

TOMASZ ADAMOWSKI, ANDRZEJ KIEJNA

Mental Disorders Between Military Conflict's Veterans

Zaburzenia psychiczne występujące wśród weteranów konfliktów zbrojnych

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Streszczenie

W związku z aktywnym udziałem polskich misji wojskowych w konfliktach zbrojnych na świecie aktualny staje się problem zaburzeń psychicznych występujących wśród żołnierzy oraz weteranów. Personel wojskowy niejednokrotnie znajduje się w sytuacji maksymalnego natężenia stresu związanego z bezpośrednim zagrożeniem życia. Autorzy przedstawili analizę doniesień dotyczących reakcji oraz objawów obserwowanych wśród żołnierzy od czasów wojny secesyjnej w USA do konfliktu w Zatoce Perskiej (1991 r.). Jednocześnie pierwszy raz przedstawiono nieznaną dotychczas szerzej publikację A. Alzheimera *Der Krieg und die Nerven* dotyczącą obserwacji poczynionych w czasach pierwszej wojny światowej w Klinice Psychiatrycznej we Wrocławiu. Szczegółowa analiza symptomatologii zespołów chorobowych występujących w związku z poszczególnymi konfliktami (*shell shock*, *trench neurosis*, *battle fatigue*) wykazała, że zmęczenie, duszność, bóle głowy, zaburzenia snu, koncentracji, pamięci i inne objawy były nieswoiste dla konkretnych konfliktów zbrojnych. Występowały w całej populacji dorosłych osób (weteranów i cywilów) w przypadku narażenia na stres oraz w zaburzeniu stresowym pourazowym. Autorzy umiejscowili opisane zespoły objawów w klasyfikacji ICD-10 (**Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 355–360**).

Słowa kluczowe: konflikty zbrojne, zespoły wojenne, zespół stresowy pourazowy.

Abstract

Mental health problems between soldiers and veterans related to active participation of Polish missions in military conflicts have increased lately. Military personnel often have been in stress connected with direct risk for life. Authors presented literature review about reactions and symptoms that had been observed between soldiers since U.S. Civil War till first Gulf War (1991). Not well known publication of the Alois Alzheimer *Der Krieg und die Nerven* about his observation during First World War in Psychiatry Department in Wrocław has been presented for the first time. Detailed analysis of symptomatology of disease syndromes related to individual war conflicts (e.g.: shell shock, trench neurosis, battle fatigue) revealed that fatigue, shortness of breath, headaches, disturbed sleep, difficulty in concentrating, forgetfulness and the other symptoms were nonspecific and frequently found in all adult populations (veterans and civilians), particularly among persons with psychological stress and post-traumatic stress disorder. Authors have located described disorders in ICD-10 psychiatric classification (**Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 355–360**).

Key words: military conflicts, war syndromes, PTSD.

Mija 60 lat od zakończenia największego konfliktu w dziejach ludzkości – II wojny światowej. Mimo negatywnych doświadczeń związanych z tym konfliktem zbrojnym, na świecie nie ustały działania wojenne. Co pewien czas opinia publiczna jest informowana o kolejnych działaniach militarnych. Polska – członek ONZ, sojuszu północnoatlantyckiego NATO oraz sojusznik USA bierze aktywny udział w wielu kampaniach zbrojnych. Szczególnie w ostatnich miesiącach opinia pu-

bliczna śledzi losy polskiej misji wojskowej w operacji irackiej. Żołnierze przebywający na terenie działań wojennych znajdują się w różnych sytuacjach (walka wręcz, walka z użyciem broni palnej, bombardowania, zranienia i śmierć kolegów, zbrodnie dokonywane na ludności cywilnej, zagrożenie użycia broni chemicznej i biologicznej, a we wcześniejszych konfliktach długie pobyty w okopach pod ostrzałem przeciwnika). Te czynniki, a także wiele innych powodują, że żołnierz niejednokrot-

nie znajduje się w sytuacji maksymalnego natężenia stresu związanego z bezpośrednim zagrożeniem życia swojego lub towarzyszy. W związku z tym lekarze, szczególnie psychiatrzy, niejednokrotnie stykają się z potrzebą udzielenia pomocy osobom uczestniczącym w działaniach wojennych lub powracającym z misji wojskowych. Problem zaburzeń psychicznych związanych z konfliktami zbrojnymi wydaje się dzisiaj szczególnie aktualny.

