senne i obsesje oraz nadużywał alkoholu<sup>5</sup>.

W wojnie secesyjnej uczestniczyło ok. 3 miliony żołnierzy – z tego 970 tys. zostało zabitych lub rannych. 85% z tych, którzy przeżyli, w późniejszym życiu miało poważne problemy ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym. Najczęściej były to choroby serca i żołądka. Najbardziej narażeni na powojenne problemy ze zdrowiem byli

<sup>1</sup> G. Rosen, *Nostalgia: a Forgotten Psychological Disorder*, [w:] *Psychological Medicine*, 1975, Nov, vol. 5, s. 340-354.

<sup>2</sup> K.C. Hyams, S. Wignall, R. Roswell, *War Syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War*, [w:] *American Internal Medicine*, 1996, vol. 125, s. 398-405.

<sup>3</sup> J. Strelau, *Osobowość i ekstremalny stres*, Gdańsk 2004, s. 5-18.

<sup>4</sup> A.J. Glass, *Army psychiatry before World War II*, [w:] *Neuropsychiatry in World War II*, 1966, vol. I, s. 3-23.

<sup>5</sup> D. Hendin, A.P. Hass, *Posttraumatic stress disorder in veterans of early American wars*, [w:] *Psychohistory Review*, 1984, vol. 25, s. 25-30.

najmłodszy żołnierze z pododdziałów, które podczas walk poniosły największe straty<sup>6</sup>. Obecnie młody wiek i skalę traumatycznych doświadczeń uznaje się za czynniki predisponujące do wystąpienia i utrzymywania się różnego rodzaju dolegliwości<sup>7</sup>.

W okresie wojny rosyjsko – japońskiej (1904-1906) nerwice wojenne lekarze rosyjscy opisywali i leczyli. Nie dzielili pacjentów na psychotycznych i neurotycznych. Po wystąpieniu objawów żołnierzy leczono w pobliżu linii frontu. Gdy objawy ustępowały, żołnierze wracali do szeregów.

## 2. I WOJNA ŚWIATOWA

Do wybuchu I wojny światowej problemowi wpływu doświadczeń wojennych na psychiczne funkcjonowanie żołnierzy nie dostrzegali również prominentni psychiatrzy tego okresu, tacy jak Emil Kraepelin czy Eugen Bleuler<sup>8</sup>.

Pojęcie *nostalgia* było szeroko stosowane aż do I wojny światowej, gdy nastąpiły zmiany w diagnozie i metodach leczenia żołnierzy dotkniętych stresem, związanym z długotrwałym przebywaniem na linii frontu. Początkowo żołnierzy, którzy nie radzili sobie ze stresem walki, diagnozowano jako cierpiących na histerię, która była, jak sądzono, powodowana utratą woli walki, lenistwem lub demoralizacją. Żołnierzy tych ewakuowano na zaplecze i zapewniano odpoczynek. U części objawy ustępowały, lecz większość zwalniano ze służby<sup>9</sup>.

Po długotrwałym pobycie na froncie i udziale w walkach u żołnierzy występowały bóle i zawroty głowy, trudności z koncentracją, roztargnienie, koszmary nocne. Objawy zaostrzały się między innymi z powodu braku snu. Lekarze wskazywali na zaburzenia związane ze stresem walki nazywane *shell shock* lub *trench neurosis* (szok artyleryjski lub nerwica okopów). Typową manifestacją *shell shock* było załamanie się w walce, oszołomienie, obojętność, reagowanie nadmiernym strachem, silny lęk. Zwrócono uwagę, iż nerwice okopów dotyczyły głównie żołnierzy bez obrażeń fizycznych. Praktycznie nie miały miejsca wśród rannych w wyniku postrzału czy trafienia odłamkami. W wyniku doświadczeń brytyjskich i francuskich już w okresie I wojny światowej opracowano 3 etapowy system zapobiegania, leczenia i powrotu do służby żołnierzy dotkniętych stresem związanym z walką<sup>10</sup>.

