

KRÓTKI RYS HISTORII PSYCHIATRII WOJENNEJ

Ryszard W. Gryglewski

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

ABSTRACT

A BRIEF HISTORICAL OUTLINE OF WARTIME PSYCHIATRY

Fear and panic were with soldiers on the battlefield from most ancient times. Alarming symptoms, leading to a collapse of morale, discipline and frequent desertions were often observed after battles. Even though already in the sixteenth century, there was a separate term which defined the state of fatigue and apathy among soldiers – namely Heimweh, which later gave way to Schweizer Heimweh, it is only the 19th century which will bring the first change in the treatment of soldiers suffering from stress. Nevertheless it took subsequent decades and the nightmare of World War I to subject the problem to proper medical research. The concept of shell shock or battle fatigue later became more and more precisely defined as psycho-somatic disorders. Slowly, specialized programs were created both at the level of diagnosis and therapy respectively – for example the works of the Yerkes Committee, those of William HR Rivers, Charles S. Myers or Frederick W. Mott. In our contemporary times, we are more and more precise in talking about the factors causing distressing symptoms among soldiers and veterans. We are seeking for the best ways to prevent and neutralize the effects of stress attaining as a result an increasingly evaluated interdisciplinary research studies which involve specialized teams of psychiatrists and psychologists.

Key words: military history, history of medicine, military medicine, psychiatry war, battlefield stress

Słowa kluczowe: historia wojskowości, historia medycyny, medycyna wojskowa, psychiatria wojenna, stres pola walki

Strach i panika towarzyszyły żołnierzom na polu walki od czasów najdawniejszych. Także po bitwach nierzadko obserwowano niepokojące objawy, prowadzące do załamania się morale i dyscypliny oraz częstych w takich sytuacjach dezercji. I mimo że już w XVI stuleciu pojawia się osobny termin określający stan znużenia i apatii wśród żołnierzy – *heimweh*, nieco później rozwinięty jako *schweizer heimweh* – to dopiero wiek XIX przyniesie pierwszą zmianę w traktowaniu żołnierzy dotkniętych stresem. Trzeba było jednak dziesiątków lat i koszmaru I wojny światowej, by problem stał się przedmiotem badań lekarskich. Pojęcia *shell shock* czy

późniejsze *battle fatigue* zaczęły coraz precyzyjniej określać zaburzenia psychosomatyczne, jakie były udziałem wystawionych na oddziaływanie stresu bojowego żołnierzy. Z wolna powstawały wyspecjalizowane programy zarówno na poziomie diagnozowania, jak i terapii – na przykład Komitet Yerkesa czy prace Williama H.R. Riversa, Charlesa S. Myersa, Fredericka W. Motta. Dyskusja na temat czynników wywołujących niepokojące objawy wśród żołnierzy i weteranów oraz nad sposobami zapobiegania i neutralizowania skutków stresu trwa do dziś, stanowiąc coraz istotniejszą część interdyscyplinarnych badań, w których biorą udział wyspecjalizowane zespoły lekarzy psychiatrów i psychologów.

Prezentowany artykuł ma charakter poglądowy i opiera się przede wszystkim na opracowaniach oraz ustaleniach innych badaczy¹. Jego celem jest przybliżenie gronu historyków, przede wszystkim zaś historykom wojskowości, dziejów spojrzenia lekarskiego na problemy, które wiązały się z łamaniem się dyscypliny i morale na polu walki, co nierzadko prowadziło do objawów paniki i dezercji z szeregów. W niniejszym tekście całkowicie pominąłem polskie osiągnięcia i historię rodzimej psychiatrii wojennej. Ta tematyka była przedmiotem wystąpień innych prelegentów podczas panelu dyskusyjnego.

O ile samo zjawisko było odnotowywane w najbardziej zamierzchłych czasach, o czym zaświadcza liczne źródła z epoki starożytnej, o tyle jego medyczna ocena i interpretacja mają stosunkowo świeżą metrykę. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać zarówno w tempie rozwoju wiedzy i praktyki lekarskiej (początki psychiatrii można datować dopiero na schyłek XVIII stulecia²), jak i uwarunkowań kulturowych, gdzie strach okazywany w obliczu wroga był jednoznacznie piętnowany stygmatem tchórzostwa. Dopiero przemiany, jakie stopniowo zachodziły w ludzkiej świadomości, oraz postępy w samej medycynie pozwoliły na wyodrębnienie się psychologii oraz psychiatrii wojennej i tym samym podjęcie dyskusji na temat znaczonego problemu.

Nie sposób jednoznacznie uchwycić momentu narodzin psychologii i psychiatrii wojennej, jakkolwiek wiele wskazuje na to, że traumatyczne doświadczenia I wojny światowej były decydującym impulsem do budowy podstaw metodologii w konstruowaniu zarówno modeli teoretycznych, jak i zasad postępowania klinicznego. Niemniej pierwsze lekarskie obserwacje niepokojących objawów u żołnierzy miały miejsce już u schyłku XVII stulecia, kiedy w terminologii medycznej pojawia się pojęcie „nostalgia”³, którym mało precyzyjnie i dość swobodnie określano wszel-

¹ Przy opracowaniu zarówno referatu, jak i niniejszego artykułu oparłem się głównie na pracach dostępnych w całości lub we fragmentach w formie elektronicznej. Korzystałem przy tym najczęściej ze standardowych przeglądarek i baz danych, takich jak: Google books, Google scholar, Pub Med, NCBI, JSTOR czy The Internet Archive.

² Za prekursora nowożytnej psychiatrii europejskiej można uznać francuskiego lekarza Philippa Pinela (1745–1826). Zob. D.B. Weiner, *A provincial doctor faces. Philippe Pinel (1778–1793)* [w:] *Enlightenment, Passion, Modernity: Historical Essays in European Thought and Culture*, red. M.S. Micale, R.L. Dietle, Stanford, CA 2000, s. 66–87; J.G. Simmons, *Doctors and Discoveries: Lives that Created Today's Medicine*, Boston 2002, s. 148–151.

³ G. Rosen, *Nostalgia: A forgotten psychological disorder*, „Psychological Medicine” 1975, t. 5, z. 4, s. 340–354, doi:10.1017/S003329170005697X.

kie niepokojące objawy związane ze zmianą nastroju, zachowania, a także dolegliwościami, które niekiedy nabierały charakteru przewlekłych stanów somatycznych. Najczęściej obserwowano je u żołnierzy, którzy przez dłuższy czas byli zmuszeni walczyć z dala od swoich stron rodzinnych. Ogarniało ich wówczas przygnębienie, później naprzemienne stany pobudzenia i ośpienia, a przede wszystkim smutku. Dotknięci nostalgią często tracili apetyt, popadali w apatię. Potocznie taki stan ducha i ciała określano mianem „szwajcarskiej choroby” (*schweizer heimweh, mal du Suisse*), a to ze względu na częste występowanie takich symptomów u najemnych żołnierzy szwajcarskich. Z tego, co możemy dziś ustalić, słowo *heimweh* pojawiło się w oficjalnych źródłach już w 1569 roku⁴, a określenie „nostalgia” zostało użyte po raz pierwszy w dysertacji doktorskiej *Dissertatio medica de nostalgia* Johanna Hofera (1669–1752) w Bazylei w 1688 roku⁵. Tęsknota za domem mogła prowadzić do dezercji, niekiedy o charakterze masowym, co rzecz jasna stanowiło poważny problem dla dowódców i sądów polowych.

