

Problemy zdrowia psychicznego najmłodszego pokolenia weteranów amerykańskich

Mental health problems of the youngest generation of American veterans

Jarosław R. Romaniuk

Jack, Joseph and Morton Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University;
dean: Grover C. Gilmore

Streszczenie. Zagrożenia dla życia i zdrowia żołnierzy zależą od charakteru działań wojennych. Aby przygotować żołnierzy do nowych form walki, należy poznać wyzwania, z jakimi będą się spotykać zarówno w trakcie działań bojowych, jak i po powrocie z wojny. W okresie od 2001 do 2015 r. 1,2 miliona żołnierzy amerykańskich, którzy brali udział w walkach w Iraku i Afganistanie, skorzystało ze specjalistycznej służby zdrowia Departamentu do Spraw Weteranów (Veteran Affairs – VA). Analiza przeprowadzanych interwencji medycznych umożliwia ocenę długotrwałych skutków działań wojennych, z których część może się ujawnić dopiero po powrocie żołnierzy do życia cywilnego. W pracy przedstawiono zakresy badań dotyczących problemów zdrowia psychicznego żołnierzy po powrocie z Afganistanu i Iraku. Weterani niechętnie zgłaszają się na badania zdrowia psychicznego, a ewentualne problemy związane z powrotem z wojny starają się rozwiązać we własnym zakresie. Wiele przypadków stresu pourazowego i urazów mózgu pozostaje niezdiagnozowanych, zwiększa się za to spożycie środków przeciwbólowych i odurzających. Dlatego też weterani często zgłaszają się po pomoc wiele miesięcy, a nawet lat po powrocie z wojska. Gwałtowne zwiększenie częstości występowania skomplikowanych problemów psychicznych wśród nowej generacji weteranów spowodowało konieczność zmian struktury lecznictwa USA i specjalistycznego przygotowania środowiska medycznego do nowych wyzwań.

Słowa kluczowe: weterani – Irak i Afganistan, zespół stresu pourazowego, uzależnienia, służba zdrowia

Abstract. Wartime activities determine the threats to a soldier's life and health. To prepare soldiers for a new forms of warfare, one should know the challenges the soldier faces in the midst of battle and after returning home. From 2001 to 2015, 1.2 million American soldiers returning from Iraq and Afghanistan used the health care services of the Department of Veterans' Affairs. An analysis of the resulting medical interventions makes possible a long term evaluation of the effects of war, some of which appear only after the soldier returns to civilian life. This study analyzes the research on the mental health problems of soldiers who have returned from Afghanistan and Iraq. Veterans report mental health problems reluctantly; they try to solve the problems connected to their return from war on their own. Many cases of traumatic brain injury and post-traumatic stress are left undiagnosed, while the use of pain relievers and other drugs increases. As a result, veterans may seek help only many months or even years after leaving the military. The sudden increase in the appearance of complex mental health problems among this new generation of veterans necessitated changes in the US healthcare structure and in specialized medical training to meet this new challenge.

Key words: addiction, health care, Iraq and Afghanistan Veterans, PTSD

Nadesłano: 27.09.2018. Przyjęto do druku: 10.12.2018
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2019; 97 (1): 50–55
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji
dr hab. n. przyrod. Jarosław R. Romaniuk
Jack, Joseph and Morton Mandel School
of Applied Social Sciences, CWRU
11 235 Bellflower Rd, Cleveland, OH 44 106, USA
e-mail: jrr3@case.edu

Każda wojna przynosi nowe doświadczenia. Im szybciej zostaną one ocenione i zrozumiane, tym skuteczniej można bronić się przed stratami wojennymi. Dlatego

też doświadczenia wojsk koalicji w Iraku i Afganistanie po 2002 r. poddawane są wielu badaniom i dyskusjom. Z jednej strony specyficzne problemy zdrowotne

powracających żołnierzy zmuszają do ciągłych zmian w systemie leczenia weteranów, a z drugiej działania wojenne zamiast ustać, przybierają nowe groźne formy. W tej sytuacji należy z większą uwagą określić zagrożenia, jakie mogą towarzyszyć współczesnej wojnie [1,2].