W pierwszym etapie instruowani przez psychiatrów i psychologów dowódcy szybko reagowali na objawy zmęczenia, silnego stresu podległych żołnierzy. Natychmiastowe skierowanie na krótki odpoczynek w pobliżu linii frontu (pod opieką psychiatrów) powodowało, iż blisko 70% żołnierzy wracało na linię frontu. Starano się unikać

---

<sup>6</sup> J. Pizarro, R. Cohen Silver, J. Prause, *Physical and mental health costs of Traumatic War Experiences among Civil War Veterans*, [w:] *Archives of General Psychiatry*, 2006, vol. 63, s. 193-200.

<sup>7</sup> R.A. Bryant, A.G. Harvey, *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*, Warszawa, 2003, s. 40.

<sup>8</sup> D. K. Kentsmith, *Principles of battlefield psychiatry*, [w:] *Military Medicine*, 1986, vol. 151, s. 89-96.

<sup>9</sup> A.D. English, *Leadership and operational stress in the Canadian Forces*, [w:] "Canadian Military Journal" vol. 1 No. 3 z 2000 r. s. 33-38.

<sup>10</sup> B.L. Bacon, J.J. Staudenmeier, *A historical overview of combat stress control*, [w:] *Military Medicine*, 2003, vol. 168 (9), s. 689-693.

terminologii, która sugerowałaby zaburzenia psychiczne - stosowano określenie NYDN (Not Yet Diagnosed Nervous – niezdiagnozowana nerwica)<sup>11</sup>.

W drugim etapie żołnierze, którzy nadal odczuwali skutki stresu, byli kierowani do szpitala. Tam mogli odpocząć i otrzymać specjalistyczną pomoc medyczną, rehabilitację. Skutecznie leczono żołnierzy dotkniętych *gas mania* i *gas hysteria*- żołnierze ci byli przekonani, że są ofiarami użycia gazów bojowych - chociaż w rzeczywistości nie doznali żadnych tego typu obrażeń. W ciągu około dwóch tygodni około 55% kierowanych żołnierzy wracało do służby.

W trzecim etapie żołnierzy kierowano, stosownie do rozpoznań, do specjalistycznych szpitali. Po szczegółowych badaniach, wielu żołnierzy wracało do służby<sup>12</sup>.

Zakończenie I wojny światowej ograniczyło zainteresowanie weteranami, ich leczeniem oraz problematyką stresu pola walki.

### 3. II WOJNA ŚWIATOWA

W okresie II wojny światowej zwrócono uwagę na konsekwencje długiego przebywania na pierwszej linii frontu. Objawami był silny lęk i nasilone objawy depresyjne, często prowadzące do załamania.

*Short-timer's syndrome* dotykał żołnierzy, których termin rotacji i wyjścia z obszaru działań zbliżał się do końca. Zwykle termin ten wiązany był z ilością odbytych lotów czy też patroli, czasem pozostawania na pierwszej linii i otrzymaną na tej podstawie ilością punktów *point system*. *Short-timer's syndrome* przejawiał się silnym lękiem i stanem napięcia<sup>13</sup>.

Liczono na to, iż właściwe badania poborowych mogą obniżyć wskaźniki zespołu stresu związanego z walką. Konsultantem w Selective Service Commision (Poborowa Komisja Lekarska) armii amerykańskiej był Harry Stack Sullivan. Poborowi wykazujący cechy neurotyczne byli odrzucani przez komisje poborowe. Odrzucono blisko 2,5 mln mężczyzn. Średnio jeden z siedmiu poborowych nie został kwalifikowany do służby wojskowej. Sytuacja ta powodowała brak odpowiedniej liczby żołnierzy wysyłanych na front i jednocześnie nie eliminowała załamań żołnierzy w obliczu stresu walki. W tej sytuacji sięgnięto po metody udzielania pomocy żołnierzom dotkniętym stresem walki wypracowane w czasie I wojny światowej.

