

# Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki

KRZYSZTOF KORZENIEWSKI

Wojskowy Instytut Medyczny MON, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, kierownik: doc. dr hab. med. R. Olszański

## Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki

Korzeniewski K.

Wojskowy Instytut Medyczny MON, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, e-mail: kktropmed@wp.pl

W pracy przedstawiono czynniki wpływające niekorzystnie na stan zdrowia psychicznego uczestników misji wojskowych oraz zaburzenia psychiczne powstające na współczesnym polu walki. Głównym stresorem są zagrożenia wynikające ze służby w strefie działań wojennych, na które nakładają się ciężkie warunki klimatyczne, długotrwała rozłąka z rodziną, obcy język ludności miejscowej, odmienne zwyczaje, religia, powodujące wyobcowanie personelu misji. Istotne wydają się także czynniki wynikające z zależności służbowych i pozasłużbowych panujących w środowisku wojskowym. Następstwem przeżytej traumy psychicznej, będącej wynikiem krótkotrwałego incydentu lub długotrwałego wydarzenia, są najczęściej zaburzenia pod postacią ostrej reakcji na stres lub zespołu stresu pourazowego.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, Irak, Afganistan

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 144, 572

## Psychiatric disorders of the contemporary battlefield

Korzeniewski K.

Military Institute of Health Services, Poland, Ministry of National Defense, Department of Nautical and Tropical Medicine in Gdynia, e-mail: kktropmed@wp.pl

This article presents the factors exerted an influence on psychiatric health status of participants of military missions and psychiatric disorders forming on the contemporary battlefield. The main stressors are threats being a result of duty in warfare, also hard climatic conditions, long-lasting separation from family, foreign language of local population, other customs, religion, caused alienation of mission personnel. Significant factors seem also dependences on duty and unofficial relationships prevailing in military environment. The consequence of survived psychiatric trauma being a result of short-lived incident or prolonged event are often acute stress disorder (ASD) or posttraumatic stress disorder (PTSD).

**Key words:** psychiatric disorders, Iraq, Afghanistan

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 144, 572

Jak wykazuje doświadczenie współczesnych operacji wojskowych, część żołnierzy realizujących zadania w sytuacjach ekstremalnych, nie jest w stanie przystosować się do panujących warunków i ze wskazań psychiatrycznych jest ewakuowana do kraju macierzystego [29]. Przyczynę repatriacji medycznych w takich przypadkach stanowi nie tylko strefa działań wojennych, ciężkie warunki klimatyczne czy poczucie izolacji, ale również zbyt powierzchowna kwalifikacja medyczna kandydatów do służby przed wyjazdem na misję [30]. Chodzi zarówno o stan zdrowia fizycznego (występowanie schorzeń przewlekłych), jak i psychicznego przyszłych uczestników operacji wojskowych poza granicami państwa. Brak rzetelnej oceny psychologicznej kandydata powoduje, że ciężkie warunki służby, działania wojenne prowadzą do ujawnienia się bądź nasilenia zaburzeń pod postacią nerwic, stanów lękowych i depresyjnych [26].

Następstwem przeżytej traumy psychicznej (silne, dramatyczne przeżycie spowodowane przez krótkotrwały incydent lub długotrwałe wydarzenie) mogą być czasowe lub trwałe zaburzenia psychiczne pod postacią ostrej reakcji na stres – ASD (ang. acute stress disorder) lub zespołu stresu pourazowego – PTSD (ang. posttraumatic stress disorder) [8].

Objawy ASD trwają co najmniej kilka dni, ale nie dłużej niż miesiąc (stany odrętwienia, zubożenia, pobudzenia lub przygnębienia). Różnią się one od krótkotrwałych, nie będących patologicznymi, reakcji stresowych, występujących w trakcie lub bezpośrednio po przeżytej traumie i ustępujących zazwyczaj samoistnie.

Zespół stresu pourazowego różni się od ASD przede wszystkim szybkością ujawnienia i czasem utrzymywania się zaburzeń (od jednego miesiąca do wielu lat po traumatycznym zdarzeniu). Do najczęstszych objawów należą zaburzenia koncentracji, powracające wspomnienia, natrętne myśli, koszmarne sny, bezsenność [1, 4]. Wpływ na stan psychiczny żołnierzy ma przede wszystkim widok pola walki, rannych

i zabitych, zwłaszcza współtowarzyszy broni oraz ogromniszczeń materialnych. Czynniki te oddziałują zwłaszcza na żołnierzy wykonujących zadania wyjątkowo trudne i niebezpieczne (pododdziały desantowo-szturmowe, specjalne), lub pozostających w specyficznych warunkach, np. w okrążeniu [6].

