

## PSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE STRESU OPERACYJNO - BOJOWEGO

Andrzej PIOTROWSKI\*

\* Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański  
e-mail: andrzej.piotrowski@univ.gda.pl

Artykuł wpłynął do redakcji 12.01.2012 r. Zweryfikowaną i poprawioną wersję po recenzjach i korekcie otrzymano w maju 2012 r.

*Już prawie 3 % stanu ewidencyjnego Sił Zbrojnych RP pełni służbę poza granicami naszego kraju. Służba ta, tak bardzo różniąca się od pełnionej w rodzimych jednostkach, skutkować może specyficznymi obciążeniami psychologicznymi, kosztami zdrowotnymi i społecznymi. Artykuł opisuje ewolucję poglądów na temat stresu bojowego, przedstawia typowe stresory żołnierzy, w tym także te, które doświadczane są na polu walki oraz stanowi przegląd wybranych wyników badań polskich i zachodnich dotyczących psychospołecznych i zdrowotnych kosztów pełnienia służby w warunkach bojowych i operacyjnych.*

**Słowa kluczowe:** stres bojowy, PTSD (Zespół Stresu Pourazowego), CSR (reakcje na stres bojowy), psychologia społeczna

### WSTĘP

Nowe zdobycze techniki tworzone na potrzeby wojska, tak aby zdobyć przewagę nad przeciwnikiem, rozwój medycyny inwazyjnej to klasyczne już przykłady postępu, jaki przynosi wojna. Można powtórzyć za generałem Sikorskim, że: „od początku istnienia człowieka i od chwili, gdy jego historia jest znana, wojna uchodzi za jedną z reguł rozwoju ludzkości”<sup>1</sup>. Niestety znacznie częściej działania wojenne przynoszą więcej strat niż korzyści. Stratami są nie tylko ci, którzy zginęli, ale także ci, którzy zostali okaleczeni fizycznie lub psychicznie. Nie można wojny gloryfikować, co potwierdza Cynceron słowami „pokój nawet niesprawiedliwy jest pożyteczniejszy niż niesprawiedliwsza wojna”. Mimo strasznych doświadczeń, jakie przynoszą ze sobą kolejne wojny, jak pokazuje historia, ludzkość nie potrafiła zrezygnować z tej metody rozwiązywania konfliktów. Jak powiedział rzymski strateg Flawiusz Wegencjusz Renatus w swoim traktacie „O sztuce wojskowej”: „si vis pacem, para bellum” – *jeśli chcesz pokoju, gotuj się do wojny*. Działania wojenne przyśpieszyły rozwój wielu dziedzin nauki jak technika czy medycyna, ale miały także wpływ na nauki społeczne, jak psychologia. Znakomitym przykładem jest koncepcja salutogenetyczna Antonowsky’ego, która

<sup>1</sup> W. Sikorski, *Przyszła wojna*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1984, s. 29.

jest jednym z kluczowych paradygmatów w psychologii zdrowia. Teoria ta powstała po przebadaniu osób, które przeżywszy niezwykle traumatyczne wydarzenie (obóz koncentracyjny) nadzwyczaj dobrze radziły sobie w późniejszym życiu<sup>2</sup>. Warto odnotować, że po raz pierwszy słowo *stres* w znaczeniu psychologicznym użyte zostało w książce Grinkera i Spiegela „Men under Stress” (1945), która opisywała reakcje pilotów na uczestnictwo w zdarzeniach II wojny światowej<sup>3</sup>.

## 1. EWOLUCJA POGLĄDÓW NA TEMAT STRESU OPERACYJNO-BOJOWEGO

O skutkach działań militarnych pisał już Homer w swojej „Iliadzie”, ukazując Achilleusa zdruzgotanego szacowanym kosztem strat, jakie mógł ponieść w trakcie wojny. W „Odysei” znajdujemy opisy podróży psychologicznej weterana wojny trojańskiej – Odysa, który na jawie doświadcza powrotów obrazów scen traumatycznych (flashbacków), a także tego, co aktualnie określa się „poczuciem winy ocalałego”<sup>4</sup>.

Zachowania żołnierzy w kontekście ich efektywności i obciążeń związanych z walką interesowały wczesnych klasyków i teoretyków wojny. Sun Zi – autor najstarszego na świecie podręcznika sztuki wojennej w VI wieku p.n.e. w traktacie „Sztuka wojenna” pisze: „wprawny wojskowy (...) odnosi zwycięstwa nie trudząc żołnierzy”<sup>5</sup>. Dwieście lat później Flavius Vegetius Renatus w „De re militari” w roku 390 p.n.e. zwraca uwagę na właściwy dobór rekrutów, tak aby przyjęte jednostki wykazywałyby się odpowiednim poziomem dzielności<sup>6</sup>.

Niccolo Machiavelli w XVI wieku w swoim traktacie „O sztuce wojennej” pisze: „któż mógłby więcej pokój miłować niż ten, kto na wojnie może tylko ucierpieć?”<sup>7</sup> Uznaje on wojnę za konieczność, ale dostrzega także negatywne konsekwencje, jakie niesie ona dla walczących.

W XVII wieku Johannes Hoffer opisywał *chorobę szwajcarską* zwaną później *nostalgia*. Zauważono ją u szwajcarskich wieśniaków przymusowo wcielanych do różnorodnych armii. Choroba ta przejawiała się w przygnębieniu, tęsknocie do domu, zaburzeniach snu i apetytu oraz problemach z sercem.

Gdy generał Carl von Clausewitz w swoim klasycznym już dziele „O wojnie” w 1832 roku pisze o „tarcu”, ma prawdopodobnie na myśli obciążenia psychofizyczne wynikające z uczestnictwa w działaniach wojennych: „o wysiłku fizycznym wspominamy tu głównie dlatego, że wraz z niebezpieczeństwem należy on do najgłębszych przyczyn „tarcia” i ponieważ nakreślona jego miara upodabnia jego istotę do tych ciał elastycznych, których tarcie, jak wiadomo, bardzo trudno obliczyć”<sup>8</sup>. Uważał także, że

---

<sup>2</sup> A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995.

<sup>3</sup> R. R. Grinker, J. P. Spiegel, *Men under stress*, Blakistan, Philadelphia 1945.

<sup>4</sup> W. G. Niderland, *The psychiatric evaluation of emotional disorders in survivors of Nazi persecution*, [w:] *Massive psychic trauma*, pod red. H. Krystal, International Universities Press, New York 1968, s. 60-70.

<sup>5</sup> S. Zi, *Sztuka wojenna*, VIS-A-VIS/ETIUDA, Kraków 2011, s. 23.

<sup>6</sup> F. V. Renatus, *O sztuce wojskowej. Księgi I – III*, [online]. [dostęp: 2.06.2011]. Dostępny w Internecie: [www.romanum.historicus.pl](http://www.romanum.historicus.pl).