Chociaż specyfika doświadczeń żołnierzy Wojska Polskiego poza granicami państwa jest różna od amerykańskiej, to ogólne doświadczenia po powrocie z walk są zbliżone. Badania prowadzone przez kraje koalicji, takie jak Wielka Brytania czy Polska, dotyczą wybranych grup żołnierzy, podczas gdy Amerykanie objęli badaniami większość żołnierzy biorących udział w działaniach wojennych. Z tych powodów prześledzenie danych amerykańskich jest istotne dla planowania systemu opieki zdrowotnej dla wszystkich żołnierzy koalicji. Większość danych wykorzystanych w tej pracy pochodzi z opracowań służby zdrowia Departamentu ds. Weteranów (Department Veteran Affairs – VA) z lat 2001–2015, opublikowanych w 2017 r., oraz z dyskusji dotyczących potrzeb ochrony zdrowia psychicznego nowej generacji weteranów amerykańskich [3-6].

Wojna to dla wielu fascynujące osiągnięcia w technice zbrojeniowej i nowe metody walki zbrojnej. Dla żołnierzy wracających z Iraku to przeszłość, historia, którą trudno opowiedzieć i jeszcze trudniej z nią żyć.

Różne są powody, dla których młody Amerykanin wstępuje do wojska. Patriotyzm, chęć zrobienia czegoś ważnego w życiu, brak pomysłów na życie, ucieczka z domu czy potrzeba zmiany... Bez względu na doraźny powód takiej decyzji, często towarzyszy jej kalkulacja odnosząca się do przyszłości: zdobycie środków do założenia rodziny, nauczenie się zawodu, ułożenie sobie życia czy ogólnie rozumiane osiągnięcie **poczucia męskości**. Młode kobiety chcą dorównać mężczyznom, wykazać się swoimi zdolnościami i zdobyć własną tożsamość kształtowaną w sytuacjach ekstremalnych [1,7].

Spółeczeństwo amerykańskie bardzo dobrze pamięta krzywdę wyrządzoną weteranom wojny w Wietnamie, kiedy to krytykując wojnę, obwinięto o nią tych, którzy tam walczyli. Tym razem dyskusje na temat wojny i jej społeczna ocena nie mają wpływu na wyrazy uznania, szacunku i troski wobec żołnierzy. Pojawia się coraz więcej prac naukowych poświęconych temu, jak działania wojenne wpływają na zdrowie i życie żołnierzy. Wyniki tych prac są natychmiast uwzględniane w polityce służby zdrowia, tak aby lekarze i terapeuci byli przygotowani na ujawniające się potrzeby powracających żołnierzy [2,3,8].

Pułkownik dr Tom Burke z Departamentu Obrony USA, który odpowiadał za program ochrony zdrowia psychicznego żołnierzy, twierdził, że wojna zmienia każdego, który brał w niej udział. Dlatego wszelkie kalkulacje żołnierza dotyczące jego przyszłości ulegają radykalnym zmianom po powrocie z wojny. Istnieje wiele wymiarów, w których dochodzi do bolesnego rozdzwieniu

między oczekiwaniami a rzeczywistością. Pierwszym jest powrót do domu, pozostałe związane są ze stanem zdrowia [9].

Na przeszkolenie wojskowe, a później na wojnę, wybierają się młodzi ludzie, którzy niedawno ukończyli szkołę, mieszkali jeszcze z rodzicami albo właśnie planowali założyć rodzinę. Z wojska wracają do środowiska, które się zmieniło. Przyjaciele i osoby bliskie ich sercu są w innych układach, zmienili plany życiowe, a często i adresy. Praca, na którą żołnierz liczył, już nie istnieje, bo ostatni kryzys ekonomiczny zmienił wszystko. Zawód, którego się wyuczył w wojsku, nie ma odpowiednika w życiu cywilnym. Każdy pracodawca pyta o certyfikaty i dyplomy, których wojsko nie daje [9].