Nazewnictwo zaburzeń psychicznych występujących wśród żołnierzy, którzy doznali traumatycznych przeżyć w strefie działań wojennych zmieniało się w ostatnich dziesięcioleciach. Po I Wojnie Światowej weterani wojenni cierpieli z powodu shell shock, po II Wojnie Światowej i konflikcie koreańskim z powodu war neurosis, a od czasu wojny wietnamskiej w terminologii psychiatrycznej obowiązują zwroty acute stress disorder i posttraumatic stress disorder [49].

Według Ministerstwa Obrony Narodowej RP w ciągu pierwszego roku trwania misji stabilizacyjnej w Iraku, do połowy września 2004 r. ponad 200 żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego nie wytrzymało psychicznie trudów operacji Iraq Freedom. 91 z nich miało zdiagnozowane PTSD. Większość żołnierzy pozostała w rejonie misji do rotacji kontyngentu po 6 miesiącach służby, mimo że już w Iraku zaczęły pojawiać się zaburzenia psychiczne pod postacią apatii, lęku, zaburzeń koncentracji, koszmarnych snów [32].

Według psychologów i lekarzy uczestniczących w misji irackiej nie każdy żołnierz, który zgłasza problemy natury psychicznej, bo np. przestraszył się eksplozji materiału wybuchowego, będzie miał zdiagnozowany zespół stresu pourazowego. Ciemną stroną tego zagadnienia jest fakt, że niektóre osoby chętnie korzystają z konsultacji psychiatrycznych i wpisów do książeczki zdrowia świadczących o zaburzeniach psychicznych, traktując je jako dobrą lokatę przy ubieganiu się w przyszłości o wcześniejszą emeryturę [29].

Od początku misji w Iraku i Afganistanie żołnierze Polskich Kontyngentów Wojskowych z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi są ewakuowani bezpośrednio do szpitali wojskowych w Polsce, głównie do Klinicznego Oddziału Psy-

chiatryi 10 WSKzP w Bydgoszczy oraz do Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego CSK MON w Warszawie. Po zakończonej hospitalizacji pacjenci są kierowani do dalszej terapii w miejscu zamieszkania, do Poradni Zdrowia Psychicznego lub psychoprofilaktyków jednostek wojskowych, w których żołnierze pełnią służbę. Przypadki zaburzeń psychicznych o miernym nasileniu, będące skutkiem ostrej reakcji na stres, które nie wymagają rotacji medycznej do kraju, znajdują się pod kontrolą psychologów Polskich Kontyngentów Wojskowych w rejonie operacji wojskowych [51].

W obowiązujących założeniach doktryny wojskowo-medycznej w Wojsku Polskim przewiduje się, że straty sanitarne o podłożu psychiatrycznym w strefie działań wojennych mogą dotyczyć zaledwie 0,1-1% stanu osobowego. W założeniach innych armii NATO, przypadki stresu pola walki mogą stanowić nawet 20% strat sanitarnych [14].

U żołnierzy powracających z misji stabilizacyjnych w Iraku i Afganistanie, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenia podczas służby, obserwuje się zaburzenia sfery psychogenicznej głównie pod postacią stanów depresyjnych i lękowych. Zaburzenia psychiczne mogą wystąpić zarówno wśród żołnierzy, którzy odnieśli poważne obrażenia ciała spowodowane urazami bojowymi, jak i u osób, które nie odniosły obrażeń fizycznych, ale były narażone na zagrożenie utraty zdrowia lub życia. Występują one nie tylko u żołnierzy wykonujących zadania bojowe, ale również wśród personelu zabezpieczającego te działania, np. służb medycznych [28].

## ZABURZENIA PSYCHICZNE NA MISJACH WOJSKOWYCH

Zaburzenia psychiczne stanowią obecnie 10% wszystkich ewakuacji medycznych personelu wojskowego USA z rejonu obu operacji wojskowych [41]. Według przedstawicieli amerykańskiej wojskowej służby zdrowia najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym wśród żołnierzy ewakuowanych lub powracających po zakończeniu służby w Iraku i Afganistanie jest PTSD [15, 18]. Badania przeprowadzone przez Wilsona szacują liczbę żołnierzy amerykańskich powracających z operacji Iraqi Freedom i Enduring Freedom z objawami PTSD na 15% personelu wojskowego biorącego udział w obu misjach [52].

Zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem psychicznym objawiającym się uporczywymi i nieoczekiwanymi nawrotami zachowań będących rezultatem przeżytego traumatycznego wydarzenia. Schorzenie nieleczone może doprowadzić osobnika do myśli samobójczych. W okresie od 04. 2003 do 01. 2004 podczas działań w ramach operacji Iraqi Freedom zanotowano oficjalnie 24 przypadki samobójstw żołnierzy U.S. Army pełniących służbę w Iraku i Kuwejcie. Przypuszcza się, że ich liczba jest znacznie wyższa, ponieważ przyczyną niektórych zgonów żołnierzy amerykańskich nie były jednoznacznie określone [46].