<sup>7</sup> N. Machiavelli, *O sztuce wojny*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2008, s. 14.

<sup>8</sup> C. von Clausewitz, *O wojnie*, Muza, Warszawa 2009, s. 62.

cechy osobowości pozwalają skutecznie radzić sobie z obciążeniami, które to jednak wyczerpują jednostkę: „potężna, żelazna wola przezwycięża to tarcie, miażdży przeszkody, ale jednocześnie zużywa maszynę”<sup>9</sup>. Clausewitz przedkłada pogląd, że nawet najintensywniejsze szkolenie nie przygotowuje na „tarcie”, gdyż: „żaden wódz nie potrafi swemu wojsku zaszczerpić przyzwyczajenia do wojny, a w małym tylko stopniu mogą je zastąpić ćwiczenia w czasie pokoju”<sup>10</sup>. Trudno odmówić Clausewitzowi doświadczenia wojskowego – po raz pierwszy walczył w wieku 13 lat jako kadet, aby w 38 roku życia uzyskać stopień generała majora<sup>11</sup>.

Artur Meyers w 1870 roku wydał książkę *On the Etiology and Prevalance of Diseases of Herat Among Soldiers* (O etiologii i występowaniu chorób serca wśród żołnierzy). Rok później psychiatra wojskowy J. M. Da Costa opisał zespół znany jako *nadpobudliwe serce* lub *żołnierskie serce*. Charakteryzował się on spłyconym oddechem, zaburzeniami trawiennymi, zwiększoną potliwością, tachykardią występującą już w trakcie niewielkiego wysiłku. Da Costa zauważył, że stan zdrowia żołnierzy poprawiał się wyłącznie dzięki odpoczynkowi poza pierwszą linią frontu. Objawy opisane przez Da Costę przypominają określenia lęku panicznego używane przez współczesnych psychiatrów i psychologów.

W kontekście stresu bojowego, wartym wspomnienia jest też praca Adama Cygielstreicha a studiującego psychologię w latach 1905 – 1910 w Paryżu, który opublikował rozprawę doktorską na temat: „Psychiczne konsekwencje przeżyć związanych z wojną” (*Les consequences mentales des emotions dl la guerre*)<sup>12</sup>. Pozycja ta poruszała wpływ gwałtownych przeżyć związanych z wojną na powstanie i przebieg zaburzeń psychicznych.

W trakcie I wojny światowej terminem opisującym traumatyczne wydarzenia psychiczne związane z reakcjami żołnierzy na działania wojenne był *szok artyleryjski* wprowadzony przez Motta. Początkowo wierzono, że spowodowany jest on uszkodzeniami fizycznymi mózgu powstałymi na skutek bezpośredniej ekspozycji na wybuchy pocisków<sup>13</sup>. Szybko okazało się, że większość poszkodowanych znajdowała się w bezpośredniej bliskości eksplozji artyleryjskich, w związku z czym diagnozowano u nich *nerwicę wojenną*. Typowe objawy tego zjawiska to: stan silnego wzburzenia, wyczerpanie, intensywne reakcje przestachu, zmienność nastroju oraz trudności z koncentracją uwagi. *Nerwica wojenna* traktowana była jako choroba woli. W rezultacie stosowane były „przyczynowe terapie woli” polegające na wyczerpujących ćwiczeniach fizycznych, które były tak bolesne, że wielu pacjentów wołało powrót na front. W „Przygodach dobrego wojaka Szwejka” J. Haska mamy opisy takich terapii: głodzenie, płukanie żołądka, lewatywa, zawijanie w zimne prześcieradła, a ich naukowe udokumentowanie

<sup>9</sup> C. von Clausewitz, op. cit., s. 65.

<sup>10</sup> C. von Clausewitz, op. cit., s. 68.

<sup>11</sup> Ch. R. Fiegly, *Słowo wstępne od redaktora serii*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Ch. R. Fiegly, W. P. Nasch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 15.

<sup>12</sup> M. Lis-Turlejska, *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, Wydawnictwo instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998, s. 17.

<sup>13</sup> W. Nasch, *Przystosowanie do stresu i urazy spowodowane przez stres bojowy i operacyjny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Ch. R. Fiegly, W. P. Nasch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 38-75.

znajduje się w pracy van der Kolka i in<sup>14</sup>. Żołnierzy zbiegłych z pola walki nazywano tchórzami i symulantami, dziś wiemy, że były to ofiary silnego stresu traumatycznego<sup>15</sup>. Dominującym poglądem w trakcie I wojny światowej, wyjaśniającym etiologię zaburzeń powstałych na skutek działań wojennych, była opinia, że osobowość jest główną przyczyną powstania nerwicy, dlatego też stosowana była praktyka rozstrzeliwania niektórych żołnierzy załamujących się na polu bitwy<sup>16</sup>.

Brytyjski psychiatra Rivers przedstawił w 1918 roku w czasopiśmie *Lancet* typ nerwicy występującej u żołnierzy, którą interpretował jako technikę wsparcia psychologicznego. Przedstawił pogląd, że na skutek silnego stresu żołnierze próbują mentalnie odciąć się od szkodliwych bodźców wywołanych działaniami wojennymi. Współcześnie specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego takie reakcje nazwaliby *dysocjacją*.

II wojna światowa jako następstwo pojęcia *szoku artyleryjskiego* wprowadzała termin *zmęczenie walką*, który to także i obecnie jest często stosowany w dyskusjach na temat stresu bojowego. Objawy *zmęczenia walką* są bardzo podobne do *szoku artyleryjskiego* i *żołnierskiego serca*: wyczerpanie, lęk, depresja, zaburzenia pamięci i uwagi, spadek motywacji oraz zaburzenia funkcjonowania fizycznego. Powszechnie sądzi się, że *zmęczenie walką* powiązane jest z nagłą eksplozją, eksplozją skumulowaną, stresorami fizycznymi oraz problemami w kraju. Leczenie *zmęczenia walką* w trakcie II wojny światowej skupiało się na powrocie żołnierza na front w celu podtrzymania ciągłości walki i sił jednostek bojowych. Masowe zwolnienia ze służby wojskowej z powodów psychologicznych przyczyniły się w bardzo dużym stopniu do zwrócenia uwagi na reakcje żołnierzy na stres walki. Do 1944 roku z armii USA zwolnionych zostało ponad milion żołnierzy. Jak powiedział generał Douglas MacArthur: „spośród wszystkich ludzi najgorzej o pokój modli się żołnierz, gdyż to on właśnie musi cierpieć i znosić najdotkliwsze rany i najgłębsze blizny wojny”<sup>17</sup>. Słowa te, stanowią niemal parafrazę cytowanego już wcześniej Machiavellego.