W XVIII stuleciu przedstawiciel starszej szkoły wiedeńskiej Leopold Auenbrugger dokładnie opisał kliniczne objawy „szwajcarskiej choroby”, czyli nostalgii⁶. Co więcej – sugerował, że zaburzenia w sferze psychiki mogą skutkować organicznymi zmianami patologicznymi, i wskazywał na konieczność dalszych badań w tym kierunku⁷. Próby tłumaczenia i różnych klasyfikacji nostalgii są też udziałem innych lekarzy w drugiej połowie XVIII i w początkach XIX wieku. Nie prowadziły jednak do istotnych zmian jakościowych, lecz jedynie zwiększyły ilość opisów. W dobie wojen napoleońskich problem „nostalgii” żołnierzy był dostrzegany, jakkolwiek poza ogólnymi zaleceniami, by szeregowi odbywali regularne ćwiczenia fizyczne i słuchali odpowiedniej muzyki, nie osiągnięto żadnych widomych rezultatów w diagnozowaniu i klasyfikacji tego zaburzenia. Nadal posługiwano się ustalonymi schematami, dostrzegając w nostalgii przede wszystkim słabość jednostki. Można powiedzieć, że nastąpiła pewna stagnacja.

Na kontynencie amerykańskim wojna secesyjna z wielu względów jest uważana za moment przełomowy w historii Stanów Zjednoczonych. Ma także swoje znaczenie w dziejach medycyny, w tym psychiatrii wojennej. To właśnie pod wpływem doświadczeń zebranych w bezpośredniej styczności z polem walki i w szpitalach wojskowych powstało doniesienie Johna T. Calhouna, w którym odwołano się do dobrze znanego pojęcia „nostalgii”. Autor podkreślał, że przypadki „czystej”, niepowiązanej z jakimś fizycznym cierpieniem nostalgii są nader rzadkie. Stąd objawy zmian w osobowości i zachowaniu wiązały z doznanymi urazami fizycznymi i zmia-

⁴ R. Dirwächter, *Heimweh or homesickness. A Nostalgic look at the Umwelt that No Longer is [w:] Relating to Environments: A New Look at Umwelt*, ed. R.S. Chang, Charlotte, NC 2009, s. 164.

⁵ J.L. Wilson, *Nostalgia: Sanctuary of Meaning*, Lewisburg, PA 2005, s. 21–22; N. Dames, *Amnesiac Selves: Nostalgia, Forgetting, and British Fiction, 1810–1870*, Oxford 2003, s. 28–29.

⁶ Opis znalazł się w słynnym traktacie poświęconym wówczas nowej metodzie opukiwania (*percussio*), dzięki której austriacki lekarz wszedł na stałe do historii medycyny. Zob. L. Auenbrugger, *Inventum Novum*, Vienna 1761.

⁷ S.J. Bartlett, *The Pathology of Man: A Study of Human Evil*, Springfield, IL 2005, s. 26; A.D. Ritivoi, *Yesterday's Self: Nostalgia and the Immigrant Identity*, Oxford 2002, s. 21–22.

nami patologicznymi⁸. Wydaje się, że właśnie wówczas miały miejsce poważniejsze zmiany w diagnozowaniu niepokojących objawów wśród żołnierzy na polu walki. Pojęcie „nostalgii” zaczęło po raz pierwszy funkcjonować jako zespół chorobowy, wymagający takiej samej uwagi, jak „tradycyjne” schorzenia somatyczne.

W 1871 roku lekarz i psychiatra Jacob M. Da Costa napisał o obserwowanym i diagnozowanym przez siebie zjawisku, które określił mianem *irritable heart* (nadmiernie pobudzone serce)⁹. Cechami charakterystycznymi były: tachykardia, urywany, krótki oddech, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość oraz biegunka. Często żołnierze żalili się na silny ucisk w okolicy zamostkowej. Da Costa podkreślał, że te objawy dość szybko ustępowały w chwili ewakuacji żołnierzy z pierwszej linii. To doniesienie można traktować jako pierwszy współczesny opis cech stresu pola walki. Do dziś stosuje się określenie *Da Costa's syndrome*, zwany potocznie „zespołem serca żołnierza”.

Tak jak na kontynencie amerykańskim, także w Europie wojna krymska (1853–1856)¹⁰ i później prusko-francuska (1870–1871)¹¹ stały się punktem wyjścia nowego spojrzenia na skutki, jakie niesie z sobą pole walki. Zbiegło się to z dynamicznym rozwojem w drugiej połowie XIX stulecia neurologii, zwłaszcza francuskiej szkoły Jeana-Martina Charcota. Wówczas po raz pierwszy zaczęto mówić o neurozach powstałych w wyniku silnego przeżycia traumatycznego, wskazując na ofiary wypadków i katastrof oraz na zaburzenia powstałe w wyniku przeżyć wojennych.

Sam termin „neuroza” (*neurosis*) pojawił się wcześniej, bo po raz pierwszy został użyty już w 1769 roku przez szkockiego lekarza Williama Cullena. Wówczas określano nim ciężką, noszącą wszelkie znamiona schorzenia chronicznego dolegliwość¹². To szerokie i przez to mało precyzyjne określenie dla Charcota stanowiło już przede wszystkim zaburzenie funkcji i było zjawiskiem tyleż wielowymiarowym, co zmiennym w przebiegu. Z kolei Zygmunt Freud upatrywał źródła neurozy przede wszystkim w sferze wewnętrznego konfliktu, koncentrując się na obszarze doznań psychicznych. Odtąd starsze „nostalgia” i *heimweh* sąsiadowały teraz z nowszymi pojęciami – „neurozą” oraz *irritable heart*. W początkach XX wieku nie było bowiem jeszcze ogólnie przyjętej terminologii ani precyzyjnych definicji. Co więcej, „nostalgia” i „neuroza” miały znacznie szerszy niż tylko medyczny kontekst, wchodząc w obszar kultury i sztuki. To dodatkowo utrudniało uzyskanie semantycznej klarowności w ich stosowaniu.

⁸ J.T. Calhoun, *Nostalgia as a disease of field service*, „Medical and Surgical Reporter” 1864, t. 11, s. 130–132, <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015074804918;view=1up;seq=144>.