W początkowym okresie walk armii amerykańskiej w Afryce Północnej i na Sycylii 35% żołnierzy wycofano z linii frontu z powodu zaburzeń psychologicznych. W latach 1944-45 w Europie przeciętnie 25% ofiar walk klasyfikowano jako neuropsychy-

<sup>11</sup> NYDN - diagnoza stawiana żołnierzom znajdującym się na krawędzi załamania. Używano jej w okresie I wojny światowej, by uniknąć określenia „szok artyleryjski”, „nerwica wojenna”. Pomocy żołnierzom udzielano w centrach NYDN - sytuowano je w odległości kilkunastu kilometrów od linii okopów. Kierowani tam żołnierze byli badani, mogli odpocząć, skorzystać z kąpieli, otrzymać czystą odzież, dobre wyżywienie. Tego rodzaju działania były bardzo skuteczne. 55-73% żołnierzy z diagnozą NYDN po krótkim pobycie w centrum NYDN wracała do służby. Szerzej na ten temat: E. Jones, S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York, 2006, s. 26-31.

<sup>12</sup> C.R. Figley, *Stress disorders among Vietnam veterans*, New York, 1978, s. 3-22.

<sup>13</sup> A.J. Glass, *Lessons learned*, [w:] *Neuropsychiatry in World War II*, 1973, vol. I, s. 989-1027.

chiatryczne. W każdej amerykańskiej dywizji lekarz psychiatra pomagał żołnierzom dotkniętym zespołem zmęczenia bitwą, wyczerpania walką (*battle fatigue, combat exhaustion*). Udzielał również pomocy lekarzom pułkowym i batalionowym. Żołnierzy wycofanych z pierwszej linii z powodu nerwicy wojennej kierowano do pułkowych ośrodków odpoczynku, umiejscowionych na zapleczach batalionowych kuchni. Żołnierzom dotkniętym stresem udzielano również pomocy w kompaniach kierowanych przez psychiatrów - 50% do 70% żołnierzy dotkniętym zespołem wyczerpania walką wracało po okresie 3 dniowej rekonwalescencji<sup>14</sup>.

Zwracano również uwagę na stresory niezwiązane bezpośrednio z walką: izolację, monotonię, nudę, chroniczny dyskomfort, które ograniczały tolerancję na stres. Zwykle żołnierzy wycofywano do ośrodków na bliskim zapleczu, gdzie mogli odpocząć. Doświadczenia te wykorzystano później w okresie wojny koreańskiej. Stres, jakiego doświadczali żołnierze, uznawano za normalną reakcję na ekstremalne zagrożenia. Podejmowane działania zmierzające do opanowania stresu związanego z polem walki oparte były na zasadach bezpośredniego, bliskiego i zgodnego z oczekiwaniami działania (*proximity, immediacy, expectancy*)<sup>15</sup>.

Doświadczenia II wojny światowej, ujęte w pracach A. Kardinera, M. Spiegla i Grinkera, dostarczały nowego spojrzenia na nozologię i leczenie stresu związanego z konsekwencjami wojny. Duże znaczenie miało naukowe potwierdzenie, iż lęk może mieć swoje źródło w realiach pola walki oraz że stres związany z walką (*combat neuroses*) nie jest zjawiskiem jednorodnym, lecz procesem rozwijającym się z ostrymi i chronicznymi fazami, który musi podlegać wnikliwej obserwacji po to, aby mógł zostać właściwie zdiagnozowany<sup>16</sup>.

#### 4. WOJNA WIETNAMSKA

W okresie wojny wietnamskiej odnotowano niewiele klasycznych zespołów zmęczenia bitwą. Wynikało to ze specyficznego charakteru działań oraz wyposażenia i zadań baz rozmieszczonych na terenie Południowego Wietnamu. Poważnymi problemami były frustracja i samotność. Spadł poziom dyscypliny. Zdarzały się przypadki odmowy udziału w walce, a nawet zabójstwa (*fragging*) dowódców. Dochodziło do okrucieństw wobec ludności cywilnej (np. w wiosce My Lai w 1968 roku)<sup>17</sup>.