Wspomniana już książka Grinkera i Spiegela „Men under Stress” wymieniała następujące objawy stresu walki: zdenerwowanie, drażliwość i zachowania agresywne, zmęczenie po obudzeniu się i ospałość, trudności z zasypianiem, lęk i reakcje przestachu, męczliwość, trudności w koncentracji oraz zwiększone spożycie alkoholu. Na uwagę zasługuje także postać Abrama Kardintera i jego książka dotycząca nerwic wojennych – „The traumatic neuroses of war”, która to w znacznym stopniu przyczyniła się do opisanie specyfiki psychologicznych następstw *zespołu stresu pourazowego* (PTSD – posttraumatic stress disorder).

PTSD zostało wprowadzone do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - systemu kwalifikacji i diagnozy zaburzeń) w 1980 roku przez Ame-

<sup>14</sup> A. B. van der Kolk, L. Weisath, O. van der Hart, *History of trauma in psychiatry*, [w:] *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience of mind, body, and society*, pod red. A. B. van der Kolk, C. McFarlane & L. Weisath, The Guilford Press, New York 1996, s. 47-74.

<sup>15</sup> H. Binneveld, *From Schell Shock to Combat Stress: A comparative History of Military Psychiatry*, Amsterdam University Press, Amsterdam 1998.

<sup>16</sup> A. McFarlane, *Związek między osobowością a zespołem stresu pourazowego*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. J. Strelau, GWP, Sopot 2004, s. 5-18.

<sup>17</sup> D. Grossman, *O zabijaniu. Psychologiczny koszt kształtowania gotowości do zabijania w trakcie pokoju i wojny*, Mayfly, Warszawa 2010.

rykańskie Towarzystwo Psychologiczne. PTSD według DSM IV charakteryzuje się następującymi kryteriami:

- ekspozycją na doświadczenia zagrożenia życia;
- ponownym odtwarzaniem traumy;
- uporczywym unikaniem lub zmniejszeniem ogólnej reaktywności;
- utrzymującymi się objawami zwiększonego pobudzenia<sup>18</sup>.

Termin ten wprowadzono w związku z licznymi obserwacjami klinicznymi oraz wynikami badań opartych głównie na weteranach wojny w Wietnamie oraz na osobach ocalałych z Holocaustu. Stał się on nieprecyzyjnym synonimem *zmęczenia walką* i *stresu bojowego*<sup>19</sup>. Według badań Kesslera i in. nad przyczynami PTSD, za najbardziej traumatyczne wydarzenie mężczyźni uważają ekspozycję na walkę zbrojną oraz obserwowanie poważnego ranienia lub śmierci<sup>20</sup>.

Od 1999 roku dyrektywa Departamentu Obrony USA zatwierdza stosowanie terminu *reakcja na stres bojowy* (CSR – combat stress reaction), a na skutek argumentacji przedstawicieli marynarki wojennej i sił powietrznych, którzy postulowali, że stres występuje tak samo w operacjach pokojowych, jak i wojennych, wprowadzony został termin *bojowo-operacyjne reakcje stresowe* (COSR – combat – operational stress reactions). COSR opisane zostało jako „normalne” reakcje na „nienormalne” doświadczenia. *Bojowo-operacyjne reakcje stresowe* wyjaśniają objawy stresu w czterech obszarach funkcjonowania: fizycznej, poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. W sferze fizycznej żołnierz doznaje zmęczenia, wyczerpania, bezsenności, pobudzenia psychomotorycznego. W obszarze poznawczym typowymi objawami są: zaburzenie koncentracji, utraty pamięci, ruminacje, depersonalizacje. W sferze emocjonalnej charakterystyczne są: zmienność nastrojów, częste występowanie uczucia strachu i beznadziei oraz doświadczanie uczucia złości. Na poziomie behawioralnym obserwowane są zachowania ryzykowne, wykroczenia oraz impulsywność<sup>21</sup>.

Wprawdzie metody prowadzenia wojny zmieniły się na przestrzeni kilku ostatnich wieków w sposób bardzo radykalny, to reakcje żołnierzy na zdarzenia stresujące są niemal takie same. Na pewno zmienił się sposób ich kwalifikacji i co za tym idzie także rozumienie tych zjawisk. Dziś już nikt nie nazywa tchórzami i symulantami ofiary silnego stresu traumatycznego. Aby zapobiegać i niwelować skutki stresu, konieczne jest dokładne poznanie przyczyn i mechanizmów występowania tego zjawiska.

## 2. STRESORY ŻOŁNIERZY

Maciejewski i Wolska-Zogata podają za Kanarskim i Rokickim głównie przyczyny stresu zawodowego żołnierzy:

<sup>18</sup> M. Lis-Turlejska, *Stres traumatyczny. Występowanie następstwa terapia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002, s. 9.

<sup>19</sup> R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, R. L. Hough, B. K. Jordan, C. R. Marmar i in., *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Brunner/Mazel, New York 1990.

<sup>20</sup> R. C. Kessler, A. Sonnega, A. Bromet, M. Hughes, Ch. B. Nelson, *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*, [w:] „Archives of General Psychiatry”, nr 52/1995, s. 1048-1060.

<sup>21</sup> Departament of the Army, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, Washington 2009, [online]. [dostęp: 7.07.2011], Dostępny w Internecie: [www.us.army.mil](http://www.us.army.mil).

- fizyczne i organizacyjne warunki pracy (tempo, wydłużony czas pracy, nadmiar zadań, brak wyposażenia);
- rola zawodowa (niejasność celów, nadmierne lub sprzeczne wymagania, trudność z pogodzeniem roli zawodowej i obowiązków rodzinnych);
- odpowiedzialność za podwładnych;
- relacje interpersonalne (niski poziom delegowania uprawnień, niewystarczające wsparcie przełożonych);
- klimat służby (ograniczenie inicjatyw, mały poziom partycypacji w podejmowaniu decyzji, nieadekwatna ocena działalności służbowej);
- warunki rozwoju osobistego oraz pewności zatrudnienia (zbyt szybki lub zbyt wolny rozwój zawodowy, niepewność przyszłości, brak perspektyw rozwoju)<sup>22</sup>.

Przyczyny stresu służby wojskowej pełnionej w rodzimych jednostkach różnią się w istotny sposób od sytuacji, z jakimi musi zmagać się żołnierz w trakcie wykonywania obowiązków poza granicami kraju. Oprócz obciążeń wynikających z samej pracy dochodzą ekstremalne warunki fizyczne, sytuacje zagrożenia zdrowia i życia, a także długotrwała rozłąka z bliskimi. Wpływ osobowości na *bojowo-operacyjne reakcje stresowe* uwzględnić powinien longitudinalną perspektywę etiologii zmiennych podmiotowych. Do najważniejszych obszarów należą: skłonność do uczestnictwa w wydarzeniach traumatycznych, zachowanie w trakcie traumy, przystosowanie, zmiany osobowości jako konsekwencje traumy oraz wpływ osobowości na wynik leczenia<sup>23</sup>.