⁹ J.M. Da Costa, *On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences*, „The American Journal of Medical Sciences” 1871, t. 61, s. 18–52.

¹⁰ E. Jones, S. Wessely, *Origins of British Military Psychiatry Before the First World War*, „War & Society” 2001, t. 19, z. 2, s. 92–93, <http://simonwessely.com/downloads/publications/Military/Origins2001.pdf>

¹¹ E. Jones, S. Wessely, *A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century*, „Journal of Anxiety Disorders” 2007, t. 21, z. 2, s. 164–175, doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.009.

¹² J.M. López Pinero, *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, Cambridge 1983, s. 1.

W pierwszej połowie XIX stulecia klinicysta Austin Flint użył określenia „wyczerpanie nerwowe”, wskazując po raz pierwszy na zjawisko obniżenia się zdolności reakcji i adaptacji ze strony układu nerwowego¹³. W 1869 roku amerykański neurolog Georg Miller Beard wprowadził pojęcie „neurastenii”, łącząc je wówczas ze zjawiskiem „wyczerpania nerwowego”¹⁴. Zastosowanie „neurastenii” w terminologii medycznej miało w zamierzeniu uporządkować obserwowane objawy w zwartą całość. Równy w roku 1900 wyodrębniono tzw. zespół chronicznego przemęczenia (*chronic fatigue syndrome*), który – jak wskazywano – może również dotyczyć żołnierzy na polu walki.

Wiele wskazuje na to, że po raz pierwszy opieką psychiatrów, i to zarówno bezpośrednio na polu walki, jak i podczas rekonwalescencji na tyłach, objęto żołnierzy armii carskiej podczas wojny rosyjsko-japońskiej w latach 1904–1906¹⁵. Tym, który pierwszy podjął się diagnostyki i prób terapii, był naczelny psychiatra armii rosyjskiej Piotr Michajłowicz Awtokratow, który zorganizował specjalny oddział w ramach szpitala wojskowego w Harbinie na terenie Mandżurii¹⁶. Mimo że dostrzeżono problem w środowisku lekarzy i wojskowych, nie wywołało to szerszej dyskusji ani też nie spowodowało dalece idących zmian w sposobie organizacji opieki nad poborowymi, żołnierzami i weteranami w armii rosyjskiej¹⁷. Nie znaczy to jednak, że w ogóle nie było dalszych konsekwencji zdobytych wówczas doświadczeń. Wobec ogromu strat i ofiar konfliktu władze carskie poprosiły o pomoc Czerwony Krzyż. Jednym z uczestników misji był niemiecki lekarz Ernst Honigman, który niósł pomoc poszkodowanym. To jemu należy przypisać wprowadzenie w 1907 roku pojęcia *kriegsneurose* – „neurozy wojennej”¹⁸. Niebawem oficjalnie po raz pierwszy wyodrębniono klinicznie neurozę wojenną i uznano ją za podstawę do zwolnienia ze służby wojskowej. Był to znaczący moment w dziejach nie tylko medycyny wojskowej. Po raz pierwszy bowiem przyznano, że stany lękowe i złamanie dyscypliny nie mogą być zawsze uzasadniane tchórzostwem. Był to krok na długiej drodze ku współczesnej psychiatrii wojennej.

¹³ S.E. Straus, *History of chronic fatigue syndrome*, „Reviews of Infectious Diseases” 1991, t. 13, Suppl. 1 *Considerations in the Design of Studies of Chronic Fatigue Syndrome*, s. 2–7.

¹⁴ M. Jackson, *The Age of Stress: Science and the Search for Stability*, Oxford 2013, s. 25–26. Zob. też: G. Beard, *Neurasthenia, or nervous exhaustion*, „Boston Medical and Surgical Journal” 1869, z. 3, s. 217–221.

¹⁵ F.D. Jones: *Psychiatric lessons of war* [w:] F.D. Jones, L.R. Sparciano et al., *War psychiatry*, Maryland 1995, s. 9 [tekst w formacie pdf – <https://www.fas.org/irp/doddir/milmed/warpsychiatry.pdf>], s. 6.

¹⁶ P. Awtokratow, A. Wizeł, *Organizacja opieki nad umysłowo chorymi i ich ewakuacji na Dalekim Wschodzie*. „Medycyna” 1905, t. 33, z. 41, s. 844–849; M.-A. Crocq, L. Crocq, *From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology*, „Dialogues in Clinical Neuroscience” 2000, t. 2, z. 1, s. 49, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181586/pdf/DialoguesClinNeurosci-2-47.pdf>

¹⁷ R.L. Richards, *Mental and nervous disorders in the Russo-Japanese War*, „The Military Surgeon” 1910, t. 26, z. 2, s. 177–193.

¹⁸ P.S. Ellis, *The origins of the war neuroses. Part I*, „Journal of the Royal Naval Medical Service” 1984, t. 52, z. 3, s. 168–177.

Początek XX stulecia zaowocował też teoretycznymi rozważaniami skupionymi wokół problemów związanych z tym, co współcześnie często określamy mianem psychologii wojskowej lub psychologii pola walki. Rumuński lekarz wojskowy M. Campeano wydał w 1902 roku monografię w języku francuskim *Essai de Psychologie Militaire: Individuelle Et Collective*, która już w 1904 roku doczekała się tłumaczenia na język niemiecki. Była to pionierska prezentacja problemów psychologicznych, jakie są udziałem zarówno pojedynczych żołnierzy, jak i oddziałów oraz całych armii. Campeano podszedł do zadania metodycznie, rozważając między innymi takie zagadnienia, jak wpływ różnych osobowości dowódcy na morale jego podwładnych czy różnice w *esprit de corps* w poszczególnych rodzajach wojsk (piechocie, artylerii i kawalerii). I chociaż z dzisiejszego punktu widzenia w pracy rumuńskiego autora jest sporo niedoskonałości czy wręcz naiwności w formułowaniu sądów, to bez wątplenia była to poważna próba innego spojrzenia na to, co do tej pory określano mianem tchórzostwa, braku woli i słabością charakteru. Coraz częściej podnoszono, jak to czynił w 1913 roku brytyjski chirurg Wiliam Thorburn, że traumatyczne przeżycia ofiar katastrof i wypadków wykazują wiele cech zbieżnych z objawami obserwowanymi u weteranów. Thorburn wskazywał, że ofiary takich zdarzeń w XIX wieku najczęściej były pozostawiane swojemu losowi, co potęgowało późniejsze problemy¹⁹. Innymi słowy, uświadamiano sobie, że żołnierze wymagają nie tylko opieki chirurgicznej czy internistycznej, nie tylko odpowiednich ćwiczeń i wyżywienia, lecz także opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Jednak dopiero w trakcie I wojny światowej, która okazała się potężnym wstrząsem kulturowym i cywilizacyjnym, rozpoczęto pogłębione badania nad interesującymi nas zagadnieniami. To wówczas wyróżniono odrębnym terminem typowy dla pola walki zespół stresu, który w anglojęzycznej literaturze przedmiotu zwykło się określać pojęciem *shell shock*²⁰. We Francji używano określeń *choc commotionnel*, *hystérie de guerre* lub *choc traumatique*, w Niemczech – *kriegshysterie*, *granatkontusion* bądź *granatexplosionslähmung*²¹. Bez względu na język, dotyczyły one jednak tego samego zjawiska. Zostało ono wyodrębnione jeszcze podczas trwania działań wojennych, chociaż od samego początku nie było pełnej zgodności co do tego, jak należy je definiować²². Co więcej, tak jak jedni byli skłoni podciągnąć pod nie wszelkie zdarzenia traumatyczne pola walki, tak inni chcieli ograniczyć niemal wyłącznie

¹⁹ B. Shepard, *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, MA 2001, s. 16.