Veterans Health Administration, organizacja udzielająca pomocy medycznej weteranom operacji wojskowych USA poza granicami kraju, szacuje, że każdego roku samobójstwo popełnia około tysiąca żołnierzy i rezerwistów U.S. Forces (liczba wszystkich zgonów z powodu samobójstw w USA szacowana jest na 30 tysięcy rocznie) [5, 37]. W Wojsku Polskim liczba samobójstw nie jest większa niż w innych środowiskach zawodowych. W porównaniu z ogólnokrajowymi wskaźnikami samobójstw popełnianych przez mężczyzn, wśród żołnierzy są one wyraźnie niższe (populacja ogólna w Polsce: 2003 r. – 5467, 2004 r. – 4893, 2005 r. – 4621 – żołnierze zawodowi i służby zasadniczej: 2003 r. – 20, 2004 r. – 31, 2005 r. – 21) [36].

Pacjenci z PTSD często uzależniają się od alkoholu, narkotyków lub leków psychotropowych chcąc łagodzić objawy stanów lękowo-depresyjnych, bezsenności. Często dochodzi do współistnienia objawów somatycznych ze strony układu sercowo-naczyniowego i pokarmowego [20]. Weterani

wojenni z PTSD często niechętnie odnoszą się do prób udzielenia im pomocy medycznej. 80% żołnierzy amerykańskich, którzy powrócili ze służby w Iraku, nie zarejestrowało się w systemie kontrolującym ich stan zdrowia w U.S. Department of Veterans Affairs [39]. Rozpoznanie PTSD często jest trudne, ponieważ zaburzenie psychiczne może ujawnić się nawet rok po przeżyciu traumatycznego zdarzenia [52].

## BADANIA NAD ZESPOŁEM STRESU POURAZOWEGO

Badania nad tym zespołem zaburzeń psychicznych rozpoczęto na szeroką skalę w USA w połowie lat 70. XX wieku. Wykazano wówczas, że weterani wojny z trudem asymilują się w społeczeństwie, mają problemy rodzinne, społeczne i zdrowotne. Wśród uczestników działań wojennych, u których stwierdzono PTSD, wysoki jest wskaźnik bezrobocia, alkoholizmu, narkomanii i przestępczości. Spośród 3,14 miliona żołnierzy amerykańskich, którzy brali udział w konflikcie wietnamskim w latach 60. i 70., objawy PTSD zgłasza obecnie niespełna 500 tysięcy osób, a blisko 1 milion skarżyło się na epizody przewlekłego zespołu stresu pourazowego w przeszłości [47]. Zjawiska na podobną skalę obserwowano w społeczeństwie rosyjskim u weteranów wojny w Afganistanie [32]. Wskaźniki dotyczące PTSD wśród żołnierzy U.S. Forces biorących udział w operacji Pustynna Burza w latach 1990-1991 wahały się w przedziale od 7 do 22,6% [13, 24]. Ich zwiększenie było zauważalne dopiero po powrocie z rejonu działań wojennych do kraju [45].

Żołnierze amerykańscy uczestniczący w operacjach wojskowych w Iraku i Afganistanie, którzy przeżyli traumatyczne wydarzenia w rejonie misji, mogą przez 2 lata po powrocie do USA korzystać z opieki specjalistycznej ośrodków wojskowej służby zdrowia nadzorowanych przez Department of Veterans Affairs, gdzie są diagnozowani pod kątem występowania zaburzeń psychicznych oraz problemów psychospołecznych. W okresie od 30. 09. 2001 r. do 30. 09. 2005 r. ponad 103 tysiące żołnierzy amerykańskich, uczestników operacji Enduring Freedom i Iraqi Freedom zostało poddanych ocenie psychiatrycznej i psychologicznej. Ponad 25% badanej populacji miało rozpoznane objawy kliniczne w przebiegu zaburzeń psychicznych, a u 31% rozpoznano występowanie problemów psychospołecznych wymagających interwencji psychologicznej. Zmiany patologiczne stwierdzano najczęściej u osób w przedziale wiekowym 18-24 lata [43].

Podobne badania przeprowadzone przez Kazisa i wsp. wykazały występowanie zaburzeń psychicznych związanych z przeżyciami traumatycznymi w strefie działań wojennych głównie u młodych żołnierzy [25]. West i wsp. badając weteranów operacji wojskowych U.S. Forces w ostatnich latach stwierdzili mniejszą podatność na występowanie zaburzeń psychicznych wśród starszej populacji, powyżej 45. roku życia [50].