### 3. STRESORY WALKI

Znakomita większość publikowanych do tej pory prac historycznych dotyczących działań wojennych skupiała się na osobistych doświadczeniach osób, które w trakcie trwania walki podejmowały najważniejsze decyzje – generałach i politykach. Prace poświęcone klinicznemu aspektom funkcjonowania osób, które przeżyły wojnę koncentrowały się na doświadczeniach osób cywilnych z pominięciem niemal całkowicie żołnierzy. W trakcie operacji wojskowych stresory pojawiają się jeden za drugim w dużych ilościach. Działania bojowe i operacyjne obfitują w liczne stresory, z których większość w takiej koncentracji nie jest nigdzie indziej doświadczana. Możemy podzielić je na kilka podstawowych grup: stresory fizyczne, poznawcze, emocjonalne, społeczne i duchowe<sup>24</sup>. Do fizycznych możemy zaliczyć warunki pogodowe, takie jak upał i zimno. Prowadzenie działań bojowych w ubiorze ochronnym, w hełmie z kevlaru i kamizelce, która działa jak mały piecyk do najbardziej komfortowych nie należy. Do stresorów fizycznych zaliczyć możemy także odwodnienie i wilgoć, brud, brak snu, hałas i wybuchy, wyziewy, jaskrawe światło lub jego brak, nieodpowiednie odżywianie oraz oczywiście choroby i urazy. Wśród poznawczych czynników stresogennych wymienić nale-

---

<sup>22</sup> J. Maciejewski, I. Wolska-Zogata, *Zawód oficera Wojska Polskiego w toku transformacji. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004, s. 34.

<sup>23</sup> A. C. McFarlane, *Związek między osobowością a zespołem stresu pourazowego*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. J. Strelau, GWP, Sopot 2004, s. 12.

<sup>24</sup> Ch. R. Fiegly, *Stresory wojny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria badania profilaktyka i terapia*, pod red. Ch. R. Fiegly, W. P. Nasch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 15-38.

ży brak lub nadmiar informacji, niejednoznaczne i zmieniające się role oraz zadania, konflikty ról zawodowych i rodzinnych, nudę i monotonię. Za stresory emocjonalne odpowiedzialne są sytuacje, w których następuje utrata przyjaciół. Mocno obciążające są reakcje strachu, wstydu i poczucia winy, bezradności, okropność scen masakry i zabijania. Opór psychologiczny przed zabiciem wroga pojawia się nawet w sytuacji zagrożenia własnego życia<sup>25</sup>. Sytuacja, gdy żołnierz obawia się, że może zostać postawiony przed sądem pod zarzutem zbrodni wojennej, powodować może unikanie prowadzenia działań zaczepnych i obronnych, co skutkować może negatywnym wpływem na ich bezpieczeństwo<sup>26</sup>. Żołnierze wolą ładować broń i zajmować się czynnościami pomocniczymi niż strzelać w kierunku wroga. „Opór przed udziałem w otwarciu agresywnej konfrontacji połączony ze strachem przed śmiercią lub zranieniem odpowiedzialny jest za większość urazów psychicznych będących efektem udziału w walce”<sup>27</sup>. Społecznymi stresorami są: izolacja od bliskich i brak wsparcia społecznego, brak prywatności i stłoczenie. Do duchowych stresorów zaliczyć trzeba przede wszystkim utratę wiary oraz powstałe z tym problemy na sferze egzystencjalnej. Zdaniem Nascha najbardziej traumatycznymi wydarzeniami podczas walki są: bycie świadkiem śmierci kolegi lub cenionego dowódcy, nieskuteczna próba ratowania kolegi od śmierci lub poważnego zranienia, własna odpowiedzialność za śmierć dzieci, spowodowanie przyjacielskiego ostrzału, przeżycie nieoczekiwanego ataku skutkującego dużą liczbą ofiar, jak np.: wybuch IED<sup>28</sup>.

Od prawie 60 lat Polskie Siły Zbrojne pełnią misje w różnych częściach świata<sup>29</sup>. Uczestnictwo w sytuacjach traumatycznych powoduje negatywne skutki zdrowotne, psychiczne i społeczne, przez co utrudnia, jeśli czasem nie uniemożliwia, wykonywanie obowiązków po powrocie do kraju oraz zakłóca funkcjonowanie rodzinne.

#### 4. ZDROWOTNE, PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE STRESU OPERACYJNO-BOJOWEGO

Najważniejszym ustaleniem badania skutków udziału żołnierzy Polskich Sił Zbrojnych w misjach zagranicznych jest teza, że stosunkowo mała liczba żołnierzy doświadczyła negatywnych skutków zdrowotnych w trakcie trwania operacji bojowych<sup>30</sup>. Negatywnymi doświadczeniami było uczestnictwo w wydarzeniach związanych z poczuciem bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, które doświadczane były przez zdecydowaną większość żołnierzy, a przez połowę wielokrotnie. U co czwartego re-

<sup>25</sup> D. Grossman, *O zabijaniu. Psychologiczny koszt kształtowania gotowości do zabijania w trakcie pokoju i wojny*, Mayfly, Warszawa 2010, s. 47.

<sup>26</sup> K. Kowalczyk, *Echo strzałów w Nangar Khel*, [w] „Polska Zbrojna”, nr 24 (750) z 12 czerwca 2011 r.

<sup>27</sup> D. Grossman, op. cit., s. 107.

<sup>28</sup> W. Nasch, *Przystosowanie do stresu i urazy spowodowane przez stres bojowy i operacyjny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Ch. R. Fiegly, W. P. Nasch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 38-75.

<sup>29</sup> K. Abramczyk, *System opieki socjalnej świadczonej wobec żołnierzy i ich rodzin w trakcie wykonywania zadań służbowych poza granicami kraju i po ich powrocie*, [w:] *Człowiek ponad wszystko. Funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju*, pod red. M. Łuniewska, R. Goluch, Zapol Dmochowski, Szczecin 2005, s. 7-13.

<sup>30</sup> M. Kloczkowki, Ł. Kiciński, *Zdrowotne i psychospołeczne skutki udziału żołnierzy WP w misjach poza granicami kraju*, Wojskowe Biuro Badań Społecznych, Warszawa 2010.

spondenta negatywne doświadczenia spowodowała śmierć kolegów. Inne istotne ustaleniami są następujące:

- problemy z adaptacją do służby po powrocie do kraju miała co trzecia osoba;
- wśród osób z uszkodzeniami ciała co dziesiąta odczuwa z tego powodu uraz psychiczny;
- co szósta osoba odczuwa skutki silnych przeżyć i stresu;
- osoby odczuwające silny stres doświadczają problemów rodzinnych oraz częściej sięgają po alkohol;
- 10% żołnierzy deklaruje potrzebę skorzystania ze wsparcia, w tym także z terapii i porad psychiatrycznych;
- ruminacje o kalectwie, śmierci częściej dotyczą uczestników misji w Iraku i Afganistanie niż żołnierzy pełniących służbę w pozostałych krajach;
- pod wpływem silnego stresu w trakcie wykonywania obowiązków służbowych wielokrotnie znajdowała się co czwarta osoba badana.