W okresie 1970-71 z powodu stanów neuropsychiatrycznych 60% żołnierzy wycofano z Wietnamu. Nadużywanie alkoholu, uzależnienie od narkotyków przybrały charakter epidemii. Poważnym problemem stała się asymilacja weteranów do życia w cywilu i reasymilacja ze społeczeństwem amerykańskim<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Z. Solomon, *Combat stress reaction. The enduring toll of war*, New York, 1990, s. 51-52.

<sup>15</sup> R. Sobel, *The old sergeant syndrome*, [w:] *Combat Psychiatry*, 1949, vol. 9 s. 137-146.

<sup>16</sup> A. Kardiner, M. Spiegel, *War stress and neurotic illness*, [w:] "The Quarterly Review of Biology", no. 3 z 1947, vol. 22, s. 242 - 243.

<sup>17</sup> F.D. Johnes, A.W. Johnson, *Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam*, [w:] *Journal of Social Issues*, 1975, vol. 31, s. 49-65.

<sup>18</sup> D.J. Brenner, *Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Combat Veterans*, [w:] *American Journal of Psychiatry*, 1992, vol. 149, s. 328-332.

W okresie wojny wietnamskiej zażywanie narkotyków przez żołnierzy określano mianem syndromu ewakuacyjnego (evacuation syndrome). Był to jeden ze sposobów ewakuacji ze strefy działań wojennych, ponieważ potwierdzenie występowania heroiny w moczu badanych żołnierzy decydowało o odesłaniu żołnierza do kraju. Starano się temu zapobiegać, organizując detoksykację i leczenie uzależnienia w Wietnamie. Problem jednak okazał się bardziej złożony. Część żołnierzy miała kontakt z heroiną przed wcieleniem do służby, wielu powracało do uzależnienia po odbyciu służby<sup>19</sup>.

Badania weteranów wojny wietnamskiej pozwoliły wyodrębnić zespół występujących u nich dolegliwości, który nazwano syndromem opóźnionej odpowiedzi stresowej (delayed stress response syndrome). Obejmował on koszmarne sny, zaburzenia nastroju, upośledzenia reakcji społecznych, agresywne i autodestrukcyjne działania, obawę o utraty kontroli nad własnymi agresywnymi impulsywnymi poczynaniami<sup>20</sup>.

## 5. WOJNA YOM KIPPUR

Na podstawie izraelskich doświadczeń z wojny w 1973 roku można wnioskować, że już godzin walki może przynieść duże straty psychiczne. Nie mogły one zostać spowodowane wyczerpaniem. Między innymi dlatego izraelscy naukowcy preferują określenie CSR – *Combat Stress Reaction* – reakcja stresu pola walki, zmęczenie walką - przejawiające się niepokojem, zahamowaniem psychomotorycznym, wycofaniem, wzrastającym pobudzeniem sympatycznego układu nerwowego, jękaniami, utratą kontroli, dysocjacją, nudnościami, wymiotami, dezorientacją<sup>21</sup>. Z. Solomon oraz K. Ginzburg zwracają uwagę, że określenie PTSD w państwie o dużej liczbie obywateli służących w armii mogło pozostawać w sprzeczności ze wzorami bohaterstwa i dzielności żołnierzy izraelskich. Wzory te były gorliwie kultywowane przez założycieli i pionierów państwa Izrael, a także chętnie przejmowane przez następne pokolenia. Nie było miejsca na słabość<sup>22</sup>.