Największym problemem psychospołecznym wśród weteranów wojennych jest alkoholizm. Badania przeprowadzone w populacji żołnierzy U.S. Forces powracających do kraju po zakończeniu służby w Iraku i Afganistanie wykazały nadużywanie alkoholu aż u 33% respondentów [7]. Alkohol jest jednym z najczęściej stosowanych środków kompensujących stres w środowisku wojskowym. Niestety, przyczynia się również w znaczny sposób do obniżenia morale i dyscypliny.

Już na samym początku misji stabilizacyjnej w Iraku, w I zmianie Polskiego Kontyngentu Wojskowego, 7 osób za pijaństwo zostało odesłanych dyscyplinarnie do kraju. Odosłoniło to skalę skrywanego problemu, jakim jest picie alkoholu przez polskich żołnierzy w jednostkach wojskowych [16]. Oczywiście nie można zawężać problemu alkoholizmu wyłącznie do środowiska wojskowego. W Polsce uzależnionych od alkoholu jest około 800 tysięcy ludzi, ponad 2 miliony nadużywa napojów alkoholowych, a około 4 miliony żyje w rodzinach, w których z powodu powtarzającej się nietrzeźwości dochodzi do przemocy [35].

Zależność między występowaniem zaburzeń psychicznych związanych z traumatycznymi przeżyciami a nadużyciem alkoholu była wielokrotnie przedstawiana w piśmiennictwie światowym. Według psychiatrów brytyjskich współistnienie PTSD z nadużyciem alkoholu może wystąpić w ponad 50% przypadków [38].

Interesujące są doniesienia wojskowej służby zdrowia Wielkiej Brytanii dotyczące występowania zaburzeń psychicznych w populacji żołnierzy kontyngentu brytyjskiego biorącego udział w operacji Iraku Freedom. Spośród 2009 żołnierzy brytyjskich z przyczyn zdrowotnych ewakuowanych z Iraku w 2003 r. 10% spowodowane było zaburzeniami psychicznymi. 37% ewakuowanych zgłaszało przed wyjazdem na misję problemy wymagające konsultacji psychiatrycznej. Aż 72,4% ewakuowanych z powodów psychiatrycznych nie brało bezpośredniego udziału w działaniach wojennych (personel techniczny, kierowcy), jedynie 27,6% stanowili żołnierze z pododdziałów bojowych. Główną przyczyną zaburzeń psychicznych były czynniki środowiskowe – 38,5% (klimat gorący, konflikt zbrojny, alienacja), poza tym izolacja od rodziny i przyjaciół – 35,0%, patologiczne stosunki międzyludzkie w wojskowej społeczności – 7,7%. Zaledwie 3,4% zaburzeń było związanych z traumatycznym przeżyciem w strefie działań wojennych. Po zdiagnozowaniu pacjentów w ośrodkach klinicznych w Wielkiej Brytanii w 50,8% przypadków rozpoznano zaburzenia adaptacji, w 6,9% – ostrą reakcję na stres, a w 30,2% przypadków nie postawiono rozpoznania w związku z ustąpieniem objawów [49].

Zagrożenie utraty zdrowia lub życia związane z toczącym się konfliktem zbrojnym to niewątpliwie najistotniejszy czynnik traumatyczny w rejonie działania misji stabilizacyjnych. Istnieje jednak wiele innych stresorów, takich jak: szybkie tempo prowadzonych działań operacyjnych, ciężkie warunki atmosferyczne i terenowe, a także zaburzenia psychiczne lub stosowanie środków psychoaktywnych w wywiadzie, które mają wpływ na utratę lub zmianę poczucia własnej wartości, a w konsekwencji prowadzą do stanów lęku, depresji, rozdrażnienia [40].

## KADRA

Podczas pełnienia służby wojskowej poza granicami państwa, w rejonach, gdzie dochodzi do eskalacji konfliktu zbrojnego, niezwykle istotne staje się umiejętne dowodzenie zwartymi pododdziałami oraz autorytet kadry dowódczej wśród podwładnych. Autor pracy zabezpieczając medycznie Polskie Kontyngenty Wojskowe w Iraku i Afganistanie wielokrotnie przyjmował w trybie ambulatoryjnym pacjentów, którymi byli żołnierze pełniący służbę patrolową i wartowniczą, uskarżający się na zmęczenie fizyczne i psychiczne, związane z brakiem przestrzegania przez przełożonych odpowiedniej liczby godzin czasu wolnego w stosunku do liczby godzin służby.

Żołnierze wytykali swoim dowódcom brak doświadczenia w kierowaniu pododdziałami w warunkach wojennych. Narzekali również na brak możliwości stałego kontaktu z psychologiem. Misje w Iraku i Afganistanie potwierdzają fakt, że polski żołnierz uczy się od podstaw rzemiosła wojskowego w strefie działań wojennych i dotyczy to zarówno podwładnych, jak i przełożonych.