²⁰ Po raz pierwszy użył go angielski lekarz i psycholog Charles Samuel Myers (1873–1946) już w 1915 roku. Zob. C.S. Myers, *A contribution to the study of shell shock*, „Lancet” 1915, z. 1, s. 316–320 [za:] E. Jones, N.T. Fear, S. Wessely, *Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review*, „American Journal of Psychiatry” 2007, t. 164, s. 1641–1645, doi:10.1176/appi.ajp.2007.07071180F. Zob. też: F. Reid, *Broken Men: Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain 1914–30*, New York 2011, s. 26; G. Milian, *L'hypnose des batailles*, „Paris Médicale” 1915, z. 2, s. 265–270.

²¹ J. Winter, *Shell-Shock and the Cultural History of the Great War*, „Journal of Contemporary History” 2001, t. 35, z. 1, *Special Issue: Shell-Shock*, s. 7–11.

²² A. Wilson, *Mental and nervous shock among the wounded*, „British Medical Journal”, 1914 II, s. 802–803; F. Reid, op.cit., s. 26–27.

do ofiar długotrwałej ekspozycji na zmasowany ogień artylerii lub/i broni maszynowej. Sam termin szybko wszedł do języka potocznego, stając się przedmiotem rozważań socjologów, filozofów i artystów; chętnie posługiwano się nim w gazetach, które coraz częściej opisywały koszmar zmagania zbrojnych. Wszystko to dodatkowo utrudniało sprecyzowanie jego znaczenia i wytyczenie granic jego stosowania²³.

Problem, niezależnie od nazw i definicji, w miarę brutalizacji działań frontowych i rosnących strat ludzkich stawał się coraz bardziej widoczny i niepokojący. Już w 1915 roku neurolog Aldren Turner czynił pierwsze wnikliwe obserwacje wśród żołnierzy dotkniętych załamaniem nerwowym. Istotne badania w kierunku zmian neurologicznych u żołnierzy wystawionych na długotrwałe działanie stresu, niemal od samego początku wojny, bezpośrednio na polu walki, prowadził też Gordon Holmes²⁴. Rok później angielski neurolog Frederick Eustace Batten opublikował istotny artykuł o zaburzeniach funkcjonalnych w obrębie układu nerwowego u dotkniętych stresem żołnierzy²⁵. Do niego należała również inicjatywa powołania Medical Research Committee, którego działalność była dedykowana zbieraniu danych o przypadkach zaburzeń neurologicznych wywołanych przez wojnę²⁶. Batten, podobnie jak Holmes, stał bowiem na stanowisku, że poszukiwania należy prowadzić właśnie w obrębie układu nerwowego.

Nieco odmienne stanowisko zajęli angielski terapeuta Lewis Ralph Yealland i skupiony wokół niego zespół badaczy, którzy skutecznego narzędzia poszukiwali w połączeniu technik psychologicznych i poszukiwań fizjologicznych. Manifestem tak zarysowanego programu była monografia *Hysterical disorders of warfare* (1918). Yealland dokonał dokładnej analizy zaburzeń neurologicznych – zaburzeń mowy, wzroku i słuchu, braku koordynacji ruchowej w zakresie kończyn górnych i dolnych, monoplegii, paraplegii oraz hemiplegii. Przyczyny tych wszystkich nieprawidłowości lokował przede wszystkim w podłożu histerycznym, a mechanizmów upatrywał w dysfunkcjach organicznych, konkretniej fizjologicznych. Szukał także stałych związków z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego.

Trzecią drogę, obok neurologicznej i psychofizjologicznej, proponowali zwolennicy psychoanalizy, postulujący, by określenie *shell shock* zastąpić lepiej osadzonym w nazewnictwie medycznym pojęciem neurozy wojennej (*war neurosis*)²⁷. Zostało ono wyraźnie wyeksponowane w tytule książki autorstwa uczniów szkoły psychoanalizy: Sandora Ferencziego, Carla Abrahama oraz Ernsta Simmela – *Psycho-Ana-*

²³ L. Stryker, *Mental Cases: British Shellshock-Politics of Interpretation* [w:] *Evidence, History, and the Great War: Historians and the Impact of 1914–18*, ed. G. Braybon, New York–Oxford 2003, s. 154–168.

²⁴ A.D. Macleod, *Shell shock, Gordon Holmes and the Great War*, „Journal of Royal Society of Medicine” 2004, t. 97, s. 86–89, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079301/pdf/0970086.pdf>

²⁵ F.E. Batten, *Some functional nervous affections produced by the war*, „Quarterly Journal of Medicine” 1916, t. 9, s. 73–82.

²⁶ S.C. Linden, E. Jones, A.J. Lees, *Shell shock at Queen Square: Lewis Yealland 100 years on*, „Brain” 2013, t. 136, z. 6, s. 1976–1988, /doi: 10.1093/brain/aws331, s. 2.

²⁷ J.T. MacCurdy, *War neurosis*, Cambridge 1918, passim, <https://archive.org/details/warneuroses00maccuoft>

lysis and the War Neuroses (1919). Był to zbiór esejów, poprzedzonych przedmową samego Zygmunta Freuda, w którym autorzy prezentowali możliwości metody psychoanalizy w diagnostyce i terapii neurozy wywołanej doświadczeniami wojennymi. Było to nowe ujęcie problemu, gdyż jak nigdy dotąd zwracano uwagę na uwarunkowania i predyspozycje psychiczne przypadków załamania nerwowego, wskazując na różnorodne i skomplikowane tło ich powstawania, mniejszą natomiast wagę przywiązując do schorzeń czy zaburzeń pochodzących od strony układu nerwowego²⁸.