Żołnierz ostatnie miesiące przed powrotem spędzał w atmosferze zażyłości, wśród tych, którzy osłaniali go przed niebezpieczeństwem. Słuchał zwierzchników, którym zawierzał życie. To właśnie życie było największym darem, który trzeba było chronić przy każdym drgnięciu serca. Żołnierz widział, jak łatwo było je stracić. Teraz nie wie, jak mógłby o tym innym opowiedzieć. Czuje się obcy wśród tych, którzy nie byli w Iraku lub Afganistanie. Nie może wrócić na wojnę i boi się zostać w domu [10,11]. Żołnierz jest nauczony, że ma sobie dać radę sam. Ma mało mówić i być zawsze gotowy do działania. Nie ma miejsca na choroby ani na złe samopoczucie. A już na pewno nie ma miejsca na wątpliwości natury moralnej czy egzystencjalnej. Tak było podczas walk i tak pozostaje po powrocie do domu. Żołnierze nie zgłaszają się na leczenie. Gdy dolega ból fizyczny, są bardziej skłonni do szukania pomocy. W przypadku bólu psychicznego ani myślą zwracać się o pomoc do służby zdrowia. Dopiero kryzys, interwencja rodziny lub osób bliskich może ich zmobilizować do wizyty u lekarza lub zgłoszenia się na terapię. Ale i wtedy z trudem poddają się leczeniu, które przecież polega na mówieniu o swoich emocjach i problemach [8,12]. Zgodnie z oficjalnymi danymi Biura Zdrowia Publicznego Departamentu VA, w okresie od 1 października 2001 do 30 czerwca 2015 r. prawie 2 miliony weteranów, którzy brali udział w działaniach wojennych w Iraku i Afganistanie, uzyskało prawa do korzystania ze służby zdrowia VA. Z tej liczby 1,2 miliona szukało pomocy w placówkach VA i właśnie o tej grupie wiemy najwięcej.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że grupa weteranów wojen w Iraku i Afganistanie stanowi 10% wszystkich weteranów leczonych przez służbę zdrowia VA. Aby odróżnić najmłodszą generację weteranów od innych, często używa się dla niej skrótu OEF/OIF/OND, od nazw Operations Enduring Freedom, Operation Iraqi Freedom, New Dawn. W tej grupie 88% stanowią mężczyźni, a 12% kobiety. Dwie najliczniejsze grupy wiekowe to urodzeni w latach 1980–1989 (48%) i w latach 1970–1979 (25%) [3].

Wśród pacjentów VA tej najmłodszej generacji weteranów najczęściej występują zaburzenia dotyczące

układu mięśniowo-szkieletowego, zdrowia psychicznego i ogólnie trudnego do zdefiniowania w chwili badania stanu zdrowia (w tym mogą być objawy dotyczące układu oddechowego, klatki piersiowej oraz głowy i szyi). Kolejną grupą były zaburzenia układu trawienego. W procentach liczba przypadków zdiagnozowanych zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego w badanym okresie wyniosła 62%, dotyczących zdrowia psychicznego 58%, układu nerwowego 51%, a problemów trudnych do zdiagnozowania 59% (suma jest większa od 100%, ponieważ różne problemy zdrowotne mogą współwystępować) [3]. Wśród problemów zdrowia psychicznego najczęściej występuje zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). Rozpoznanie PTSD ustalono w ponad 393 tys. przypadków. Następne pod względem liczebności są niepsychotyczne zaburzenia depresyjne (ponad 321 tys.), zaburzenia nerwicowe (ponad 309 tys.) i zaburzenia afektywne (ponad 203 tys.). Po zaburzeniach nastroju najczęściej występują problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych: uzależnienie od alkoholu zdiagnozowano u ponad 92 tys., a od substancji psychoaktywnych u około 54 tys. weteranów. Nadużywanie (bez diagnozy uzależnienia) tych substancji stwierdzono u około 73 tys. weteranów. Jednym z nowych zjawisk jest zwiększenie liczby uzależnień od leków, zwłaszcza od opiatów. Zwiększa się również liczba wypadków śmiertelnych w wyniku przedawkowania leków [12,13].