Doświadczony dowódca może w istotny sposób wpłynąć na zmniejszenie strat sanitarnych swoich podwładnych spowodowanych zaburzeniami psychicznymi. Wielu z żołnierzy, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenie na polu walki, może szybko wrócić do kontynuowania służby. Znaczącą rolę w tym procesie odgrywają psycholodzy pracujący w strefie działań wojennych, którzy podchodzą do zaistniałego zaburzenia jak do normalnej reakcji w nienormalnej sytuacji, a nie tchórzostwa objawiającego się unikaniem służby wojskowej [3]. Zaburzenia psychiatryczne w strefie działań wojennych rozpoznane i leczone bezpośrednio po traumatycznym zdarze-

niu, co najmniej w 90% przypadków pozwalają wrócić żołnierzom do pełnej kondycji psychicznej bez doznanego uszczerbku na zdrowiu [23]. Problemem staje się jednak unikanie przez wielu żołnierzy kontaktu z psychologiem lub psychiatrą.

Badania przeprowadzone przez Hoge'a i wsp. wśród żołnierzy U.S. Forces stacjonujących w Iraku i Afganistanie wykazały, że zaledwie 23-40% respondentów, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne, szukało pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w strefie działań wojennych. Główną przyczyną zaniechania kontaktu z psychologiem lub psychiatrą była obawa przed utratą zaufania współtowarzyszy pododdziału oraz opinia osoby słabej [18].

Analiza danych dotyczących zachorowalności i chorobowości w populacji Sił Zbrojnych USA jako modelowy przykład oceny zagrożeń zdrowotnych w rejonie operacji wojskowych w Iraku i Afganistanie nie jest przypadkowa. Personel wojskowy U.S. Forces stanowi zaledwie 1% populacji pracujących Amerykanów w wieku 18-45 lat (1,4 miliona żołnierzy), ale jest najlepiej zdiagnozowaną i konsultowaną pod względem medycznym grupą społeczną w Stanach Zjednoczonych.

W latach 1990-1999 hospitalizowano 1 529 323 żołnierzy amerykańskich wszystkich formacji wojskowych (Army, Air Force, Navy, Marines), z których 194 974 (13%) było spowodowanych chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Były one klasyfikowane według ICD-9, a następnie rozpatrywane w 8 podkategoriach: zaburzenia związane z uzależnieniem od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych, zaburzenia adaptacji, nastroju, osobowości, psychotyczne, lękowe, somatyczne/dysocjacyjne, inne). Wśród nich, 109 451 hospitalizacji (56%) dotyczyło przyjęć na oddziały psychiatryczne, 31 883 (16%) – przyjęć osób uzależnionych od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych na oddziały odwykowe, 53 640 (28%) – innych przyjęć (np. internistyczne). 161 038 (83%) hospitalizacji miało potwierdzone rozpoznanie psychiatryczne. Najczęściej rozpoznawane były: alkoholizm i uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia adaptacji oraz zaburzenia osobowości [19].

W latach 90. XX wieku 6% personelu Sił Zbrojnych USA w służbie czynnej leczyło się z powodu zaburzeń psychicznych [19]. Należy przypuszczać, że operacje wojskowe w Iraku i Afganistanie spowodują dalsze zwiększenie liczby pacjentów wymagających opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Żołnierze amerykańscy z zaburzeniami sfery psychogennej biorący udział w operacjach w Iraku i Afganistanie otrzymują pomoc psychologiczną i psychiatryczną na różnych poziomach opieki medycznej. W U.S. Forces funkcjonują zespoły psychoprofilaktyki przypisane do Combat Stress Control Units, Division Mental Health Sections i Combat Support Hospitals [11]. Wśród personelu wojskowego USA występują trzy grupy szczególnie narażone na stres w strefie działań wojennych: kobiety (nakładanie się molestowania bądź napadu na tle seksualnym), Afroamerykanie lub Latynosi (rasizm), osoby chore lub ranne w trakcie działań wojennych (nakładanie się zaburzeń fizycznych i psychicznych) [10].

Operacje wojskowe w Iraku i Afganistanie prowadzone są w czasie i miejscu obfitującym w wiele czynników stresogennych dotyczących każdego uczestnika misji stabilizacyjnej [9]. Często odczuwana bezradność, bezbronność, brak wpływu na dziejące się wokół wydarzenia zagrażające zdrowiu i życiu, uczestniczenie w walkach, w których było się świadkiem śmierci lub poważnych obrażeń ciała, zabicie przeciwnika, a więc drugiego człowieka, narażenie na niespodziewane ataki zagrażające życiu (zasadki, ładunki wybuchowe), widok masowych strat wojsk własnych, przeciwnika lub ludności cywilnej, zwłaszcza zmasakrowanych zwłok kobiet i dzieci, to sytuacje, które w szczególny sposób działają na psychikę ludzką [33].