W piśmiennictwie naukowym przedstawiono wiele opisów zaburzeń związanych z udziałem w walce. Zapewne wiele publikacji znajduje się w mniej dostępnym piśmiennictwie wojskowym. W bazie Medline pod hasłem „objawy wojenne” ukazuje się zbiór ponad czterech tysięcy pozycji.

Wojna secesyjna

Jednym z bardziej znanych lekarzom różnych specjalności, a zarazem najwcześniej opisanych, jest zespół, którego nazwa pochodzi od nazwiska odkrywcy – Da Costy. Zespół ten został opisany w czasie wojny secesyjnej w Stanach Zjednoczonych (wojna domowa w latach 1861–1865 między stanami południowymi, tworzącymi Skonfederowane Stany Ameryki (Konfederację), określane też jako Południe, i stanami północnymi, pozostającymi w składzie Stanów Zjednoczonych, określanymi jako Unia lub Północ) [1]. Da Costa zbadał 300 przypadków żołnierzy, którzy zostali przysłani do niego z powodu zespołu, który nazywał drażliwym sercem (*irritable heart syndrome*). Zespół ten charakteryzował się głównie dusznością, kołataniem serca oraz ostrym lub piekącym bólem w klatce piersiowej, szczególnie podczas wysiłku. Inne objawy to łatwa męczliwość, bóle i zawroty głowy, biegunka oraz kłopoty ze snem. Należy podkreślić, że stan większości chorych nie odbiegał od pełnego zdrowia w badaniu somatycznym. Objawy zespołu drażliwego serca dotyczyły nie tylko żołnierzy biorących czynny udział w walce, ale także cywilów. Ponieważ u wielu pacjentów wystąpił wcześniej epizod biegunki, zakażenie górnego odcinka przewodu oddechowego lub gorączki, Da Costa stwierdził, że choroba zakaźna spowodowała 48% przypadków zespołu. 35% przypadków przypisał stresowi wojennemu, a 18% innym przyczynom. Zdaniem Da Costy, stosowanie naparstnicy mogło mieć pozytywny wpływ, ponieważ po jej zastosowaniu 38% pacjentów wyzdrowiało. Poza zespołem drażliwego serca, w czasie amerykańskiej wojny secesyjnej pierwszy raz opisano zaburzenie psychiczne wśród młodych żołnierzy z obsesyjnymi myślami dotyczącymi domu, u których rozpoznano ostrą formę tęsknoty za domem zwaną „nostalgia”.

Nostalgia łączyła się z nasiloną apatią, utratą apetytu, biegunką i czasami z gorączką [2].

I wojna światowa

Z okresem I wojny światowej (1914–1918) łączy się kolejne nazwy zespołów mających objawy somatyczne (zespół wysiłkowy – *effort syndrome*, żołnierskie serce, *neurocirculatory asthenia*) oraz ze strony psychiki (szok wywołany wybuchem – *shell shock*, nerwica okopowa – *trench neurosis*) [2]. Część żołnierzy musiała być ewakuowana z frontu na kontynencie europejskim do Anglii ze względu na duszność, kołatanie serca i ból w klatce piersiowej [3]. Do tego dochodziło wyczerpanie, bóle i zawroty głowy, zaburzenia koncentracji, koszmary senne. Objawy te zaostrzały się pod wpływem wysiłku, wyczerpania, w związku z czym otrzymały powyższe nazwy zespołów somatycznych, w tym także zespołu Da Costy.

Na początku I wojny światowej zespół wysiłkowy wiązano z przerostem mięśnia sercowego, spowodowanym ciężkim wyposażeniem dźwiganym przez żołnierzy podczas marszu. W późniejszym okresie działań wojennych objawy tłumaczono innymi czynnikami: osłabieniem fizycznym, chorobami infekcyjnymi, brakiem snu, wysiłkiem związanym z przebywaniem w okopach, skutkami użycia gazu trującego. Okazało się, że rehabilitacja połączona z pobytem nieopodal swojej jednostki oraz zachęty ze strony personelu medycznego były pomocne w okresie zdrowienia. Z kolei w przypadku rozpoznania choroby serca powrót żołnierza do walki był niezwykle trudny z powodu subiektywnego przeświadczenia o obecności poważnej choroby somatycznej [2].