Wyniki badań stanu zdrowia żołnierzy OEF/OIF/OND wpłynęły na ocenę i zmianę systemu leczenia weteranów. Pierwsze, najczęściej cytowane dane dotyczące problemów zdrowia psychicznego żołnierzy w Iraku pochodzą z badań Hoge'a i wsp. z Walter Reed Army Institute of Research. Poważne problemy w zakresie zdrowia psychicznego stwierdzono u 30% żołnierzy badanych w 3. i 4. miesiącu po powrocie z Iraku. Ogólnie uważa się, że służba zdrowia i przygotowanie żołnierzy do walki w tej wojnie są znacznie lepsze niż w poprzednich. Tymi warunkami tłumaczy się obserwację, że w Iraku więcej rannych przeżywa, ale też więcej żołnierzy potrzebuje intensywnej i długotrwałej terapii po powrocie do kraju. Specyfiką tej ostatniej wojny są urazy mózgu. Od kilku lat każdy pracownik służby zdrowia VA musi przejść specjalne szkolenie dotyczące rozpoznania i procesów leczenia osób z urazami mózgu [1,8].

Uważa się, że urazy mózgu (*traumatic brain injury* – TBI) w 25% procentach przypadków nie są zdiagnozowane. Dzieje się tak dlatego, że TBI może być niewykrywalne współczesnymi metodami badania mózgu. Metody obrazowania mogą nie wykryć urazów polegających na przerwaniu mikroskopijnych połączeń neuronalnych w mózgu. Każde wstrząśnienie mózgu, któremu towarzyszy utrata przytomności, może prowadzić do TBI. Pierwsze objawy mijają szybko i dopiero kilka miesięcy po powrocie do domu rodzina zaczyna się niepokoić,

obserwując zmiany osobowości syna czy męża. Wśród tych zmian najczęściej występują problemy z pamięcią, koncentracją i podejmowaniem decyzji. Weteran szybko się męczy, okazuje zniechęcenie i często bywa poirytowany. Może przejawiać agresywność, która – połączona z nadużywaniem alkoholu – bywa poważnym problemem. Osoby z TBI mają wrażenie, jakby wszystko wokół nich działo się za szybko. Ich zdolność percepcji jest znacznie mniejsza [8].

Wiele osób z TBI nie rozumie swojej sytuacji. Czują, że dzieje się z nimi coś złego, ale nie wiedzą, co. Okazało się, że TBI zwiększa predyspozycje do nadużywania alkoholu i innych środków odurzających. Wtedy jeszcze trudniej o właściwą diagnozę, ponieważ objawy TBI i uzależnień od środków psychoaktywnych w dużym stopniu się pokrywają. W dodatku nierzadko część objawów ma swoje niezależne podłoże w towarzyszących urazom zaburzeniach lękowych, dysocjacyjnych, depresji lub PTSD [2,3]. Badania wskazują, że jeden na pięciu powracających weteranów ma objawy PTSD. Ale wśród żołnierzy, którzy byli ranni i doświadczyli utraty przytomności, liczba zdiagnozowanych przypadków PTSD rośnie do 40% [1,10]. PTSD może być wywołany zagrożeniem życia lub traumatycznym przeżyciem, do którego w danym momencie człowiek nie był przygotowany. W jednej sekundzie zostaje zburzone poczucie bezpieczeństwa, a intensywność przeżycia i nagłość następujących po sobie wypadków nie pozwala normalnym procesom poznawczym ogarnąć i zrozumieć sytuację. Zostaje zapamiętany czysty żywy lęk przed nienazwanym. Osoby z PTSD mają problemy z pamięcią, snem i kontrolą emocji. Bardzo często izolują się od swego środowiska i unikają sytuacji mogących wywołać „demony, które kryją się w ich ciele”. Wiele osób z objawami PTSD nie rozumie swoich odczuć i zachowań. Myślą, że tracą rozum. Rodzina często pogłębia ten problem przez brak cierpliwości i żądania, by się otrząsnęli i zaczęli zachowywać normalnie.

W przypadku kobiet jest jeszcze gorzej. Wielu pracowników ogólnej służby zdrowia nie pyta, czy kobieta służyła w wojsku, a pacjentka sama z siebie nawet o tym nie wspomni. U kobiet rzadko diagnozuje się PTSD, częściej depresję lub zaburzenia lękowe [8,14].