Utrzymujące się lub nowo powstałe czynniki stresogenne stanowią niebezpieczeństwo rozwoju PTSD. Uczucie euforii

wywołanej szczęśliwym powrotem z wojny trwa krótko. W kraju żołnierze często napotykają nowe trudności, którym muszą stawić czoła, np. problemy rodzinne, rozpad małżeństwa spowodowany długotrwałą nieobecnością. Żołnierze zaczynają stanowić zagrożenie dla innych. Nadużywają alkoholu, korzystają z usług prostytutek (ryzyko zakażenia), nie poddają się leczeniu psychiatrycznemu [2].

Innym problemem staje się fakt, że znaczna grupa weteranów wojennych zamiast trafić na diagnostykę i ewentualne leczenie do psychiatrów, zostaje skierowana do lekarzy rodzinnych, którzy wielokrotnie albo nie rozpoznają zaburzeń albo bagatelizują problem. Na podstawie badań przeprowadzonych u 746 żołnierzy amerykańskich powracających z misji Iraci Freedom, w 86 przypadkach psychiatrzy rozpoznali PTSD (według Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition). Uprzednio pacjenci ci trafili do lekarzy rodzinnych, którzy postawili prawidłowe rozpoznanie zaledwie w 46,5% przypadków [34].

U weteranów wojennych z zaburzeniami psychicznymi liczone są reakcje od poczucia bezradności i strachu po napady agresji. Należy jednak wziąć pod uwagę, że nie u każdego, kto przeżył silne zdarzenie traumatyczne, rozwinię się PTSD lub inne zaburzenia psychiczne [27].

Zaburzenia sfery psychogennej powstałe na współczesnym polu walki są zazwyczaj jasno określone (ostra reakcja na stres, zespół stresu pourazowego). Są jednak też takie, których nie udało się zdiagnozować. Zostały one opisane pod określonymi nazwami – soldier's heart, effort syndrome, non-ulcer dyspepsia, effect of Agent Orange, Gulf War Syndrome. Te przypadkowe postawione rozpoznania obejmują wiele czynników etiologicznych, takich jak: wpływ klimatu gorącego, objawy niepożądane po szczepieniach, stosowanych lekach, skażenie atmosfery spowodowane palącymi się szymbami naftowymi, stosowanie pocisków ze zubożonym uranem [21]. Zdarzają się również proste wytłumaczenia istniejących zaburzeń.

Służby medyczne Sił Zbrojnych Izraela definiują na przykład ASD (acute stress disorder) jako normalną i przejściową reakcję na przeżycie traumatyczne, które wydarzyło się w niekorzystnych warunkach środowiskowych, takich jak brak żywności, snu, wsparcia kolegów i przełożonych [44].

Ponad 90% żołnierzy ciężko rannych na polu walki przeżywa głównie dzięki współczesnemu wyposażeniu (hełmy, kamizelki) oraz sprawnej ewakuacji medycznej i szybkiej stabilizacji funkcji życiowych od momentu zranienia [12]. Mimo to, często dochodzi do amputacji pourazowej kończyn, utraty wzroku lub innego rodzaju inwalidztwa. Badania przeprowadzone wśród żołnierzy amerykańskich biorących udział w konflikcie wietnamskim wykazały, że zwłaszcza ciężko ranni byli grupą dużego ryzyka rozwinięcia się zaburzeń psychicznych [42]. Dlatego niezwykle ważne jest jednoczesne leczenie niesprawności fizycznej i rehabilitacja psychiczna.

Badania przeprowadzone przez Hoge'a i wsp. wśród żołnierzy amerykańskich powracających ze służby poza granicami państwa w latach 2003-2004 wykazały zaburzenia psychiczne, głównie pod postacią PTSD i stanów depresyjnych u 19,1% uczestników operacji Iraci Freedom (n = 222 620), 11,3% uczestników Enduring Freedom (n = 16 318), i 8,5% biorących udział w innych operacjach wojskowych na świecie (n = 64 967) [17].

Liczba personelu wojskowego, który przeżył traumatyczne zdarzenie biorąc bezpośredni udział w walce ulega systematycznie zmniejszeniu w ostatnich dziesięcioleciach. O ile w czasie I Wojny Światowej aż 73,4% żołnierzy było bezpośrednio zaangażowanych w walkę z przeciwnikiem, o tyle w czasie II Wojny Światowej 52%, a podczas operacji Pustynna Burza już tylko 19,8% [22]. Mimo to, straty sanitarne spowodowane zaburzeniami psychicznymi w dalszym ciągu stanowią znaczny procent populacji wykonującej zadania w strefie działań wojennych.