## 6. CSR a PTSD

W wielu armiach CSR określa się jako zaburzenie funkcjonowania mające miejsce wówczas, gdy żołnierz przestaje wykonywać swoje żołnierskie powinności i działa w sposób, który zagraża jemu i jego walczącym kolegom<sup>23</sup>. Można powiedzieć, że CSR to niezdolność żołnierza do radzenia sobie ze stresem traumatycznym i podejmowania stosownych działań w obliczu stresu. W okresie operacji w Zatoce Perskiej (Pustynna Tarcza, Pustynna Burza, Irak 1991, 2005) obok występujących zespołów wyczerpania walką miały miejsce zaburzenia spowodowane oddaleniem od rodziny i przemęczeniem. Dzięki lekarzom psychiatrii i psychologom o połowę ograniczono ewakuację

<sup>19</sup> J. Keegan, *History of warfare*, New York, 1993, s. 386.

<sup>20</sup> M.D. Horowitz, G.F. Solomon, *A prediction of delayed stress response syndrome in Vietnam veterans*, [w:] *Journal of Social Issues*, 1975, vol. 4, s. 67-79.

<sup>21</sup> L.H. Barteneier, *Combat exhaustion*, [w:] *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1946, vol. 104, s. 359-425.

<sup>22</sup> K. Ginzburg, Z. Solomon, R. Dekel, *Battlefield functioning and chronic PTSD; associations with perceived self efficacy and casual attribution*, [w:] *Personality and Individual Differences*, 2003, vol. 34, s. 463-476.

<sup>23</sup> H.R. Kormos, *The nature of combat stress*. [w:] *Stress disorders among Vietnam veterans*, pod red. C.R. Figley, New York, 1978, s. 3-22.

z rejonu działań zbrojnych z przyczyn psychiatrycznych<sup>24</sup>. Izraelskie określenie CSR jest kolejną propozycją nazwania reakcji części żołnierzy w obliczu stresu walki. Stosuje się także określenie stres operacyjny (operational stress lub transient battle reaction)<sup>25</sup>. Powszechne zastosowanie ma jednak określenie PTSD. W populacji narażonej na stresory PTSD występuje w przedziale – od 36% do 75%<sup>26</sup>.

Wśród weteranów wojennych blisko 10 – 30% spełnia kryteria PTSD – skala i znaczenie tego zjawiska wskazuje między innymi na potrzebę doskonalenia metod doboru żołnierzy do jednostek przewidywanych do działania w operacjach militarnych (*implementation* – wdrażanie, *stabilization* - stabilizacja, *peacemaking* – tworzenie pokoju, *peacekeeping force* – utrzymywanie pokoju). Doświadczenia skandynawskie wskazują, iż dobra kondycja psychiczna przed podjęciem działań w istotny sposób wpływa na dobre funkcjonowanie w trakcie operacji, jak też po powrocie do domu. Istotne staje się rozpoznawanie czynników ryzyka PTSD oraz występowanie traumatycznych zdarzeń i PTSD wśród różnych podgrup populacji<sup>27</sup>.

Od 1980 roku w DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – system klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) – obecnie w DSM-IVR<sup>28</sup> funkcjonuje kategoria PTSD – Post Traumatic Stress Disorder - zaburzenie po stresie traumatycznym . Wydaje się, że jednym z powodów przyjęcia diagnozy PTSD były trudności z asymilacją weteranów wojny w Wietnamie. PTSD było reakcją na silnie stresujące przeżycie. Nie ograniczono go do walki na froncie czy sytuacji uwięzienia. Wydarzeniem traumatycznym mogły być katastrofy komunikacyjne, napady czy gwałty. Według DSM-IV wydarzeniem tym może być zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub poważnymi uszkodzeniami, podczas którego jednostka przeżywa stan intensywnego dystresu<sup>29</sup>.

Powstawanie PTSD mogą powodować przeżycia wojenne związane z zagrożeniem życia. Różna terminologia, jaką określano konsekwencje traumatycznych przeżyć wojennych, była odbiciem ustosunkowania się opinii publicznej, władzy politycznej i środowisk wojskowych do problematyki stresu pola walki.