Wybuch bomby wywołuje zarówno fizyczne, jak i psychiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Może spowodować zarówno uraz mózgu, jak i zburzyć poczucie bezpieczeństwa. Dlatego tak trudno odróżnić objawy PTSD od TBI. Uważa się, że jedynym objawem, jakim TBI różni się od PTSD, jest silny ból głowy, który często towarzyszy TBI. Osoby cierpiące z powodu objawów PTSD i TBI często poszukują uwolnienia od negatywnych odczuć za pomocą środków odurzających. Okazało się, że głównym czynnikiem zwiększającym ryzyko uzależnienia od środków psychoaktywnych jest wiara, że one faktycznie pomagają w rozwiązywaniu

problemów psychicznych. W rzeczywistości alkohol i inne substancje chemiczne, które prowadzą do uzależnień, tylko zwiększają skalę problemów [12,13].

Wśród kobiet najczęstszą przyczyną PTSD, depresji i innych zaburzeń nastroju są urazy spowodowane przemocą seksualną. Podaje się, że do 15% kobiet służących w wojsku narażonych było na różne formy dręczenia i napaści o podłożu seksualnym. Ofiarami przemocy seksualnej mogą być również mężczyźni. Procent przypadków wykorzystania seksualnego wśród mężczyzn jest znacznie niższy i w badaniach, które podają największe wartości, dochodzi do poziomu 1%. Jeśli jednak uwzględnimy fakt, że w wojsku jest około dziesięć razy więcej mężczyzn niż kobiet, okaże się, że bezwzględne liczby mężczyzn i kobiet, ofiar przemocy seksualnej, są tego samego rzędu. Jest to bardzo ważna informacja przy planowaniu specjalistycznej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej dla ofiar przeżyć traumatycznych [15].

Do niedawna mężczyzna, który był ofiarą przemocy seksualnej w wojsku, miał utrudnioną możliwość szukania pomocy. Przyznanie się do aktu seksualnego, nawet gdy był to gwałt, mogło być traktowane jako udział w akcie homoseksualnym i na tej podstawie ofiarę przemocy można było zwolnić z wojska. Od czasu, gdy geje i lesbijki pełnią służbę wojskową na równi z osobami heteroseksualnymi, wszelkie przypadki przemocy seksualnej, niezależnie od orientacji seksualnej osoby poszkodowanej, nie mogą już być ukrywane pod groźbą wydalenia z wojska. W dalszym ciągu pozostaje jednak problem, czy ofiara zgłosi przypadek przemocy seksualnej swoim przełożonym [15].

Najczęstszą reakcją na problemy natury psychicznej w wojsku jest nadużywanie substancji psychoaktywnych. Po doświadczeniach okresu wojny wietnamskiej, gdy zwiększenie liczby przypadków uzależnień od narkotyków był dramatyczny, Departament Obrony wprowadził zasadę zero tolerancji dla stosowania zabronionych substancji odurzających, takich jak opiaty, kokaina czy amfetamina. Dzięki zastosowaniu testów na obecność tych substancji w moczu obserwuje się wyraźne zmniejszenie spożycia substancji zabronionych w wojsku i uważa się, że problem ich nadużywania dotyczy zaledwie 3% żołnierzy. Zwiększa się natomiast spożycie substancji przeciwbólowych i psychoaktywnych wydawanych na recepty. W grupie weteranów szukających pomocy w zakładach VA liczebność osób z problemem alkoholowym jest znacznie większa i sięga 10%, a z problemami z związanymi nadużywaniem innych substancji psychoaktywnych wzrosła do 5% [12,13,16]. Wspomniany wyuczony nakaz, że żołnierz zawsze musi sam sobie dać radę, jest przyczyną niechęci weteranów do szukania pomocy w placówkach służby zdrowia psychicznego. Żołnierz boi się, że idąc do terapeuty czy psychiatry, może zaprzepaścić swoją karierę wojskową. Wiele problemów zdrowia psychicznego jest również