Negatywny wpływ stresu na funkcjonowanie rodzinne odnotowało 11% żołnierzy. Wyniki przeprowadzonych badań informują także, że jedynie 10% ankietowanych, mając już za sobą bagaż doświadczeń, nie zdecydowałoby się wziąć ponownie udziału w misji. Pokazuje to, że oczekiwania wobec takiego wyjazdu odznaczały się wysokim poziomem realizmu oraz że dobór żołnierzy był właściwy. Z doświadczeń Szpitala Operacji Pokojowych zdobytych w misji stabilizacyjnej w Republice Iraku wynika, że żołnierze polscy nie są w dostatecznym stopniu przygotowani do radzenia sobie ze stresem na polu walki<sup>31</sup>. U około 1,5 % żołnierzy pełniących służbę w rejonie stabilizacyjnym odnotowano zaburzenia psychiczne trudne do zdiagnozowania i leczenia. Nie odnotowano jednak przypadków zwolnienia do rezerwy z powodu PTSD. Specjaliści zajmujący się „treningiem antystresowym” uczestników misji poza granicami kraju w trakcie turnusów leczniczo-profilaktycznych podkreślają, że żołnierze bagatelizują symptomy natury psychicznej i z związku z tym niechętnie uczestniczą w takich zajęciach<sup>32</sup>. Niestety do tej pory przeprowadzono niewiele badań na temat stresu pola walki i jego psychospołecznych konsekwencji wśród polskich żołnierzy. Odpowiedni dobór poborowych może zmniejszyć ryzyko podatności żołnierzy na późniejsze sytuacje traumatyczne<sup>33</sup>. Dla porównania, badanie przeprowadzone wśród policjantów pełniących służbę w Jednostce Specjalnej Policji w Kosowie pokazało, że 5,1 % osób badanych zgłosiło wystąpienie sytuacji związanych z zagrożeniem zdrowia i życia<sup>34</sup>.

Kulka i in. po przeprowadzeniu badań na weteranach wojny wietnamskiej wykazał, że ok. 30 % mężczyzn i 26 % kobiet miało objawy charakterystyczne dla PTSD

---

<sup>31</sup> J. Darmetko, *Stres pola walki*, [w:] „Zeszyty Naukowe WSOWL”, nr 2/2008, Wrocław 2008, s. 153.

<sup>32</sup> I. Tomaszewska, *Turnusy leczniczo-profilaktyczne w systemie opieki psychologicznej nad uczestnikami misji poza granicami państwa*, [w:] „Polski Merkuriusz Lekarski”, nr XXV, Suppl. 1, 29, 2008, s. 33.

<sup>33</sup> S. Ilnicki, *Projekt krótkiego wywiadu psychologicznego do przesiewowego badania poborowych*, [w:] *Profilaktyka psychologiczna w wojsku*, pod red. W. Dębski, J. Patoka, W. Pawluczuk, J. Tyrz, Wydawnictwo M. M., Pruszków 2004, s. 100-144.

<sup>34</sup> A. Chmielewska, *Wyniki badań na temat warunków pełnienia służby w Jednostce Specjalnej Polskiej Policji w Kosowie (XV rotacja)*, Warszawa 2009. [online]. [dostęp: 7.07.2011], Dostępny w Internecie: [www.policja.pl/download.php?s=1&id=45544](http://www.policja.pl/download.php?s=1&id=45544).



w następstwie działań wojennych. Badanie funkcjonowania weteranów wojennych wykazuje, że wśród osób uczestniczących w działaniach wojennych występuje znacznie wyższy poziom powojennych problemów psychicznych i stanów chorobowych w porównaniu z osobami niebiorącymi bezpośredniego udziału w walce<sup>35</sup>. Weterani wojenni, u których stwierdzono PTSD mieli istotnie wyższe powojenne wskaźniki chorób przewlekłych: układów krążenia, nerwowego, trawiennego, mięśniowo – szkieletowego i oddechowego. Medycyna dopracowała się bogatego materiału empirycznego świadczącego o związku pomiędzy narażeniem na działania traumatycznego stresu walki a chorobami układu sercowo – naczyniowego<sup>36</sup>.

Wyniki longitudinalnych badań przeprowadzonych na weteranach wojny libańskiej wykazały, że doświadczenie silnego stresu bojowego może być skutecznym predykatorem, nawet po 20 latach, trudności w radzeniu sobie ze stresem oraz somatyzacji objawów psychicznych<sup>37</sup>. W innym badaniu ujawnione zostało, że weterani z CSR sześć razy częściej są predysponowani do doświadczenia PTSD, który to przebiega znacznie ciężiej w porównaniu z żołnierzami niedoświadczonymi *reakcją na stres bojowy*<sup>38</sup>. Dodatkowo żołnierze po doświadczeniu CSR zgłaszają dużo objawów psychiatrycznych, niepokoju, zaburzeń społecznych i zdrowotnych nawet wiele lat od traumatycznych wydarzeń<sup>39</sup>. Podobne rezultaty uzyskane zostały w 18 – letnim badaniu weteranów wojny Yom Kippur<sup>40</sup>. Wyniki tych badań pokazują, jak bardzo głębokie i długotrwałe mogą być skutki stresu pola walki.

Sam udział w walce nie ma negatywnego wpływu na funkcjonowanie społeczne, ale doświadczenie CSR i PTSD wpływa na spadek jakości powojennego funkcjonowania społecznego<sup>41</sup>. Stres bojowy ma wpływ nie tylko na żołnierza go doświadczającego, ale także na najbliższe mu osoby. Zaburzone funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i społeczne wpływać może na jakość życia małżeńskiego. Żony weteranów dotkniętych CSR zgłaszają więcej konfliktów małżeńskich, mniejszą bliskość i satysfakcję z małżeństwa, a także większą ilość werbalnych i fizycznych przejawów przemocy niż żony

---

<sup>35</sup> J. A. Boscarino, *Diseases among men 20 years after exposure to serve stress: Implications for clinical research and medicine care*, [w:] "Psychosomatic Medicine", nr 59/1997 s. 605-614.

<sup>36</sup> J. A. Boscarino, *Association between posttraumatic stress disorder and physical illness: Results and implication from clinical and epidemiological studies*, [w:] "Annals of the New York Academy of Sciences", nr 1032/2004, s. 141-153.

<sup>37</sup> K. Ginzburg, Z. Solomon, *Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: A 20-year longitudinal study*, [w:] "Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences", vol. 41(2), Feb, 2011, s. 353-362.

<sup>38</sup> Z. Solomon, M. Mikulincer, *Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study*, [w:] "The American Journal Of Psychiatry", vol. 163 (4), Apr, 2006, s. 659-660.