Pierwsze podsumowujące stan badań opracowania dotyczące zjawiska *shell shock* pojawiły się jednak dopiero pod koniec pierwszej wojny światowej²⁹. Kanonicznym wręcz stał się *Report of the War Office Committee of Enquiry Into "Shell-shock"*, opublikowany w 1922 roku. Na czele komitetu stał Lord Southborough, który zebrał i poddał wnikliwej analizie przypadki załamania nerwowego w trakcie działań wojennych. W konkluzji stwierdzano, że każdy przypadek powinno się rozpatrywać indywidualnie, gdyż granica wytrzymałości bywa różna i płynna, a warunki nader zmienne. Ograniczenie i zminimalizowanie zagrożenia załamania nerwowego u żołnierza można uzyskać dzięki odpowiedniemu doborowi rekrutów, szkoleniu i rzetelnej propagandzie. I jakkolwiek wprost tego nie powiedziano, można było wyraźnie dostrzec, że nie zakładano konieczności większego zaangażowania lekarzy w rozwiązywanie tego problemu. *Shell shock* uznano za w sumie typowy przejaw paniki, któremu trudno nadawać rangę jednostki chorobowej lub urazowej – bardziej literackie niż medyczne określenie problemu doświadczanego w czasie wojny³⁰.

Taka postawa może nieco zaskakiwać, zwłaszcza w świetle tego, co już powiedziano. Zaważyła na niej z pewnością pewna nieufność wyższych wojskowych w odniesieniu do postulatów zgłaszanych przez środowisko medyczne, zwłaszcza że nie potrafiło ono w precyzyjny sposób przedstawić jednolitego stanowiska wobec zjawiska *shell shock*. Sam termin, eksploatowany, jak byśmy to dziś określili, „medialnie”, był odarty z naukowości, nie przedstawiał sobą siły argumentu. Co więcej, zdawał się podkopywać morale wojsk, stwarzać „niebezpieczne usprawiedliwienie”, swoiste przyzwolenie na słabość. Tak zatem w Wielkiej Brytanii, mimo przecież bogatych doświadczeń, nie podjęto poważniejszych kroków instytucjonalnych i organizacyjnych w celu zapewnienia stałego dozoru psychiatrycznego w armii.

Tymczasem w Stanach Zjednoczonych już w 1917 roku stworzono pod wpływem doświadczeń frontowych, w ramach tzw. Komitetu Yerkesa³¹ (Committee on the Psychological Examination of Recruits), pierwsze testy psychologiczne dla rekrutów, które miały pomóc nie tylko w kierowaniu młodych ludzi do właściwej dla

²⁸ S.C. Linden, V. Hess, E. Jones, *The neurological manifestations of trauma: lessons from World War I*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience” 2012, t. 262, s. 253–264, doi: 10.1007/s00406-011-0272-9 [za:] <http://download.springer.com>

²⁹ Th. Lewis, *Report on neuro-circulatory asthenia and its management*, „Military Surgeon” 1918, t. 42, s. 410.

³⁰ S. Wessely, *Twentieth-Century Theories on Combat Motivation and Breakdown*, „Journal of Contemporary History” 2006, t. 41, z. 2, s. 271, doi: 10.1177/0022009406062067, pobrane ze strony: <http://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/Wessely2006-20theoriescombat.pdf>

³¹ R. Yerkes, *Psychology in relation to the war*, „The Psychological Review” 1918, t. 25, z. 2, s. 85–115 [odbitka dostępna na stronie: <http://libcudl.colorado.edu/wwi/pdf/i73747348.pdf>].

nich służby, lecz także w określeniu odporności w warunkach stresu bojowego³². W tymże 1917 roku chirurg Thomas W. Salmon został powołany na głównego konsultanta amerykańskich sił ekspedycyjnych – American Expeditionary Forces (AEF) – kierowanych na teren europejskich działań wojennych. Salmon dokonał bardzo dokładnej rewizji doświadczeń zebranych przez Anglików i Francuzów³³. Postawił sobie za cel nie tyle likwidację skutków *shell shock*, ile stworzenie takich warunków dla rekrutów i młodych żołnierzy, by zminimalizować szansę wystąpienia urazu psychicznego na polu walki. Stąd można w Salmonie widzieć prekursora działań prewencyjnych i zachowawczych. Wypracowano wówczas trzy podstawowe zasady mające odąd ściśle obowiązywać w niesieniu pomocy poszkodowanym żołnierzom: lekarze psychiatry winni działać jak najbliżej pola walki (*proximity*), ich praca z poszkodowanym musi rozpocząć się najszybciej, jak to tylko możliwe (*immediacy*), i z budowaniem pozytywnego autowizerunku, połączonego z zapewnieniem szybkiego powrotu do jednostki liniowej (*expectancy*). Nad wszystkim miały górować prostota w doborze środków i kształtowanie możliwie bliskiej relacji z żołnierzem³⁴. Jak pokazała historia, zasady sformułowane wówczas przez Salmona stały się punktem wyjścia współczesnej psychiatrii wojskowej³⁵.

W tym samym roku, w grudniu, na posiedzeniu sekcji psychiatrycznej kapitan brytyjskiej armii, lekarz i neurolog William H.R. Rivers przedstawił obszerny referat poświęcony mechanizmowi wypierania traumy wojennej ze świadomości. Tekst referatu ukazał się następnie na łamach renomowanego czasopisma „Lancet”³⁶. Rivers był również autorem krótkiego tekstu zatytułowanego *Psychiatry and the War* (1919), w którym wskazano na znaczenie badania oraz klasyfikacji neuroz i psychoz wojennych dla rozwoju badań nad związkami psychologii, psychiatrii i neurologii³⁷. Podobnie konieczność wyodrębniania badań nad zjawiskiem neurozy wojennej podnosił wybitny uczyony polskiego pochodzenia Józef Babiński³⁸, a neuropatolog i psycholog Frederick W. Mott zbadał związek, jaki zachodzi pomiędzy wojenną neurozą a cechami wyodrębnionymi pod pojęciem *shell shock*³⁹. Mott dążył do możliwie

³² Do początków 1919 roku przebadano 1726 tysięcy osób (w tym 41 000 oficerów). Był to jeden z większych programów eksperymentalnych, jakie kiedykolwiek przeprowadzono w armii amerykańskiej. R. Yerkes, Report of the Psychologiee Committee of the National Research Council [w:] Reprint and Circular Series of the National Research Council 1919, nr 2, s. 5–6, za: <https://books.google.pl>

³³ T.W. Salmon, *The care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army*, New York 1917 [za: <https://archive.org/details/caretreatmentofm00salmrich>].

³⁴ F.D. Jones, op.cit., s. 9.

³⁵ E. Jones, S. Wessely, “Forward psychiatry” in the military: its origins and effectiveness, „Journal of Traumatic Stress” 2003, t. 16, z. 4, s. 411–419, za: [http://www.kkl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/Jones 2003-forwardpsychiatry.pdf](http://www.kkl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/Jones%2003-forwardpsychiatry.pdf).

³⁶ „Lancet” 1918, February 2, s. 173–177, doi:10.1016/S0140-6736(08)61345-8 [tekst referatu dostępny na stronie: <http://net.lib.byu.edu/~rdh7/wwi/comment/rivers.htm>].