## PIŚMIENNICTWO

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Text Revision. American Psychiatric Press, Washington DC 2000, 463-468.
- American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, American Journal of Psychiatry 2004, 161, suppl. 11.
- Bradshaw D.M.: *Combat Stress Casualties: A Commander's Influence*, Military Review 1995, 7-8, 20-22.
- Cozza S.J., Benedek D.M., Bradley J.C., Grieger T.A. i wsp.: *Topics specific to the psychiatric treatment of military personnel*. In: The Iraq War Clinician Guide. 2nd ed. White River Station. National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs 2004, 4-20. <<http://www.ncptsd.va.gov/war/guide/index.html>>
- Department of Veterans Affairs*. Report No. 06-03706. Office of Inspector General, Washington DC, 10 May 2007.
- Dóczyński M., Grecki M.: *Stres na współczesnym polu walki*. Lekarz Wojskowy 1994, 3-4, 123-127.
- Erbes C., Westermeyer J., Engdahl B., Johnsen E.: *Post-traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan*, Military Medicine, 2007, 172, 359-363.
- Field Manual FM 8-51. *Combat stress control in a theater of operations tactics, techniques, and procedures*. Headquarters, Department of the Army, Washington DC 1994.
- Friedman M.J.: *Posttraumatic Stress Disorder Among Military Returnees From Afghanistan and Iraq*, American Journal of Psychiatry 2006, 163, 586-593.
- Friedman M.J., Schnurr P.P., McDonagh-Coyle A.: *Post-traumatic stress disorder in the military veteran*, The Psychiatric Clinics of North America 1994, 17, 2, 265-277.
- Forsten R., Schneider B.: *Treatment of the stress casualty during operation Iraqi Freedom*, The Psychiatric Quarterly 2005, 76, 4, 343-350.
- Gawande A.: *Casualties of war: military care for the wounded from Iraq and Afghanistan*, The New England Journal of Medicine 2004, 351, 2471-2475.
- Grieger T.A., Cozza S.J., Ursano R.J., Hodge C.: *Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battle-Injured Soldiers*, American Journal of Psychiatry 2006, 163, 1777-1783.
- Gruszczyński W.: *Zaburzenia psychiczne w czasie wojny u żołnierzy*. W: Florkowski A., Gruszczyński W. *Zdrowie psychiczne żołnierzy*, Łódź 2000.
- Helmer D.A., Rossignol M., Blatt M., Agarwal R. i wsp.: *Health and Exposure Concerns of Veterans Deployed to Iraq and Afghanistan*, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2007, 49, 475-480.
- Henzler M.: *Kolejno odbij. Nalogi w armii*. Polityka nr 43, 2424. Accessed: 25.10.2004. <<http://www.polityka.pl>>
- Hoge C.W., Auchterlone J.L., Milliken C.S.: *Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq and Afghanistan*, Journal of the American Medical Association, 2006, 295, 1023-1032.
- Hoge C.W., Lesikar S.E., Guevara R., Lange J. i wsp.: *Mental Disorders Among U.S. Military Personnel in the 1990s: Association With High Levels of Health Care Utilization and Early Military Attrition*, American Journal of Psychiatry, 2002, 159, 1576-1583.
- Hoge C.W., Terhakopian A., Castro C.A., Messer S.C. i wsp.: *Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans*, American Journal of Psychiatry, 2007, 164, 150-153.
- Hodge C.W., Castro C.A., Messer S.C., McGurk D. i wsp.: *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care*, The New England Journal of Medicine, 2004, 351, 13-22.
- Jones E.: *Historical approaches to post-combat disorders*, Philosophical Transactions of the Royal Society B, 2006, 361, 533-542.
- Jones E. i wsp.: *Postcombat syndromes from the Boer War to the Gulf: a cluster analysis of their nature and attribution*, British Medical Journal, 2002, 324, 321-324.
- Jones E., Wessely S.: *Psychiatric battle casualties: an intra- and interwar comparison*, British Journal of Psychiatry, 2001, 178, 242-247.
- Kang H.K., Natelson B.H., Maran C.M., Lee K.Y. i wsp.: *Posttraumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans*, American Journal of Epidemiology, 2003, 157, 141-148.
- Kazis L.E., Miller D.R., Clark J. i wsp.: *Health-related quality of life in patients served by the Department of Veterans Affairs: results from the Veterans Health Study*, Archives of Internal Medicine 1998, 158, 626-632.
- Kocur J.: *Zespoły przeciążenia*, Lekarz Wojskowy, 1984, 3-4, 173-176.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. i wsp.: *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*, Archives of General Psychiatry, 1995, 52, 1048-1060.
- Kolkow T.T., Spira J.L., Morse J.S., Grieger T.A.: *Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan*, Military Medicine 2007, 172, 451-455.
- Korzeniewski K.: *Przyczyny ewakuacji do kraju żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego pełniących służbę w Iraku*, Lekarz Wojskowy, 2005, 81, 3, 163-166.