niedostrzeganych lub zaniedbywanych przez służbę zdrowia. Stwierdzono na przykład, że w grupie ponad 56 tys. weteranów, spośród których 12% przyznało się do nadużywania alkoholu, tylko 0,2% zostało skierowanych na leczenie. Z kolei z tej niewielkiej grupy tylko 29 weteranów było przyjętych na terapię w ciągu mniej niż 90 dni [12,13]. W badaniach, w których porównano warunki leczenia weteranów i nieweteranów, stwierdzono, że weterani zgłaszają się po pomoc z uzależnieniem średnio 4 lata później i osiągają abstynencję 7 lat później niż nieweterani. Związane to jest zarówno z dominującym przekonaniem, że żołnierz sam powinien sobie dać radę, jak również z uwarunkowanym historycznie niechętnym nastawieniem systemu zdrowia do uzależnionych od środków psychoaktywnych wojskowych [12,13,16]. Dlatego powstają specjalne programy, które mają osłabić stygmatyzujący wpływ rozpoznania uzależnień i zaburzeń psychicznych na motywacje poszukiwania pomocy przez weteranów. Jednym z nich jest tzw. Battlemind, który wykorzystuje wyuczone formy zachowania żołnierzy do pokonywania trudności w walce. Założenie tego programu jest takie, że jeżeli żołnierz dał sobie radę na wojnie, to tak samo może poradzić sobie z problemem, który przywiózł z wojny. Aby podolać problemom natury psychicznej, musi wykorzystywać możliwości, jakie oferuje mu współczesny system ochrony zdrowia VA [17].

Wszystkie wymienione powyżej problemy nakładają się na zjawisko, które najbardziej porusza społeczeństwo amerykańskie. Jest nim znacznie większy wskaźnik liczby samobójstw wśród żołnierzy powracających z Iraku w porównaniu z resztą populacji. Część źródeł podaje, że liczba samobójstw wśród weteranów jest ponaddwukrotnie większa niż w przypadku młodych ludzi, którzy nie są weteranami. Prasa cytuje wypowiedź ze źródeł VA, że liczba samobójstw przekroczyła już liczbę żołnierzy, którzy zginęli w walce. Wiele samobójstw towarzyszy uzależnieniom od substancji psychoaktywnych, w tym od leków [1,6].

Najwięcej przypadków samobójstw występuje w grupach, które są najbardziej narażone na chroniczny stres. Do takich grup należą geje i lesbijki. Ostatnie zmiany w oficjalnym statusie osób o orientacji homoseksualnej w wojsku na pewno doprowadzą do zmiany zachowań, w tym do zmniejszenia występowania zachowań przemocowych w wojsku. Za wcześniej jednak na ogólne wnioski i analizy. Pracuje się nad zmianą kultury wojskowej przez wprowadzanie treningów odporności psychicznej na stres i przeciwdziałanie różnym formom mobbingu [15,18].

Aby zrozumieć skalę problemów, z jakimi mają do czynienia żołnierze powracający z Iraku i Afganistanu, prowadzi się wiele rozmów z wybranymi grupami weteranów i ich rodzinami. To właśnie podczas takich rozmów poznaje się problemy, które wcześniej

wymykały się badaniom. Najczęściej pojawia się żal do rodziny, do najbliższych, że nie rozumieją, że nie czekali, że nie mają cierpliwości, a oni ciągle nie mogą się pozbierać. Nie umieją rozmawiać o wojnie. Każdy pyta o wrażenia z Iraku, a przecież nie można komuś opowiedzieć o okropnościach wojny, jeśli ten ktoś tego nie przeżył. Weterani chcą zostać sami. Nie umieją odnaleźć się w świecie, który od nich odszedł. Mają kłopoty z radzeniem sobie z emocjami i częstymi wybuchami złości. Reagują gwałtownie na każdy nieoczekiwany dźwięk. Boją się każdego przedmiotu, który leży na ich drodze. Boją się wejść na trawnik, bo pamiętają, że tam może być bomba. Często chorują. Jeśli pracują, często muszą się zwalniać z powodu wizyt u lekarza. Dużo piją i palą. Nie mogą spać. Rodziny cierpią i często kończy się to rozwodami [8,9].