³⁷ „Science. New Series” 1919, t. 49, z. 1268, s. 367–379, <http://www.jstor.org/stable/1644244>

³⁸ J. Babiński, J. Froment, *Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre*, Paris 1917, <https://archive.org/details/39002011189272.med.yale.edu>

³⁹ F.W. Mott, *The Effects of High Explosives Upon the Central Nervous System*, “Lancet” 1916, z. 1, s. 331–338; idem, *War Neuroses and Shell Shock*, Oxford 1919, <https://archive.org/details/warneurosesshell00mottooft>

wszechstronnego określenia skutków psychicznych i neurologicznych zaburzeń neurotycznych, badając między innymi zmiany zachodzące na poziomie neuronalnym pod wpływem silnych bodźców szokowych. Pracę Motta można uznać za pierwszą wyczerpującą dla tak prowadzonej problematyki badawczej⁴⁰. Z kolei monografię autorstwa Charlesa S. Myersa *Shell Shock in France, 1914–1918: Based on a War Diary*, której pierwsze wydanie ukazało się w 1940 roku, a zatem w chwili, gdy kolejne pokolenie żołnierzy doświadczało stresu na polu walki, należy traktować jako podsumowującą wieloletnie doświadczenia zebrane zarówno w czasie I wojny światowej, jak i zaraz po jej zakończeniu.

Tymczasem w okresie międzywojennym Armia Stanów Zjednoczonych zaczęła jako pierwsza stosować zintegrowany system zaopatrzenia żołnierzy, którzy doświadczyli skutków długotrwałego stresu bojowego. Obejmował on trzy kolejne stopnie: pierwszy stanowili odpowiednio przygotowani psychiatrzy będący na etatach w jednostkach wojskowych (najczęściej na poziomie dywizji), drugi – wyspecjalizowany personel szpitali przyfrontowych, trzeci – kliniki i szpitale z oddziałami psychiatrycznymi⁴¹. Wraz z systemem selekcji, mającym źródło w założeniach Komitetu Yerkesa, Amerykanie sprawiali wrażenie, że są, w odróżnieniu od Europejczyków, na dobrej drodze do zdecydowanego opracowania klasyfikacyjnego problemu psychoz pola walki, ich diagnozy i prób terapii. Istotą – można powiedzieć: naczelnym zadaniem – było stworzenie skutecznego systemu poboru, który już na tym początkowym etapie służby w wojsku stwarzałby możliwość właściwej oceny przydatności lub nieprzydatności do służby wojskowej. Tak jak pewne cechy fizyczne predysponują do służby frontowej, inne zaś są dla niej przeciwskazaniem, tak też można i należy postąpić, badając stan psychiczny żołnierza. Bez wątpienia był to kierunek słuszny i wydawać się mogło, że Amerykanie stworzą pierwszy skuteczny system psychiatrii i psychologii wojskowej. Tak się jednak nie stało. Druga wojna światowa, mimo doświadczeń pierwszej, przyniosła nowe wyzwania. Z pewnością skąpa konfliktu, a także brutalność wojny prowadzonej z udziałem nowoczesnej techniki i wynikające z tego faktu straty skutkowały tym, że ci poborowi, którzy wcześniej nie przeszli pomyślnie testów, byli jednak w kolejnym naborze wcielani w szeregi. Cały system kwalifikacyjny został tym samym zaburzony. Warto przy tej okazji wskazać, że wielu żołnierzy z nazwijmy to „dodatkowego” naboru, których wcześniej nie uznano za zdolnych do pełnienia służby frontowej, nie wykazało, pomimo wszystkich wcześniejszych zastrzeżeń, żadnych objawów załamania czy paniki w warunkach bojowych⁴². Jednocześnie obecność symptomów *shell shock* wcale nie była mniejsza u tych, których początkowo kwalifikowano jako w pełni zdalnych do służby. Co więcej, wszystko wskazywało, że przypadków neuroz wojennych jest więcej niż w czasie I wojny światowej⁴³. Stąd też uznano konieczność rewizji do-

⁴⁰ E. Jones, *Historical approaches to post-combat disorders*, „Philosophical Transitions of the Royal Society Bulletin” 2006, z. 361, s. 539, doi:10.1098/rstb.2006.1814, ze strony: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569621/pdf/rstb20061814.pdf>

⁴¹ T.W. Salmon, op.cit.

⁴² S. Wessely, op.cit., s. 274.

⁴³ E. Strecker, K. Appel, *Psychiatry in Modern Warfare*, New York 1945, passim.

tychczasowych metod i poglądów. Wówczas po raz pierwszy tak wyraźnie zwrócono uwagę na poziom oraz charakter motywacji żołnierzy na polu walki. Wracano zatem do punktu wyjścia, starając się jednak tym razem nie tyle chronić przed negatywnymi skutkami stresu i im zapobiegać, ile znaleźć sposoby wzmocnienia i spotęgowania „mocnych” stron psychiki.

Tymczasem sam termin *shell shock*, co do którego wysuwano zastrzeżenia, ulegał stopniowo wyparciu przez *battle fatigue* i związane z nim pojęcie *exhaustion*, które wywodząc się genetycznie od znanego już wcześniej *chronic fatigue syndrome*, przeszło do obiegu podczas II wojny światowej⁴⁴. Nie była to li tylko zmiana kosmetyczna. Chodziło w tym wypadku o podkreślenie negatywnego oddziaływania sytuacji przedłużonego napięcia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, wywołanego bezpośrednim zagrożeniem życia, na układ nerwowy żołnierza. Coraz wyraźniej podnoszono potrzebę szerszego ujęcia problemu z koniecznością badania całego kontekstu czynników kulturowych, predyspozycji rodzinnych i dziedzicznych. Zdołano także wykazać, że na stan psychiczny jednostki wpływa najbliższe otoczenie towarzyszy z oddziaływaniem, a morale żołnierza jest budowane stopniowo. Żołnierze na polu walki odczuwają bowiem silną więź z najbliższymi kolegami z drużyny czy plutonu, walcząc razem z nimi i tak naprawdę za nich, nie zaś w imię głoszonych przez propagandę wojenną ideałów. Kwestia motywacji żołnierza do walki została ściśle sprzężona z badaniem negatywnych skutków stresu i ich zapobieganiem⁴⁵.

Można powiedzieć, że starano się wypracować model teoretyczny, który dopomógłby w przewidywaniu i hamowaniu (neutralizowaniu) czynników mogących doprowadzić do skutków negatywnych. Wśród proponowanych rozwiązań po raz pierwszy pojawiły się koncepcje zastosowania środków profilaktycznych w celu zminimalizowania negatywnych skutków stresu bojowego⁴⁶. System rotacji żołnierzy i całych oddziałów oparty na schemacie proporcjonalnego czasu spędzonego w pierwszej linii oraz na jednostkach tyłowych (*Rest & Recreation* – RR) stawał się z wolna obowiązujący. W służbach szczególnie ciężkich, jak lotnictwo bombowe i myśliwskie czy okręty podwodne, tworzone limity misji bojowych, które mogli odbywać żołnierze.