Analizując problem zaburzeń psychicznych wśród żołnierzy, uczestników I wojny światowej, należy wspomnieć o pracach Aloisa Alzheimera, które zostały ogłoszone w roku 1915 r. Alzheimer, znany przede wszystkim z opisów choroby otępiennej, w latach 1912–1915 był kierownikiem Kliniki Psychiatrycznej i Chorób Nerwowych we Wrocławiu. W związku z wybuchem wojny w pierwszej połowie sierpnia 1914 r. Klinika została częściowo przekształcona w lazaret wojskowy ze 150 łózkami. W tym okresie Alzheimer zajmował się badaniami nad psychicznymi skutkami urazów wojennych. Wyniki swoich obserwacji zawarł w corocznych sprawozdaniach dokumentujących działalność Kliniki – *Kronice Śląskiego Uniwersytetu Fryderyka Wilhelma we Wrocławiu* w postaci dokumentu *Der Krieg und die Nerven (Wojna i nerwy)*. Podczas spotkania naukowego zorganizowanego w ramach „Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur” 26 lutego 1915 r. Alzheimer poprowadził posie-

dzenie naukowe w Klinice Psychiatrycznej na temat czynnościowych zaburzeń psychicznych i zaburzeń nerwowych związanych z wojną [4]. W pracy *Der Krieg und die Nerven* różnicował reakcje występujące wśród ludności cywilnej oraz żołnierzy bezpośrednio uczestniczących w walce. Obserwowane reakcje występujące wśród ludności cywilnej to: zachowania ucieczkowe (osoby bojaźliwe z natury), afirmacyjne (osoby skłonne do optymizmu przechwalały się zwycięstwami, tworzyły niezwykle pogłoski i plotki), polowanie na szpiegów, szturm na kasy oszczędnościowe i sklepy spożywcze w pierwszych dniach wojny, patologiczna kłamliwość, histeryczna oszukańczość, *pseudologia phantastica*. Autor zauważa, że wystarczyło tylko ostrzeżenie władz, by zakończyć polowanie na szpiegów i samochody, oraz zagrożenie karami, by ograniczyć tworzenie dziwacznych pogłosek. Wśród żołnierzy z kolei autor wyróżnił reakcje związane z nadużywaniem alkoholu, chorobami infekcyjnymi oraz wynikające z wyczerpania (neurastenii z wyczerpania), szczególnie po ciężkich wysiłkach, szturmach, którym towarzyszyły ogromne straty, długiej służbie w okopach, przy braku snu, urojeniach, nadzwyczajnej wrażliwości na hałasy, lękliwości i skłonności do nagłego płaczu i dużej cłkliwości. Z wyczerpaniem wiązało się uczucie zupełnej niesprawności fizycznej, zaburzenia czucia, skargi na niepokój wewnętrzny. Alzheimer zauważył, że odpowiednie odżywianie oraz spokój stwarzały dobry klimat do szybkiej rekonwalescencji i osiągnięcia pełnej zdolności do dalszej służby [5].

II wojna światowa i wojna koreańska

Podczas II wojny światowej (1939–1945) oraz wojny koreańskiej (konflikt toczący się w latach 1950–1953 między siłami koreańsko-chińskimi a siłami ONZ, głównie amerykańskimi, na terytorium Półwyspu Koreańskiego) obserwowano podobne reakcje wśród żołnierzy. W tym okresie powstało określenie kolejnego zespołu wojennego – wyczerpanie walką (*combat fatigue*, *combat exhaustion*). Objawy zaburzeń psychicznych były identyczne jak opisane we wcześniejszych konfliktach zbrojnych, poczynając od wojny secesyjnej w USA (wyczerpanie, bóle głowy, duszność, ból w klatce piersiowej itd.) [2].