<sup>39</sup> Z. Solomon, R. Shklar, *Reactions to Combat Stress in Israeli War Veterans Twenty Years After the 1982 Lebanon War*, [w:] "Journal of Nervous and Mental Disease", vol. 194(12), Dec, 2006, s. 935-939.

<sup>40</sup> Y. Neria, K. C. Koenen, *Do combat stress reaction and posttraumatic stress disorder relate to physical health and adverse health practices? An 18-year follow-up of Israeli war veterans*, [w:] "Anxiety, Stress & Coping: An International Journal", vol. 16(2), Jun, 2003, s. 227-239.

<sup>41</sup> Z. Solomon, M. Mikulincer, *Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, and social adjustment: A study of Israeli veterans*, [w:] "Journal of Nervous and Mental Disease", vol. 175(5), May, 1987, s. 277-285.

weteranów niemających CSR<sup>42</sup>. Małżeństwa, w których mężczyzna doznał CSR charakteryzują się obniżonym poziomem intymności, zgodności, satysfakcji i porozumienia oraz wykazują zwiększoną ilość konfliktów. Większość żon mówiła o dobrych relacjach małżeńskich zanim u ich mężów pojawił się PTSD. Część z nich nie zdecydowała się na rozwód z powodu moralnej odpowiedzialności za zdrowie, a czasem także za życie męża. Część badań pokazuje, że brak właściwej reakcji rodziny na objawy traumy u żołnierzy zwiększa odsetek rozwodów<sup>43</sup>.

W wyniku *reakcji na stres bojowy* cierpieć może nie tylko jakość komunikacji małżeńskiej, ale także intensywność popędu seksualnego<sup>44</sup>. Osoby, które same nie doświadczyły silnego stresu, a pozostające w bliskich relacjach z ofiarami traumatycznych wydarzeń doznawać mogą tzw. „traumatyzacji wtórnej.” W szerszym znaczeniu termin ten odnosi się do przenoszenia każdego rodzaju cierpienia z kogoś, kto doświadczył urazu na osobę z bliskiego otoczenia. Wąskie znaczenie „traumatyzacji wtórnej” odnosi się do przekazywania bliskim natrętnych myśli, koszmarów nocnych, nagłych przeżyć wspomnień i innych objawów charakterystycznych dla osób, które doświadczyły urazu<sup>45</sup>. Z badań przeprowadzonych przez wspomnianych już wcześniej Kulkę i współpracowników na próbie ponad 400 rodzin wynika, że żony weteranów, którzy doświadczyli PTST miały znacznie niższy poziom dobrostanu psychicznego w porównaniu z kobietami, których mężowie nie doznali traumy. Wyniki analizy regresji przeprowadzonej na grupie ponad 25 tys. osób informują, że dobrostan psychiczny jest w bardzo dużym stopniu uzależniony od jakości związku małżeńskiego<sup>46</sup>. Dodatkowo żony weteranów po traumie miały obniżony poziom poczucia szczęścia osobistego i zadowolenia z życia<sup>47</sup>. Doświadczenie CSR skutkuje także problemami związanymi z pełnieniem roli rodzicielskiej, przez co rodzina może stać się mniej wydolna wychowawczo<sup>48</sup>. Konsekwencje traumatyzacji przenoszone są także na dzieci żołnierzy. Badania przeprowadzone przez Rosenhecka wykazały, że *traumatyzacja wtórna* powoduje deficyty rozwo-

---

<sup>42</sup> Z. Solomon, M. Waysman, G. Levi, M. Mikulincer, D. Enoch, *Marital relation and combat stress reaction: The wives' perspective*, [w:] „Journal of Marriage and the Family”, vol. 54, 1992, s. 316-326.

<sup>43</sup> O. Truszczyński, *Skuteczność terapii PTSD obejmującej wsparcie dla rodzin*, [w:] *Człowiek ponad wszystko. Funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju*, pod red. M. Łuniewska, R. Goluch, Zapol Dmochowski, Szczecin 2005, s. 41-45.

<sup>44</sup> E. J. Letourneau, R. A. Schewe, B. C. Fruech, *Preliminary evaluation of sexual problems in combat with PTSD*, [w:] „Journal of traumatic Stress”, vol. 10, 1977, s. 125-321.

<sup>45</sup> T. Galovsky, J. Lyons, *Psychological sequel of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions*, [w:] „Aggression and Violent Behavior”, vol. 9, 2004, s. 477-501.

<sup>46</sup> *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, pod red. J. Czapiński, T. Panek, VIZJA PRESS&IT, Warszawa 2009.

<sup>47</sup> B. K. Jordan, C. R. Marmar, J. A. Firebank, W. E. Schlenger i in., *Problems in families of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder*, [w:] „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, vol. 60, 1992, s. 916-926.

<sup>48</sup> Z. Solomon, S. Debby-Aharon, G. Zerach, D. Horesh, *Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans*, [w:] „Journal of Family Issues”, vol. 32(1), Jan, 2011, s. 127-147.

ju osobowości, wysoki poziom poczucia winy, lęku i agresywności dzieci weteranów<sup>49</sup>. Koszty stresu bojowego ponoszą się zatem na następne pokolenia.

Jedną z metod radzenia sobie ze stresem jest sięganie po alkohol, który powoduje czasowe zmniejszenie wrażliwości na sytuacje trudne. Problemy z alkoholem weteranów z CSR korelują z czasem, jaki spędzili w trakcie misji<sup>50</sup>.

Niewola wojenna poprzez okrucieństwo, tortury fizyczne i psychiczne, a także głodzenie i izolację powodować może powstanie zespołu stresu pourazowego PTSD<sup>51</sup>. Dodatkowo zdarzenie poprzedzające wzięcie do niewoli, jakim jest udział w walce, samo w sobie jest już czynnikiem wybitnie stresującym i mogącym wyczerpać zasoby osobiste oraz stworzyć warunki sprzyjające do powstania silnego stresu oraz odnowienia się wcześniejszych urazów. W wyniku przeprowadzonych badań, Dekel i in. ujawnili, że osoby wzięte do niewoli przejawiały wyższy poziom stresu pourazowego ( $M = 3,50$ ) w porównaniu z osobami, które doświadczyły jedynie działań wojennych ( $M = 1,83$ )<sup>52</sup>. Dodatkowo wysoki poziom zmiennej osobowościowej, jaką jest *poszukiwanie doznań* łagodzić miał objawy stresu. W badaniu swoim analizowali oni także dominujący styl więzi interpersonalnych w kontekście stresu. Koncepcja więzi przyjmuje, że jakość kontaktów z opiekunami w trakcie dzieciństwa decyduje w dużym stopniu o zachowaniach interpersonalnych w wieku dojrzałym. Zidentyfikowanymi typami więzi są: styl bezpieczny, unikający i ambiwalentny. Żołnierze o dominującym stylu więzi *bezpiecznym* odznaczali się najniższym poziomem występowania objawów stresu pourazowego ( $M = 2,11$ ), osoby o stylu *unikowym* lokowały się pośrodku ( $M = 3,28$ ), natomiast o stylu *ambiwalentnym* charakteryzowały się najwyższym poziomem stresu ( $M = 5,19$ ). W swoim badaniu analizowano także związek *twardości* z poziomem spostrzeganego stresu. *Twardość* rozumiana jest w psychologii jako „połączenie zaangażowania, aktywnej kontroli oraz postawy traktującej przeciwności życiowe jako wyzwania”<sup>53</sup>. Jeńcy wojenni o niskim poziomie twardości mieli więcej objawów stresu ( $M = 1,24$ ) w porównaniu z weteranami o wysokim poziomie ( $M = 1,09$ ).