Także w Wielkiej Brytanii jeszcze w trakcie działań wojennych zaczęto tworzyć podstawy zorganizowanego zespołu złożonego z lekarzy specjalizujących się w problematyce neurologicznej i psychiatrycznej. W założeniu taki zespół miał prowadzić kompleksowe i wydłużone w czasie leczenie wszystkich przypadków urazów psychicznych wynikających bezpośrednio lub pośrednio z uczestnictwa w działaniach wojennych. W Szpitalu Pomocy Doraźnej Mill Hill, na północnych przedmieściach Londynu, utworzono specjalny Oddział Leczenia Zespołu Wysiłkowego (czyli „zespołu serca żołnierskiego”). To, co bezwzględnie wyróżniało tę jednostkę medyczną

⁴⁴ T. Copp, B. MacAndrew, *Battle Exhaustion: Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939–1945*, Montreal 1991, passim.

⁴⁵ S. Wessely, *Twentieth-century Theories...*, s. 274–275.

⁴⁶ D. Pratt, *Combat record of psychoneurotic patients*, „Bulletin of the U.S. Army Medical Department” 1947, t. 7, s. 809–811, <http://cdm15290.contentdm.oclc.org/utills/getfile/collection/p15290coll6/id/3489/file/3490.pdf>

od innych, to fakt wprowadzenia w niej po raz pierwszy na taką skalę terapii grupowej w ramach stworzonej „społeczności terapeutycznej”⁴⁷.

Doświadczenia zebrane przez amerykańskich oraz brytyjskich psychologów wojskowych podczas wojennych zmagani znalazły swój wyraz w dwutomowej monografii autorstwa pułkownika Alberta Juliusa Glassa zatytułowanej *Neuropsychiatry in World War II* i posłużyły jako punkt wyjścia do zbudowania odpowiednich procedur podczas konfliktu koreańskiego⁴⁸. Rozbudowano wówczas system dywizyjnego i armijnego szczebla zabezpieczenia żołnierzy, którzy stali się ofiarami stresu bojowego. Uznano, można powiedzieć ponownie, że decydującym czynnikiem jest jak najszybsza pomoc psychologiczna, która pozwoli na jak najefektywniejsze wykorzystanie personelu medycznego, tak aby znacząco skrócić czas powrotu żołnierzy do walki. Stąd konieczność stałej obecności lekarzy psychiatrów w najbliższym zapleczu jednostek frontowych. Jednocześnie określano warunki uczestnictwa psychiatrów w fazie planowania operacji wojskowych – szczebel armijny – co miało być działaniem prewencyjnym i wspomagającym⁴⁹.

To właśnie te doświadczenia stały się punktem wyjścia dla psychologów i psychiatrów w dalszych badaniach i poszukiwaniach najskuteczniejszych rozwiązań metodologicznych, skutecznej diagnozy oraz terapii. Z kolei wojna w Wietnamie przyniosła z sobą wyodrębniony zespół stresu pourazowego, czyli *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD)⁵⁰, chociaż dopiero w latach osiemdziesiątych minionego wieku próbowano ściślej go zdefiniować i wprowadzić na stałe do terminologii psychiatrycznej, co wywołało zresztą rozliczne kontrowersje i trwającą do dziś dyskusję. PTSD ujmował po raz pierwszy zjawisko przedłużonej i często opóźnionej w czasie reakcji na przeżycie traumatyczne, opisując skutki odczuwalne niekiedy latami po doznanym urazie. I jakkolwiek nie dotyczy on wyłącznie zdarzeń mających miejsce na polu walki, jest jednym z podstawowych zespołów obecnych w „arsenale diagnostycznym” psychiatrii wojskowej. Ponieważ rozwój koncepcji PTSD przynależy bardziej do współczesności niż historii, głębsza analiza tego zagadnienia wykracza poza ramy niniejszego artykułu.

Na zakończenie można jeszcze zaznaczyć, że w latach dziewięćdziesiątych XX wieku wskazywano na konieczność wyodrębnienia *Gulf War Syndrome* (GWS), którym opisano zespół fizycznych (np. bóle mięśniowe, duszności, biegunka, zmęczenie) i psychicznych (np. bezsenność, zaniki pamięci, rozdrażnienie, natręctwa, niekiedy halucynacje) dolegliwości, które występowały zarówno wśród żołnierzy, jak i osób personelu cywilnego zaangażowanego w wojnę przeciw Irakowi⁵¹. I jakkol-

⁴⁷ E. Shorter, *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Warszawa 2005, s. 254.

⁴⁸ F.D. Jones, op.cit., s. 16.

⁴⁹ Ch.H. Warner, G.N. Appenzeller, M.J. Barry, A. Morton, Th. Grieger, *The Evolving Role of the Division Psychiatrist*. „Military Medicine” 2007, t. 172, z. 9, s. 918–924.

⁵⁰ S. Wessely, E. Jones, *Psychiatry and the 'lessons of Vietnam': what were they, and are they still relevant?*, „War and Society” 2004, t. 22, s. 89–103, <http://simonwessely.com/downloads/publications/Military/historical/Wessely%202004%20-%20lessons%20of%20vietnam.pdf>

⁵¹ Szereg informacji można odnaleźć na oficjalnej stronie rządu Stanów Zjednoczonych – Department of Veteran Affairs. Zob. <http://www.publichealth.va.gov/exposures/gulfwar/medically-unexplained-illness.asp>

wiek odnajdujemy w GWS wyraźne ślady dobrze znanych objawów *shell shock* czy też *kreiegsneurose*, to jednak podkreśla się, że jest to osobny zespół, który wymaga dalszych pogłębionych badań, między innymi w kierunku skutków ekspozycji ludzi na powietrze skażone w wyniku rozległych pożarów pól naftowych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że lekarska ocena różnych form zachowań i postaw żołnierzy zarówno na polu bitwy, jak i po jej zakończeniu jest przedmiotem zainteresowania medycyny od zaledwie dwóch wieków, a kompleksowy sposób ujmowania metodyki diagnozy i terapii stanowi kwestię co najwyżej kilkudziesięciu lat. Psychiatria wojenna jest zatem stosunkowo młodą dyscypliną – można powiedzieć *in statu nascendi*, wciąż poszukującą najwłaściwszego dla siebie języka opisu, definicji i pojęć. Nie zmienia to jednak w niczym faktu, że to, co już osiągnęła, może być i powinno zostać wykorzystane w badaniach historyka zainteresowanego przeszłością wojskowości. W świetle analizy czynionej na podstawie ustaleń lekarzy historyk może pełniej wniknąć w przyczyny wielu zdarzeń znanych mu z opisów pola walki, bardziej precyzyjnie określić podłoże niejasnych dotąd decyzji dowódców i żołnierskich reakcji.