Wojna wietnamska

Szeroko opisywano w piśmiennictwie konflikt w Wietnamie – działania militarne na Półwyspie Indochińskim w latach 1957–1975. Głównymi

stronami konfliktu były z jednej strony Demokratyczna Republika Wietnamu (wspierana przez inne kraje komunistyczne) oraz kontrolowane przez to państwo organizacje komunistyczne w Wietnamie Południowym, Laosie i Kambodży, z drugiej strony Republika Wietnamu i wspierająca ją międzynarodowa koalicja obejmująca: Stany Zjednoczone, Koreę Południową, Tajlandię, Australię, Nową Zelandię i Filipiny. Amerykanie obawiali się, że zajęcie przez komunistów całego Wietnamu będzie krokiem na drodze do stopniowego opanowania przez nich całej południowo-wschodniej Azji. Przewlekająca się wojna w Wietnamie była prowadzona w warunkach tropikalnej dżungli, użyto w niej nowych rodzajów broni biologicznej. Amerykanie zastosowali broń zwaną *Agent Orange*, tj. herbicyd wynaleziony w latach 40. XX wieku do celów wojskowych do stosowania w klimacie tropikalnym. Testy z zastosowaniem tego herbicydu w celach militarnych rozpoczęły się od wczesnych lat 60. XX wieku. Celem użycia tego produktu było odkrycie wroga w gęsto zadrzewionej dżungli południowo-wschodniej Azji przez zniszczenie liści drzew i krzewów. Produkt był najpierw testowany, a następnie szeroko zastosowany w latach 1967–1968 w Wietnamie, a całkowicie zaprzestano jego stosowania w 1971 r. Dioxyna zastosowana w tym środku jest zwykle produktem ubocznym procesów chemicznych w fabrykach. Wykazano, że u zwierząt powoduje wiele chorób, w tym śmiertelnych. W Wietnamie użyto 19 milionów galonów *Agent Orange* rozpylonych przez samoloty, samochody wojskowe i ręcznie. Do dziś weterani wojny wietnamskiej domagają się odszkodowań za choroby spowodowane użyciem tego środka (*Agent Orange exposure*), a związane z nimi choroby somatyczne czy defekty genetyczne u dzieci weteranów wywołują wiele kontrowersji i niejasności [6]. Problem rekompensat wojennych do dzisiejszego dnia jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej kontrowersyjnych kwestii w światowym orzecznictwie. Objawy zgłaszane przez weteranów wietnamskich były jednak takie same, jak występujące we wcześniejszych konfliktach zbrojnych i wiązały się z ostrą reakcją na stres wojenny, a nie z zatruciem. W związku z odległymi psychicznymi następstwami konfliktu wietnamskiego obserwowanymi w latach siedemdziesiątych XX wieku wprowadzono nowe pojęcie zespołu wojennego, jakim jest zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD – *post-traumatic stress disorder*). Nazwę tę wprowadzono do klasyfikacji DSM-III w 1980 r. [7]. W związku z faktem, iż PTSD występował z pewnym opóźnieniem (wg klasyfikacji DSM-IV PTSD o późnym początku można rozpoznać powyżej 6 miesięcy od narażenia) od działań wojen-

nych, doszukano się objawów tego zespołu także wśród weteranów II wojny światowej i konfliktu koreańskiego [2].

Pierwsza wojna w Zatoce Perskiej

Jednym z ostatnich konfliktów zbrojnych była pierwsza wojna w Zatoce Perskiej, związana z najazdem wojsk irackich 2 sierpnia 1990 r. na Kuwejt. Wkrótce potem Amerykanie rozpoczęli lotniczą kampanię – znaną pod nazwą *Operation Desert Shield* (operacja Pustynna Tarcza) – w styczniu 1991 r., oraz lądową *Operation Desert Storm* (operacja Pustynna Burza) w lutym 1991 r., zakończone spektakularnym sukcesem (operacja lądowa trwała tylko 4 dni). Wojna była prowadzona na obszarze pustynnym w sytuacji zagrożenia użyciem broni chemicznej i biologicznej przez wojska irackie, co dodatkowo potęgowało stres związany z udziałem w kampanii. Przebywanie w środowisku pustynnym prowadzi do śmiertelności i zachorowań niezwiązanych z walką, takich, jak: udar cieplny, odwodnienie, choroby zakaźne, w tym konflikcie takich problemów jednak nie odnotowano z powodu krótkiego czasu trwania oraz doskonałego przygotowania technicznego armii amerykańskiej i brytyjskiej.