Nazewnictwo niosło ze sobą aspekt wspierania bądź odrzucania odszkodowań dla ofiar traumatycznych przeżyć wojennych. Zdarzało się, że niosło przesłanie mające podkreślać wyjątkowość walczących na froncie.

---

<sup>24</sup> The Iowa Persian Gulf Study Group, *Self-reported Illness and Health status among Gulf War Veterans*, [w:] "The Journal of the American Medical Association", 1997, vol. 227 (3), s. 238-245.

<sup>25</sup> A.D. English, *Leadership and operational stress in the Canadian Forces*, [w:] "Canadian Military Journal", No. 3 z 2000, vol. 1, s. 33-38.

<sup>26</sup> J.R.T. Davidson, D. Hughes, D. Blazer, *Posttraumatic Stress Disorder in the Community: an epidemiological study*, [w:] *Psychological Medicine*, 1991, vol. 21, s. 1-9.

<sup>27</sup> M. Turlejska-Lis, *Rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń oraz objawów traumatycznych w nieklinicznej próbie studentów szkół wyższych*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. J. Strelau Gdańsk 2004, s. 100 - 116.

<sup>28</sup> DSM-IVR to nowa wersja DSM-IV. DSM-IV w zakresie zaburzeń po stresie traumatycznym nie wnosi nic nowego. DSM-IV opublikowano w 1994 r, zaś DSM-IVR w 2004 r.

<sup>29</sup> M. Turlejska-Lis, *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, Warszawa, 1998, s. 29.

Termin PTSD jest próbą pogodzenia tych stanowisk i pogodzenia się z prawdą, że tak traumatyczne przeżycie, jakim jest dla żołnierza wojna, bez względu na jej specyfikę, może powodować powstawanie traumatycznego stresu, którego ślady mogą pozostać na całe życie.

## ZAKOŃCZENIE

Jednym z czynników zabezpieczających przed wystąpieniem objawów PTSD jest odpowiednie przygotowywanie sił zbrojnych do działań wojennych. Wyobraźnia i innowacyjność nowoczesnego dowódcy to przyszłość nowoczesnej armii. Obok właściwego doboru do służby, szkolenia i motywacji, może być jednym z czynników ograniczających możliwość występowania PTSD<sup>30</sup>.

## LITERATURA

1. Bacon B.L., Staudenmeier J.J., *A historical overview of combat stress control*, [w:] *Military Medicine*, 2003, vol. 168 (9).
2. Barteneier L.H., *Combat exhaustion* [w:] *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1946, vol. 104.
3. Brenner D.J., *Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Combat Veterans* [w:] *American Journal of Psychiatry*, 1992, vol. 149.
4. Bryant R.A., Harley A.G., *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*, Warszawa 2003.
5. Davidson J.R.T., Hughes D., Blazer D., *Posttraumatic Stress Disorder in the Community: an epidemiological study* [w:] *Psychological Medicine*, 1991, vol. 21.
6. Dekel R., Solomon Z., Ginzburg K., *Combat exposure, wartime performance and long-term adjustment among combatants* [w:] *Military Psychology*, 2003, vol. 15 (2).
7. Dudek B., *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003.
8. English A.D., *Leadership and operational stress in the Canadian Forces* [w:] "Canadian Military Journal", No. 3 z 2000, vol. 1.
9. Figley C.R., *Stress disorders among Vietnam veterans*, New York 1978.
10. Glass A.J., *Army psychiatry before World War II* [w:] *Neuropsychiatry in World War II*, 1966, vol. I.
11. Ginzburg K., Solomon Z., Dekel R., *Battlefield functioning and chronic PTSD; associations with perceived self efficacy and casual attribution* [w:] *Personality and Individual Differences*, 2003, vol. 34.
12. Glass A.J., *Lessons learned* [w:] *Neuropsychiatry in World War II*, 1973, vol. I.
13. Hendin H., A.P. Hass, *Posttraumatic stress disorder in veterans of early American wars* [w:] *Psychohistory Review*, 1984, vol. 25.
14. Horowitz M.D., Solomon G.F., *A prediction of delayed stress response syndrome in Vietnam veterans* [w:] *Journal of Social Issues*, 1975, vol. 4.