Historia ludzkości pokrywa się w znacznej mierze z historią wojen. Jak twierdził dwa tysiące lat temu Seneka Młodszy, „żyć to znaczy walczyć”. Jeszcze do niedawna to stan wojny a nie pokoju był stanem naturalnym i dominującym. Obecnie żyjemy w epoce względnego spokoju a miejsca prowadzonych wojen znajdują się zwykle daleko od granic naszego kraju. Polska włączona w struktury międzynarodowe angażuje się w misje międzynarodowe m. in. w Afganistanie, Bośni i Hercegowinie, Czadzie, Kosowie, Syrii. Trudne warunki pełnienia służby w tych miejscach skutkować mogą konsekwencjami zdrowotnymi, psychologicznymi i społecznymi. Niezwykle istotne jest odpowiednie przygotowanie do tak skrajnie obciążających warunków oraz monitorowa-

<sup>49</sup> R. Rosenheck, *Secondary traumatization in children of Vietnam veterans*, [w:] „Hospital & Community Psychiatry”, vol. 36(5), May, 1985, s. 538-539.

<sup>50</sup> A. C. McFarlane, *The Duration of Deployment and Sensitization to Stress*, [w:] „Psychiatric Annals”, vol. 39 Issue 2, Feb. 2009, s. 81-88.

<sup>51</sup> E. J. Hunter, *The Vietnam prisoners of war experience*, [w:] *International handbook of traumatic stress syndromes*, pod red. J. P. Wilson, B. Raphael, Plenum Press, New York 1993.

<sup>52</sup> R. Dekel, Z. Solomon, K. Ginzburg, G. Zakin, Y. Neria, *Radzenie sobie w sytuacji niewoli wojennej. Wpływ osobowości na zespół stresu pourazowego*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. J. Strelau, s. 264-280, GWP, Sopot 2004.

<sup>53</sup> R. Dekel i in. op. cit., s. 272.

nie konsekwencji udziału żołnierzy i ich bliskich w misjach pokojowych, tak aby ewentualne skutki były jak najmniejsze.

## PODSUMOWANIE

Obciążeniami psychicznymi powstającymi w kontekście działań militarnym zaczęto zajmować się już w epoce starożytnej. W artykule przedstawiona została ewolucja podglądów na temat stresu operacyjno-bojowego od czasów Sun Zi, przez *chorobę szwajcarską* aż po *zespół stresu pourazowego* i współcześnie *bojowo-operacyjne reakcje stresowe*. Ewolucja ta była możliwa głównie dzięki ilości prowadzonych konfliktów oraz coraz większym negatywnym konsekwencjom obserwowanym u żołnierzy a powstającym w trakcie walki. Nagromadzona przez lata wiedza pozwoliła ustalić najważniejsze czynniki wywołujące stres zarówno w trakcie służby jak i sytuacji walki a także wypracować metody prewencji i redukcji stresu. Artykuł kończy przegląd wybranych wyników badań polskich i zagranicznych nad zdrowotnymi i psychospołecznymi konsekwencjami stresu operacyjno-bojowego żołnierzy i ich bliskich.

## LITERATURA

1. Abramczyk K., *System opieki socjalnej świadczonej wobec żołnierzy i ich rodzin w trakcie wykonywania zadań służbowych poza granicami kraju i po ich powrocie*, [w:] *Człowiek ponad wszystko. Funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju*, pod red. Łuniewska M., Goluch R., Zapol Dmochowski, Szczecin 2005, s. 7-13.
2. Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995.
3. Binnevelde H., *From Schell Shock to Combat Stress: A comparative History of Military Psychiatry*, Amsterdam University Press, Amsterdam 1998.
4. Boscarino J. A., *Diseases among men 20 years after exposure to serve stress: Implications for clinical research and medicine care*, [w:] "Psychosomatic Medicine", vol. 59, 1997 s. 605-614.
5. Boscarino J. A., *Association between posttraumatic stress disorder and physical illness: Results and implication from clinical and epidemiological studies*, [w:] "Annals of the New York Academy of Sciences", vol. 1032, 2004, s. 141-153.
6. Clausewitz C., *O wojnie*, Muza, Warszawa 2009.
7. Chmielewska A., *Wyniki badań na temat warunków pełnienia służby w Jednostce Specjalnej Polskiej Policji w Kosowie (XV rotacja)*, Warszawa 2009. [online]. [dostęp: 7.07.2011], Dostępny w Internecie: [www.policja.pl/download.php?s=1&id=45544](http://www.policja.pl/download.php?s=1&id=45544).
8. Darmetko J., *Stres pola walki*, [w:] „Zeszyty Naukowe WSOWL”, Wrocław 2008, s. 143-155.
9. Department of the Army, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, Washington 2009, [online]. [dostęp: 7.07.2011], Dostępny w Internecie: [www.us.army.mil](http://www.us.army.mil).