Jak można pomóc weteranom? Przede wszystkim przez przygotowanie ich do życia po wojnie [3,9,12]. Tak jak potrzebny był trening wojskowy przed misją, tak potrzebny jest trening do życia w cywilu. Do życia, które już nigdy nie będzie takie samo. Żołnierze muszą zrozumieć, w jaki sposób płacą za przeżycie wojny. Powinni zdawać sobie sprawę, że kłopoty, z jakimi mają do czynienia po powrocie z Iraku, mogą oznaczać, że cierpią na TBI albo PTSD. Rodziny weteranów powinny uzyskać taką samą informację, aby umieć rozpoznać i poradzić sobie z trudnościami, jakie pojawiają się po szczęśliwym powrocie ich bliskiego. Dodatkowo będą potrzebne specyficzne zajęcia terapeutyczne i usługi. Wielu weteranów będzie poszukiwać zajęć usprawniających pamięć i zdolność koncentracji. Będą potrzebowali zmiany stylu życia, bez nadużywania alkoholu i innych środków odurzających [9,19]. Służba zdrowia musi być przygotowana na udzielenie właściwego wsparcia psychicznego w radzeniu sobie z depresją i myślami samobójczymi.

Wiele instytucji rządowych i pozarządowych w USA specjalizuje się w pomocy weteranom w poszukiwaniu pracy i radzeniu sobie z problemami finansowymi. Weterani oczekują od społeczeństwa, że zmiany, jakie zaszły w ich osobowości i stanie zdrowia, nie będą przekleństwem, a doświadczenie wojny umożliwi im odgrywanie szczególnej i pozytywnej roli w życiu społecznym [8,14].

Jednym z powodów, dla których młodzi ludzie idą do wojska, jest zagwarantowanie sobie i swojej rodzinie dobrych warunków finansowych. Niestety, fizyczne i psychiczne urazy wojenne często prowadzą do zmiany planów. Zamiast zapewnienia sobie dobrej przyszłości, wielu młodych ludzi po wyjściu z wojska nie może znaleźć odpowiedniej pracy i często jest zmuszonych do szukania pomocy opieki społecznej. W takiej sytuacji ustalenie właściwego rozpoznania jest niezwykle istotne, ponieważ w zależności od stopnia niepełnosprawności weteran dostanie miesięczną wypłatę jako rekompensatę utraconych możliwości fizycznych i zawodowych.

Zależność między diagnozą a wysokością miesięcznej wypłaty może się wiązać z różnicą między liczbą zdiagnozowanych wystąpień PTSD w armii amerykańskiej i w wojsku polskim. Ta liczba w armii amerykańskiej jest wielokrotnie większa [3,14,20]. Trudności i złożoność życia weteranów po służbie w Iraku i Afganistanie, niechcąc do szukania pomocy psychiatrycznej, problemy z kontrolą emocji i związane z nimi problemy rodzinne, zawodowe, a nawet problemy z prawem, zmuszają służbę zdrowia w VA do tworzenia zintegrowanych zespołów specjalistycznych, w których jedną z ważniejszych funkcji mają pracownicy socjalni (*social workers*). Pracownik socjalny w VA jest klinicystą, który może postawić diagnozę psychiatryczną i prowadzić terapię zaburzeń psychicznych. Wielu z nich prowadzi wielodyscyplinarne zespoły specjalistów do pracy z indywidualnym weteranem, który ma szereg zróżnicowanych potrzeb. Ten sam pracownik socjalny musi wiedzieć, jak pomóc rodzinie weterana, jak go przygotować do znalezienia odpowiedniej pracy, mieszkania i przyznania właściwej rekompensaty finansowej. Ta wielofunkcyjność wymaga szkolenia i dlatego coraz więcej szkół pracy socjalnej wprowadza specjalną dyscyplinę, która przygotowuje studentów do pracy z żołnierzami i weteranami [8].

Oprócz szkolenia specjalistów wprowadza się również nowe szkolenia wojskowych, aby przygotować ich do zmieniających się warunków wojny i życia po wojsku. W ostatnich latach opublikowano plan, według którego ponad milion żołnierzy armii amerykańskiej przejdzie specjalne szkolenie odporności na stres i sytuacje zagrożenia bezpieczeństwa. Podstawą szkolenia są zasady terapii poznawczej i radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Wielu oficerów zadaje sobie pytanie, czy tego typu traktowanie żołnierzy nie osłabi ich ducha walki, ale każdy zdaje sobie sprawę, że coś musi się zmienić, żeby żołnierze mogli cieszyć się życiem po powrocie z wojny. Przeznaczono wiele milionów dolarów na zmianę kultury w wojsku: żołnierz zamiast pić z kolegami, będzie się uczył mówić o swoich uczuciach i emocjach. A to już nie wojna – to rewolucja [2,11,19].