---

<sup>30</sup> J.A. Nagl, *School on the Run*, [w:] "Newsweek", 2006, vol. 21.

15. Hyams K.C., Wignall S., Roswell R., *War Syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War* [w:] *American Internal Medicine*, 1996, vol. 125.
16. Johnes F.D., A.W. Johnson, *Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam* [w:] *Journal of Social Issues*, 1975, vol. 31.
17. Jones E., Wessely S., *Shell Shock to PTSD. Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York 2006.
18. Kardiner A., Spiegel M., *War stress and neurotic illness* [w:] "The Quarterly Review o Biology", no. 3 z 1947, vol. 22.
19. Keegan J., *History of warfare*, New York, 1993, Kentsmith D.K., *Principles of battlefield psychiatry* [w:] *Military Medicine*, 1986, vol. 151.
20. Kentsmith D.K., *Principles of battlefield psychiatry* [w:] *Military Medicine*, 1986, vol. 151.
21. Kormos H.R., *The nature of combat stress* [w:] *Stress disorders among Vietnam veterans*, pod red. C.R. Figley, New York 1978.
22. Larsson G., *Systematic assessment of mental health following various types of post-trauma support* [w:] *Military Psychology*, 2000, vol. 12 (2).
23. McFarlane A.C., *Związek między osobowością a zespołem stresu pourazowego* [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. J. Strelau, Gdańsk 2004.
24. Nagl J.A. *School on the Run* [w:] "Newsweek - special edition" z 21. Dec. 2005 - Feb. 2006.
25. *Overview of combat stress control*, 2003.
26. Pizarro J., Cohen R. Silver, Prause J., *Physical and mental health costs of Tramatic War Experiences among Civil War Veterans* [w:] *Archives of General Psychiatry*, 2006, vol. 63.
27. Rosen G., *Nostalgia: a Forgotten Psychological Disorder* [w:] *Psychological Medicine*, 1975, Nov, vol.5.
28. Sęk H., *Psychologia kliniczna, t. 1, t. 2*, Warszawa 2005.
29. Sobel R., *The old sergeant syndrome* [w:] *Combat Psychiatry*, 1949, vol. 9.
30. Solomon Z., *Combat stress reaction. The enduring toll of war*, New York 1990.
31. Strelau J., *Osobowość i ekstremalny stres*, Gdańsk 2004.
32. The Iowa Persian Gulf Study Group, *Self-reported Illness and Health status among Gulf War Veterans* [w:] *The Journal of the American Medical Association*, 1997, vol. 227 (3).
33. Turlejska-Lis M., *Rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń oraz objawów traumatycznych w nieklinicznej próbie studentów szkół wyższych* [w:] *Osobowość a ekstremalny stres* pod red. J. Strelau, Gdańsk 2004.
34. Turlejska-Lis M., *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, Warszawa 1998.

## FROM NOSTALGIA TO PTSD

### Summary

*Participation in an armed conflict is probably the most traumatic experience for a person. The history of our civilization is largely the history of armed conflicts. Soldiers who take part in them – mainly young people – responded to war with a typical, normal reaction to an abnormal situation. These reactions were named nostalgia, homesickness, war neurosis or PTSD. The terms used were both culturally and politically conditioned and they also reflected the state of medical knowledge. Medical assistance offered was to help soldiers return to their units. It appears that the appropriate selection for military service, training based on the development of imagination and innovation can significantly reduce the consequences of traumatic experiences of war. When examining the lessons learned from these conflicts, combining them with new forms of training and supporting troops, one can effectively deal with the aftermath of war trauma.*

**Key words:** *post-traumatic stress disorder, PTSD, psychophysiology, armed conflicts*

*Artykuł recenzował: dr hab. Jan MACIEJEWSKI, prof. UW.*