30. Korzeniewski K.: *Kwalifikacja zdrowotna kandydatów do służby poza granicami państwa w misjach pokojowych i stabilizacyjnych*, Lekarz Wojskowy, 2005, 81, 3, 206-209.
31. Kowalski M., Bujakiewicz J.: *Wojna w głowach*. Gazeta Wyborcza. Accessed: 20.09.2004. <<http://www.gazetawyborcza.pl>>
32. Lemanowicz P., Daroszevska T.: *Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych*. Poradnik dla dowódców. Departament Wychowania i Promocji Obronności MON, Warszawa, 2004.
33. Litz B., Orsillo S.M.: *The returning veteran of the Iraq war: background issues and assessment guidelines*. In: The Iraq War Clinician Guide. 2nd ed. White River Station. National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs 2004, 21-32. <<http://www.ncptsd.va.gov/war/guide/index.html>>
34. Magruder K.M., Frueh B.C., Knapp R.G., Davis L. i wsp.: *Prevalence of posttraumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics*, General Hospital Psychiatry, 2005, 27, 169-179.
35. Ministerstwo Obrony Narodowej. *Alkohol. Świadome ryzyko*. Departament Wychowania i Promocji Obronności, Warszawa 2006.
36. Ministerstwo Obrony Narodowej. *Problematyka samobójstw*. Wybrane zagadnienia. Departament Wychowania i Promocji Obronności, Warszawa, 2006.
37. Mitka M.: *Veterans and Suicide*, Journal of the American Medical Association 2007, 297:2686.
38. Neal L.A., Green G., Turner M.A.: *Post-traumatic stress and disability*, British Journal of Psychiatry 2004, 184, 247-250.
39. Okie S.: *Reconstructing lives – a tale of two soldiers*, The New England Journal of Medicine 2006, 355:2609-2615.
40. Reyes V.A., Hicklin T.A.: *Anger in the Combat Zone*, Military Medicine, 2005, 170, 6, 483-487.
41. Rundell J.R.: *Somatofor-spectrum diagnoses among medically evacuated "Operation Endurig Freedom" and "Operation Iraqi Freedom" personnel*, Psychosomatics, 2007, 48, 2, 149-153.
42. Schlenger W.E., Kulka R.A., Fairbank J.A., Hough R.L. i wsp.: *The prevalence of post-traumatic stress disorder in the Vietnam generation: a multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder*, Journal of Traumatic Stress, 1992, 5, 333-363.
43. Seal K.H., Bertenthal D., Miner C.R., Sen S. i wsp.: *Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103788 US Veterans Returning From Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities*, Archives of Internal Medicine, 2007, 167, 476-482.
44. Shalom D., Benbenishty R., Salomon Z.: *Mental health officers' causal explanations of combat stress reaction*, Journal of Traumatic Stress, 1995, 8, 259-269.
45. Southwick S.M., Morgan C.A. 3rd, Darnell A., Bremner D. i wsp.: *Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up*, American Journal of Psychiatry, 1995, 152, 1150-1155.
46. Stars and Stripes. Mideast Edition. *Suicide rate higher among GIs in Iraq*. Accessed: 26.03.2004. <<http://stripes.com>>
47. Stretch R.: *Follow-Up Studies of Veterans*. In: Textbook of Military Medicine: War Psychiatry. Office of the Surgeon General, Department of the Army, July 1995, 457-472.
48. Stretch R.: *Incidence and etiology of post-traumatic stress disorder among active duty Army personnel*, Journal of Applied Social Psychology, 1986, 16, 464-481.
49. Turner M.A., Kiernan M.D., McKechnie A.G., Finch P.J.C. i wsp.: *Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq*, British Journal of Psychiatry, 2005, 186, 476-479.
50. West A.N., Weeks W.B.: *Mental Distress Among Younger Veterans Before, During, and After the Invasion of Iraq*, Psychiatric Services, 2006, 57, 244-248.
51. Wilk J., Wiśniewski A.: *Przygotowanie i przebieg terapii żołnierzy dotkniętych zespołem stresu pola walki w Klinicznym Oddziale Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy*. Valetudinaria. Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej, 2004, 2, 43-46.
52. Wilson J.F.: *Posttraumatic Stress Disorder Needs to Be Recognized in Primary Care*, Annals of Internal Medicine 2007, 146, 8, 617-620.

Adres: Krzysztof Korzeniewski, Wojskowy Instytut Medyczny, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej, ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia 3, tel. 0608 322 676, e-mail: kktropmed@wp.pl

## Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa nt. „Terroryzm a zabezpieczenie imprez masowych”

13-15 listopada 2008 r.  
Waplewo

**Organizator:** Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii CSK MON,  
Wojskowy Instytut Medyczny, 00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128,  
tel./faks (0 22) 6-816-588, e-mail: tplusa@wim.mil.pl