10. Dekel R., Solomon Z., Ginzburg K., Zakin G., Neria Y., *Radzenie sobie w sytuacji niewoli wojennej. Wpływ osobowości na zespół stresu pourazowego*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. Strelau J., GWP, Sopot 2004, s. 264-280.
11. *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, pod red. Czapiński J., Panek T., VIZJA PRESS&IT, Warszawa 2009.
12. Fiegly Ch. R., *Słowo wstępne od redaktora serii*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Fiegly Ch. R., Nasch W. P., Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 15.
13. Fiegly Ch. R., *Stresory wojny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Fiegly Ch. R., Nasch W. P., Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 15-38.
14. Galovsky T., Lyons J., *Psychological sequel of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions*, [w:] "Aggression and Violent Behavior", vol. 9, 2004, s. 477-501.
15. Gąsiorowska A., *Specyfika stresu zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród podoficerów*, [w:] *Grupy dyspozycyjne społeczeństwa polskiego*, pod red. Maciejewski J., „Acta Universitatis Wratislaviensis”, nr 2835, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006, s. 361-374.
16. Ginzburg K., Solomon Z., *Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: A 20-year longitudinal study*, [w:] "Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences", vol. 41(2), Feb, 2011, s. 353-362.
17. Grinker R. R., Spiegel J. P., *Men under stress*, Blakistan, Philadelphia 1945.
18. Grossman D., *O zabijaniu. Psychologiczny koszt kształtowania gotowości do zabijania w trakcie pokoju i wojny*, Mayfly, Warszawa 2010.
19. Hunter E. J., *The Vietnam prisoners of war experience*, [w:] *International handbook of traumatic stress syndromes*, pod red. Wilson J. P., Raphael B., Plenum Press, New York 1993.
20. Ilnicki S., *Projekt krótkiego wywiadu psychologicznego do przesiewowego badania poborowych*, [w:] *Profilaktyka psychologiczna w wojsku*, pod red. Dębski W., Patoka J., Pawluczuk W., Tyrz J., Wydawnictwo M. M., Pruszków 2004, s. 100-144.
21. Jordan B. K., Marmar C. R., Firebank J. A., Schlenger W. E. i in., *Problems in families of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder*, [w:] "Journal of Consulting and Clinical Psychology", vol. 60, 1992, s. 916-926.
22. Kessler R. C., Sonnega A., Bromet A., Hughes M., Nelson Ch. B., *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*, [w:] "Archives of General Psychiatry", vol. 52, 1995, s. 1048-1060.
23. Kowalczyk K., *Echo strzałów w Nangar Hel*, [w:] „Polska Zbrojna”, nr 24 (750) z 12 czerwca 2011 r.
24. Kozerański D., *Rola i zadania oficerów Wojska Polskiego w międzynarodowych operacjach pokojowych i stabilizacyjnych w latach 1953 – 2007*, [w:] *Oficerowie grup dyspozycyjnych. Socjologiczna analiza procesu bezpieczeństwa narodowego*, pod red.

- Kołodziejczyk T., Kozerawski D. S., Maciejewski J., „Acta Universitatis Wratislaviensis”, nr 3079, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008, s. 69-74.
25. Kloczkowki M., Kiciński Ł., *Zdrowotne i psychospołeczne skutki udziału żołnierzy WP w misjach poza granicami kraju*, Wojskowe Biuro Badań Społecznych, Warszawa 2010.
  26. Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Hough R. L., Jordan B. K., Marmar C. R. i in., *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Brunner/Mazel, New York 1990.
  27. Letourneau E. J., Schewe R. A., Fruech B. C., *Preliminary evaluation of sexual problems in combat with PTSD*, [w:] „Journal of traumatic Stress”, vol. 10, 1977, s. 125-321.
  28. Lis-Turlejska M., *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
  29. Lis-Turlejska M., *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
  30. Maciejewski J., Wolska-Zogata I., *Zawód oficera Wojska Polskiego w toku transformacji. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004.
  31. Machiavelli N., *O sztuce wojny*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2008.
  32. McFarlane A. C., *The Duration of Deployment and Sensitization to Stress*, [w:] „Psychiatric Annals”, vol. 39 Issue 2, Feb. 2009, s. 81-88.
  33. McFarlane A. C., *Związek między osobowością a zespołem stresu pourazowego*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, pod red. Strelau J., GWP, Sopot 2004, s. 5-18.
  34. Nasch W., *Przystosowanie do stresu i urazy spowodowane przez stres bojowy i operacyjny*, [w:] *Stres bojowy. Teoria, badania, profilaktyka i terapia*, pod red. Fiegly Ch. R., Nasch W. P., Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010, s. 38-75.
  35. Neria Y., Koenen K. C., *Do combat stress reaction and posttraumatic stress disorder relate to physical health and adverse health practices? An 18-year follow-up of Israeli war veterans*, [w:] „Anxiety, Stress & Coping: An International Journal”, vol. 16(2), Jun, 2003, s. 227-239.
  36. Niderland W. G., *The psychiatric evaluation of emotional disorders in survivors of Nazi persecution*, [w:] *Massive psychic trauma*, pod red. Krystal H., International Universities Press, New York 1968, s. 60-70.
  37. Renatus F. V., *O sztuce wojskowej. Księgi I – III*, [online]. [dostęp: 2.06.2011], Dostępny w Internecie: [www.romanum.historicus.pl](http://www.romanum.historicus.pl).
  38. Rosenheck R., *Secondary traumatization in children of Vietnam veterans*, [w:] „Hospital & Community Psychiatry”, vol. 36(5), May, 1985, s. 538-539.
  39. Sikorski W., *Przyszła wojna*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1984.

40. Solomon Z., Mikulincer M., *Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, and social adjustment: A study of Israeli veterans*, [w:] "Journal of Nervous and Mental Disease", vol 175(5), May, 1987, s. 277-285.
41. Solomon Z., Waysman M., Levi G., Mikulincer M., Enoch D., *Marital relation and combat stress reaction: The wives' perspective*, [w:] "Journal of Marriage and the Family", 54, 1992, s. 316-326.
42. Solomon Z., Mikulincer M., *Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study*, [w:] "The American Journal Of Psychiatry", vol. 163 (4), Apr; 2006, s. 659-660.
43. Solomon Z., Shklar R., *Reactions to Combat Stress in Israeli War Veterans Twenty Years After the 1982 Lebanon War*, [w:] "Journal of Nervous and Mental Disease", vol. 194(12), Dec, 2006, s. 935-939.
44. Solomon Z., Debby-Aharon S., Zerach G., Horesh D., *Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans*, [w:] "Journal of Family Issues", vol. 32(1), Jan, 2011, s. 127-147.
45. Tomaszewska I., *Turnusy leczniczo-profilaktyczne w systemie opieki psychologicznej nad uczestnikami misji poza granicami państwa*, [w:] „Polski Merkuriusz Lekarski”, vol. XXV, 2008, Suppl. 1, 29, s. 29-34.
46. Truszczyński O., *Skuteczność terapii PTSD obejmującej wsparcie dla rodzin*, [w:] *Człowiek ponad wszystko. Funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju*, pod red. Łuniewska M., Goluch R., Zapol Dmochowski, Szczecin 2005, s. 41-45.
47. Zi S., *Sztuka wojenna, VIS-A-VIS/ETIUDA*, Kraków 2011.
48. Van der Kolk A. B., Weisath L., van der Hart O., *History of trauma in psychiatry*, [w:] *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience of mind, body, and society*, pod red. A. B. van der Kolk, C. McFarlane & L. Weisath, The Guilford Press, New York 1996, s. 47-74.

## PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF COMBAT AND OPERATIONAL STRESS

### Summary

*Almost 3% of the Polish Armed Forces is serving abroad. The service abroad is very much different from that in Poland and may result in many specific psychological, health and social costs. The article describes the evolution of opinions regarding war stress and presents the typical stress factors of soldiers, including those from the battlefield. The article is also a review of the results of Polish research regarding the psychological and health costs of military service under operational and battle conditions.*

**Keywords:** *combat stress, PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), CSR (Combat Stress Reaction), social psychology*