BIBLIOGRAFIA

- Auenbrugger L., *Inventum Novum*, Vienna 1761.
- Awtokratow P., Wizel A., *Organizacja opieki nad umysłowo chorymi i ich ewakuacji na Dalekim Wschodzie*, „Medycyna” 1905, t. 33 (41), s. 844–849.
- Babiński J., Froment J., *Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre*, Paris 1917.
- Bartlett S.J., *The Pathology of Man: A Study of Human Evil*, Springfield, IL 2005.
- Batten F.E., *Some functional nervous affections produced by the war*, „Quarterly Journal of Medicine” 1916, t. 9, s. 73–82.
- Calhoun J.T., *Nostalgia as a disease of field service*, „Medical and Surgical Reporter” 1864, t. 11, s. 130–132.
- Copp T., McAndrew B., *Battle Exhaustion: Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939–1945*, Montreal 1991.
- Da Costa J.M., *On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences*, „The American Journal of Medical Sciences” 1871, t. 61, s. 18–52.
- Crocq M.-A., Crocq L., *From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology*, „Dialogues in Clinical Neuroscience” 2000, t. 2, z. 1, s. 47–55.
- Dames N., *Amnesiac Selves: Nostalgia, Forgetting, and British Fiction, 1810–1870*, Oxford 2003.
- Dirwächter R., *Heimweh or homesickness. A Nostalgic look at the Umwelt that No Longer is* [w:] *Relating to Environments: A New Look at Umwelt*, ed. R.S. Chang, Charlotte, NC 2009.
- Ellis P.S., *The origins of the war neuroses. Part I*, „Journal of the Royal Naval Medical Service” 1984, t. 52, z. 3, s. 168–177.

- Jones E., Wessely S., *Origins of British Military Psychiatry Before the First World War*, „War & Society” 2001, t. 19, z. 2, s. 91–108.
- Jones E., Wessely S., “Forward psychiatry” in the military: its origins and effectiveness, „Journal of Traumatic Stress” 2003, t. 16, z. 4, s. 411–419.
- Jones E., *Historical approaches to post-combat disorders*, „Philosophical Transactions of the Royal Society Bulletin” 2006, t. 361, s. 533–542.
- Jones F.D., *Psychiatric lessons of war* [w:] F.D. Jones, L.R. Sparciano et al., *War psychiatry*, Maryland 1995.
- Lewis Th., *Report on neuro-circulatory asthenia and its management*, „Military Surgeon” 1918, t. 42, s. 410.
- Linden S.C., Hess V., Jones E., *The neurological manifestations of trauma: lessons from World War I*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience” 2012, t. 262, s. 253–264.
- Linden S.C., Jones E., Lees A.J., *Shell shock at Queen Square: Lewis Yealland 100 years on*, „Brain” 2013, t. 136, z. 6, s. 1976–1988.
- López Pinero J.M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, Cambridge 1983.
- Macleod A.D., *Shell shock, Gordon Holmes and the Great War*, „Journal of Royal Society of Medicine” 2004, t. 97, s. 86–89.
- MacCurdy J.T., *War neurosis*, Cambridge 1918.
- Milian G., *L'hypnose des batailles*, „Paris Médicale” 1915, z. 2, s. 265–270.
- Mott F.W., *The Effects of High Explosives Upon the Central Nervous System*, „Lancet” 1916, z. 1, s. 331–338.
- Mott F. W., *War Neuroses and Shell Shock*, Oxford 1919.
- Myers C.S., *A contribution to the study of shell shock*, „Lancet” 1915, t. 1, s. 316–320, za: E. Jones, N. Fear T., Wessely S., *Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review*, „American Journal of Psychiatry” 2007, t. 164, s. 1641–1645.
- Pratt D., *Combat record of psychoneurotic patients*, „Bulletin of the U.S. Army Medical Department” 1947, t. 7, s. 809–811.
- Reid F., *Broken Men: Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain 1914–1930*, New York 2011.
- Richards R.L., *Mental and nervous disorders in the Russo-Japanese War*, „The Military Surgeon” 1910, t. 26, z. 2, s. 177–193.
- Ritivoi A.D., *Yesterday's Self: Nostalgia and the Immigrant Identity*, Oxford 2002.
- Rosen G., *Nostalgia: A forgotten psychological disorder*, „Psychological Medicine” 1975, t. 5, z. 4, s. 340–354.
- Salmon T.W., *The care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army*, New York 1917.
- Shephard B., *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, MA 2001.
- Shorter E., *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Warszawa 2005.
- Simmons J.G., *Doctors and Discoveries: Lives that Created Today's Medicine*, Boston 2002.
- Straus S.E., *History of chronic fatigue syndrome*, „Reviews of Infectious Diseases” 1991, t. 13, Suppl. 1, s. 2–7.
- Strecker E., Appel K., *Psychiatry in Modern Warfare*, New York 1945.

- Stryker L., *Mental Cases: British Shellshock-Politics of Interpretation* [w:] *Evidence, History, and the Great War: Historians and the Impact of 1914–18*, ed. G. Braybon, New York–Oxford 2003, s. 154–168.
- Warner Ch.H., Appenzeller G.N., Barry M.J., Morton A., Grieger Th., *The Evolving Role of the Division Psychiatrist*, „Military Medicine” 2007, t. 172, z. 9, s. 918–924.
- Weiner D.B., *A provincial doctor faces. Philippe Pinel (1778–1793)* [w:] *Enlightenment, Passion, Modernity: Historical Essays in European Thought and Culture*, ed. M.S. Micale, R.L. Dietle, Stanford, CA 2000, s. 66–87.
- Wessely S., Jones E., *Psychiatry and the ‘lessons of Vietnam’: what were they, and are they still relevant?*, „War and Society” 2004, t. 22, s. 89–103.
- Wessely S., *Twentieth-Century Theories on Combat Motivation and Breakdown*, „Journal of Contemporary History” 2006, t. 41, z. 2, s. 271.
- Winter J., *Shell-Shock and the Cultural History of the Great War*, „Journal of Contemporary History” 2001, t. 35, z. 1, s. 7–11.
- Wilson J.L., *Nostalgia: Sanctuary of Meaning*, Lewisburg, PA 2005.
- Yerkes R., *Psychology in relation to the war*, „The Psychological Review” 1918, t. 25, z. 2, s. 85–115.
- Yerkes R., *Report of the Psychologiee Committee of the National Research Council* [w:] *Reprint and Circular Series of the National Research Council* 1919, nr 2, s. 5–6
- <http://www.publichealth.va.gov/exposures/gulfwar/medically-unexplained-illness.asp>