W związku z konfliktem w środkach masowego przekazu została wywołana dyskusja, dotycząca syndromu wojny w Zatoce (*Gulf War syndrome*) wśród jej weteranów.

Informowano o objawach niespotykanej choroby oraz wadach genetycznych wśród nowo narodzonych dzieci weteranów wojny w Zatoce Perskiej. Od tej chwili rozpoczęto szczegółowe studia epidemiologiczne wśród weteranów, które trwają do dziś. Najpierw zapraszano weteranów mających jakiegokolwiek problemy ze zdrowiem na dokładne badania lekarskie. Badania rozpoczęto w USA, a następnie prowadzono w Wielkiej Brytanii. Określono je mianem *Medical Assessment Programme* (MAP). Do 2001 r. zbadano ponad 200 tysięcy amerykańskich i 2 tysiące brytyjskich uczestników wojny. Badania te nie wykazały jakiegokolwiek niezwyklej jednostki chorobowej poza zespołami przewlekłego zmęczenia bez możliwości precyzyjnego medycznego zakwalifikowania (zmęczenie, bóle głowy, bóle mięśni i stawów, biegunka, wysypka skórna, duszność, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, zaburzenia snu, koncentracji, kłopoty z pamięcią, drażliwość). Badano również umieralność żołnierzy amerykańskich i brytyjskich – weteranów z Zatoki Perskiej. Nie odnotowano również u nich wyższych współczynników śmiertelności czy przedwczesnych zgonów.

Do obecnej chwili wyniki przeprowadzonych badań nie wskazują na pojawienie się nowej jednostki chorobowej, a raczej potwierdzają fakt, iż masowe środki przekazu oraz populistyczni politycy zawładnęli wyobraźnią ludzi, przedstawiając niepotwierdzone badaniami doniesienia. Zmęczenie, bóle głowy, mięśni i stawów, biegunka, wysypka skórna, duszność i pozostałe wymienione wyżej dolegliwości stwierdzono wśród weteranów innych współczesnych konfliktów zbrojnych: kanadyjskich żołnierzy służących pod flagą ONZ w Chorwacji, czy duńskich żołnierzy pełniących misję pokojową w Kambodży [8]. Cywilne ofiary ataków terrorystycznych również wykazują takie same objawy. Zostały one opisane w *The Globe and Mail* 21 sierpnia 2003 r. przez Orly Halperna, a dotyczyły ofiar ataku bombowego terrorystów na międzynarodowy zespół ONZ w hotelu Canal w Bagdadzie (w sierpniu 2003 r.).

Analizując wszystkie opisywane powyżej konflikty zbrojne, można zauważyć, że objawy (zmęczenie, niemożność złapania powietrza, bóle głowy, zaburzenia snu, zaburzona koncentracja, zaburzenia pamięci) nie są charakterystyczne dla konkretnych konfliktów zbrojnych i występują w całej populacji osób dorosłych (weteranów i cywilów) w przypadku narażenia na ekstremalny stres [2, 8, 9]. Często opisywana w piśmiennictwie biegunka szybko rozprzestrzeniająca się wśród populacji obozu wojskowego wyprzedzała pojawienie się powyższych objawów, a przyczyną jej były choroby zakaźne spotykane na polu walki w rejonach tropikalnych lub krajach rozwijających się. Może ona powodować wydłużenie rekonwalescencji oraz sprzyjać rozwinięciu się zespołu przewlekłego zmęczenia (CFS – *chronic fatigue syndrome*), w którym podejrzewa się etiologię infekcyjną. Nazwy zespołów chorobowych występujących w związku z poszczególnymi konfliktami (*shell shock*, *trench neurosis*, *battle fatigue* itp.) były zatem związane ze specyfiką tych konfliktów, były też odbiciem przekonań dotyczących medycyny w poszczególnych okresach, w których miały miejsce konflikty [8].

Współczesne klasyfikacje (ICD-10)

Analizując powyższe reakcje i zaburzenia na tle obowiązującej międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10, należy je zaliczyć do klasy zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną F40-F48. Zaburzenia te uznaje się za dezadaptacyjne reakcje na ciężki stres, ostry lub przewlekły, które uniemożliwiają skuteczne radzenie sobie i w następst-

wie prowadzą do trudności w społecznym funkcjonowaniu.