Piśmiennictwo

1. Committee on the Assessment of Readjustment Needs of Military Personnel, Veterans, and Their Families, Institute of Medicine. *Returning Home from Iraq and Afghanistan: Assessment and Readjustment Needs of Veterans, Service Members, and Their Families*. Washington, D.C. The National Academic Press, 2013: 471–481
2. Smith TL, Landes SJ, Lester-Williams K, et al. Developing alternative training delivery methods to improve psychotherapy implementation in the US Department of Veterans Affairs. *Training and Education in Professional Psychology*, 2017; 11 (4): 266–275
3. Epidemiology Program, Post-Deployment Health Group, Office of Public Health, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs. *Analysis of VA Health Care Utilization among Operation Enduring Freedom, Operation Iraqi Freedom, and Operation New Dawn Veterans, from 1st Qtr*

- FY 2002 through 3rd Qtr FY 2015. Released Jan. 2017. Washington, DC. Retrieved from www.publichealth.va.gov/epidemiology
4. Ilnicki S. Słowo końcowe: Profilaktyka i leczenie zaburzeń powodowanych przez stres bojowy w Wojsku Polskim. In: Figley CR, Nash WR, eds. *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*. Wydawnictwo Naukowe PWN i WIM, Warszawa 2010: 373–383
 5. Korzeniewski K, Juszcak D, Gregulski R. Medical support and health problems in soldiers of the PMC Afghanistan in a case study of Giro and Quarabagh military bases. *Lek. Wojsk*, 2012; 90 (4): 349–353
 6. Sundin J, Herrell R, Hoge C. Mental health outcomes in US and UK military personnel returning from Iraq. *Brit J Psych*, 2014; 204: 200–207
 7. Phelan JE, Romaniuk JR. Veteran services. In: Cousins LH, ed. *Encyclopedia of human services and diversity*. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, 2014: 1361–1363
 8. Romaniuk JR. In search of a new paradigm: social work for twenty first century veterans. *Intern J Contin Educat*, 2012; 15 (1): 49–60
 9. Mobbs MC. Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. *Clin Psychol Rev*, 2018; 59: 137–144
 10. Dirani K. Understanding the process of transfer of training in a military context: Marching into new roles. *AHRD*, 2017; 19 (1): 101–112
 11. Hoge CW, Ivany CG, Adler AB. Suicidal behaviors within Army Units contagion and implications for Public Health interventions. *JAMA Psych*, 2017; 74 (9): 871–872
 12. Meshberg-Cohen S, Kachadourian L, Black AC. Relationship between substance use and attitudes towards seeking professional psychological help among veterans filing PTSD claims. *Addict Behav*, 2017; 74: 9–12
 13. Miller SM, Pedersen ER, Marshall GN. Combat experience and problem drinking in veterans: Exploring the roles of PTSD, coping motives, and perceived stigma. *Addict Behav*, 2017; 66: 90–95
 14. Ogińska-Bulik N. Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych. *Psychiatria*, 2016; 13 (3): 123–132
 15. Romaniuk JR, Loue S. Military sexual trauma among men: A review of the literature and a call for research. *Best Pract Ment Health*, 2017; 13 (1): 81–105
 16. Laudet A, Timko C, Hill T. Comparing life experiences in active addiction and recovery between veterans and non-veterans: A national study. *J Addict Dis*, 2014; 33: 148–162
 17. Adler AB, Bliese PD, McGurk D, et al. Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *J Consult Clin Psychol*, 2009; 77 (5): 928–940
 18. Blosnich J, Mays V, Cochran S. Suicidality among veterans: Implications of sexual minority status. *Am J Publ Health*, 2014; 104 (4): 535–537
 19. Solati K. The effectiveness of life skills training on happiness, mental health, and marital satisfaction in wives of Iran-Iraq war veterans. *World Family Med*, 2017; 15 (7): 74–82
 20. Skotnicka J. Analiza zaburzeń polskich żołnierzy po stresie traumatycznym po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku. *Psychiatr Pol*, 2013; 47 (6): 1065–1075