Ostre zespoły wyczerpania walką kwalifikuje się do podklasy zaburzeń F43.0 – ostra reakcja na stres. Rozwija się ona jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny u osoby nieprzejawiającej uprzednio żadnego zaburzenia psychicznego, ustępująca zwykle w ciągu godzin lub dni. Początkowo następuje „oszołomienie”, polegające na zawężeniu pola świadomości, uwagi, niemożności rozumienia bodźców i zaburzeniach orientacji. Następnie dochodzi do dalszego wyłączenia z otaczającej sytuacji (stuporu dysocjacyjnego) albo pobudzenia i nadmiernej aktywności (reakcja ucieczki lub fugi). Poza tym obserwuje się depresję, lęk, złość, rozpacz, pobudzenie i wyłączenie się, którym towarzyszą autonomiczne objawy panicznego lęku (przyśpieszona akcja serca, zaczerwienienie, pocenie się). Objawy znikają szybko (kilka godzin, gdy zostanie przerwane działanie stresu), może jednak występować częściowa lub całkowita niepamięć (amnezja) epizodu.

Po zakończeniu wojny wietnamskiej odległe następstwa stresu zostały zakwalifikowane jako zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD – *post-traumatic stress disorder*) i znalazły się od 1980 r. w trzecim wydaniu DSM (DSM-III). W obecnej klasyfikacji ICD, zaburzenie to kwalifikuje się do podklasy F43.1. Powstaje jako opóźniona lub/i przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, które mogłyby prawie dla każdego stanowić głęboko przejmujące nieszczęście. Początek zaburzenia następuje tu w pewnej odległości czasowej od zadziałania – od kilku tygodni do 6 miesięcy po urazie. Przebieg jest falujący, zmienny. Występują epizody powtarzającego się przeżywania urazu w natrętnych wspomnieniach lub snach, poczucie uporczywego odrętwienia i ośpienia uczuciowego, izolacja od otoczenia, anhedonia, unikanie działań oraz brak poczucia bezpieczeństwa – nadmierne pobudzenie układu autonomicznego (wzmożony stan czuwania, wzmożony odruch orientacyjny, bezsenność), lęk, depresja, myśli samobójcze, nadużywanie substancji. Uważa się, że zdecydowana większość opisywanych w poszczególnych konfliktach objawów i zaburzeń wyczerpuje kryteria powyższych zespołów.

Należy także wspomnieć, że w podklasie F45.3 – zaburzenia autonomiczne występujące pod postacią somatyczną, jest nerwica serca F45.30 (zespół Da Costy, *asthenia neurocirculatoria*), która swoją nazwę wywodzi z czasów wojny secesyjnej. Zespół ten charakteryzuje się zgłaszanymi przez pacjenta objawami dotyczącymi narządu unerwionego przez układ autonomiczny. Występu-

ją 2 typy objawów: objawy obiektywne (przyśpieszona akcja serca, pocenie, zaczerwienienie, drżenie) oraz objawy subiektywne (uczucie pieczenia, ciężkości, wędrujące bóle, ściskania). Dodatkową cechą jest to, że pacjenci nadmiernie koncentrują się na objawach.

W tej samej klasie zaburzeń związanych ze stresem znajduje się neurastenia (zespół zmęczenia) F48.0, o której pisał Alzheimer. Współcześnie wyróżnia się jej dwie odmiany: wzmożone zmęczenie po wysiłku umysłowym (rozpraszające skojarzenia, wspomnienia, trudności w koncentracji, mniej efektywne myślenie) oraz wyczerpanie fizyczne po minimalnym wysiłku, któremu towarzyszy uczucie bólów mięśniowych i niemożność odprężenia się. W obu typach występują zawroty głowy, ogólne osłabienie, zamartwianie się pogarszaniem samopoczucia, drażliwość, anhedonia, depresja i lęk, zaburzenie pierwszej i środkowej fazy snu, czasami hipersomnia [10]. Nie do końca ustalono jednak, czy to rozpoznanie występuje tylko wśród weteranów. Pierwotnie neurastenia była stwierdzana wśród ludzi odnoszących sukces, częściej wśród mężczyzn, w odpowiedzi na stres codziennego życia i przepracowanie, zwanymi w początkach XX w. kapitanami przemysłu. Takie rozpoznanie stwierdzono na froncie zachodnim w czasie I wojny światowej wśród przemęczonych odpowiedzialnością i stresem wojennym oficerów, ale nie wśród szeregowych żołnierzy.

W ostatnich czasach obserwowano wzrost liczby opisów nowych przypadków niejasnych zespołów także wśród weteranów: zespół przewlekłego zmęczenia (CFS – *chronic fatigue syndrome*), nadwrażliwość na chemikalia (MCS – *multiple chemical sensitivity*), fibromialgia, zespół jelita drażliwego (IBS – *irritable bowel syndrome*). Przypuszcza się jednak, że objawy powyższych zespołów kwalifikują się u weteranów do zaburzeń związanych ze stresem, jednocześnie nie różnią się one od objawów spotykanych wśród ludności cywilnej w tych klasach rozpoznań psychiatrycznych [8].

Profilaktyka

Na podstawie powyższych obserwacji wyciągnięto wnioski. Już podczas I wojny światowej żołnierze ze stwierdzonym ostrym zespołem stresu bitewnego szybciej powracali do służby, gdy byli leczeni we wczesnej fazie i nieopodal działań wojennych oraz kiedy otrzymywali diagnozę związaną z normalną reakcją na ostry stres. Z kolei użycie terminu „nerwicy wojennej” czy leczenie w szpitalach odległych od działań wojennych

na terenie swojego kraju zniechęcało żołnierzy do powrotu do dalszej walki [2]. Rozbudowano zatem sieć pomocy psychiatrycznej we frontowych warunkach. Wprowadzono ostre limity czasowe przebywania żołnierzy w warunkach bezpośredniej walki, co dotyczyło głównie wojsk lądowych

(kilkudniowe kampanie, odpowiedni odpoczynek). Wcześniej dokonywano odpowiedniej selekcji poborowych. Okazuje się, że wyciągnięto wnioski, ponieważ podczas wojny koreańskiej psychiatrzy wojskowi odsyłali do ponownych działań wojennych 80% swoich pacjentów [11].

Piśmiennictwo

- [1] **Da Costa JM:** On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci* 1871, 61, 17–52.
- [2] **Hyams KC, Wignall FS, Roswell R:** War syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med* 1996, 125 (5), 398–405.
- [3] **Howell JD:** Soldier's heart: the redefinition of heart disease and specialty formation in early twentieth-century Great Britain. *Med Hist Suppl* 1985, 5, 34–52.
- [4] **Kiejna A, Wójtowicz M:** Alois Alzheimer. W: *Z dziejów Kliniki Psychiatrycznej i Chorób Nerwowych we Wrocławiu*. Red.: Kiejna A, Wójtowicz M, Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego, Wrocław 1999, 81–86.
- [5] **Alzheimer A:** *Der Krieg und Die Nerven*. W: *Chronik der Königlichen Universität zu Breslau*. Preutz & Jünger, Breslau 1915, 1–11.
- [6] <http://www.lewispublishing.com/orange.htm>
- [7] **Davidson JRT:** Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Eds.: Kaplan HI, Sadock BJ, Williams & Wilkins, Baltimore 1995, 6th ed, 1227–1236.
- [8] **Wessely S:** Ten years on: what do we know about the Gulf War syndrome? *Clin Med* 2001, 1 (1), 28–37.
- [9] **Kentsmith DK:** Principles of battlefield psychiatry. *Mil Med* 1986, 151, 89–96.
- [10] *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
- [11] **Rydyński S:** *Psychiatria wojskowa*. W: *Psychiatria*. Red.: Bilikiewicz A, Strzyżewski W, PZWL, Warszawa 1992, 469–476.

Adres do korespondencji:

Tomasz Adamowski
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
Wybrzeże L. Pasteura 10
50-367 Wrocław
tel.: +48 071 784 16 11
e-mail: adamowsk@psych.am.wroc.pl

Conflict of interest: None declared

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.05.2005 r.

Po recenzji: 3.10.2005 r.

Zaakceptowano do druku: 3.10.2005 r.

Received: 25.05.2005

Revised: 3.10.2005

Accepted: 3.10.2005