

Opieka nad chorym weteranem – obraz systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Departamencie Spraw Weteranów Stanów Zjednoczonych

Taking care of the sick veteran – mental health care within the Department of Veterans Affairs, USA

Joanna S. Gędzior, Dwayne R. DePry

Acute Psychiatric Services, Department of Psychiatry,
VA – Central California Health Care System, Fresno, CA, USA
Kierownik: lek. med. D.R. DePry

Summary

The article describes the functioning of the system of mental health care for veterans in the U.S. on the example of the state of California. Two clinical cases illustrating the issue of mental health disorders in this population of patients have also been presented. Veterans as well as active duty soldiers and civilian employees of the military compose a group of patients suffering from mental health problems, requiring increased attention of clinicians not only in the U.S. but in all countries that are engaged in military missions.

Słowa kluczowe: weterani, system psychiatrycznej opieki zdrowotnej, PTSD

Key words: veterans, psychiatric health care system, PTSD

Wstęp

Według oficjalnej strony internetowej Departamentu Spraw Weteranów Stanów Zjednoczonych (nazywanego w dalszej części niniejszego artykułu VA, www.va.gov) system opieki zdrowotnej nad weteranami jest największym zintegrowanym systemem opieki zdrowotnej w USA. Obejmuje on 1 700 instytucji w 50 stanach, a także w Puerto Rico, Guam, na amerykańskich wyspach Samoa, Wyspach Dziewiczych i na Filipinach [1]. Należą do niego szpitale, kliniki, poradnie, cmentarze i ośrodki pomocy. Priorytetową częścią systemu jest opieka nakierowana na zdrowie psychiczne. Szczególną uwagę poświęca się opiece nad osobami cierpiącymi z powodu PTSD, MST (military sexual trauma; wojskowa trauma seksualna) oraz prewencji samobójstw. Głównym obszarem pracy w ramach departamentów zdrowia psychicznego VA jest nacisk na powrót do zdrowia, co obejmuje także pomoc weteranom w przezwyciężaniu trudności życiowych. Celem jest umożliwienie im prowadzenia możliwie jak najbardziej satysfakcjonującego życia [2].

Przetłumaczyła mgr Katarzyna Klasa

Kryteria kwalifikacji

Weteran może korzystać z opieki zdrowotnej VA, jeśli służył w jednym z obszarów wojskowych (siły lądowe, marynarka, siły powietrzne, marines, straż przybrzeżna) i zakończył służbę w sposób zgodny z prawem. Dalsze wymagania wobec weteranów, którzy wstąpili do służby po 9 lipca 1980 r., obejmują minimalny okres aktywnej służby wynoszący 24 miesiące. Weterani, którzy doznali problemów zdrowotnych lub u których zdiagnozowano nowe choroby (w tym psychiczne) podczas służby, mogą się starać o przyznanie dożywotniej comiesięcznej zapomogi, której kwota zależy od rodzaju i rozległości schorzenia (tzw. service connection benefits). Po przyznaniu owej renty z powodu problemów zdrowotnych nabytych w czasie służby otrzymują oni wolne od podatków comiesięczne wypłaty w kwocie zależnej od stopnia niepełnosprawności. Wsparcie to jest finansowane przez osobny, niezależny od administracji zdrowotnej (Healthcare Administration) organ – wydział ds. wynagrodzeń weteranów (Veteran Benefits Administration). Uzyskanie takiego rodzaju renty jest procesem często trwającym kilka miesięcy, a nawet lat. Weterani, którzy mają najwyższy stopień inwalidztwa, tj. będący w 100% związani z pełnieniem służby, mają wiele dodatkowych możliwości w ramach opieki zdrowotnej w porównaniu z innymi weteranami, np. bezpłatne leki, prawo do bezpłatnego korzystania ze środków transportu, całkowitą opłatę za korzystanie z długoterminowych form opieki zdrowotnej itp.

Kalifornijski Centralny System Opieki Zdrowotnej dla Weteranów

Kalifornijski Centralny System Opieki Zdrowotnej dla Weteranów (VA CCHCS) jest zlokalizowany w Dolinie San Joaquin z siedzibą we Fresno. Szpital ten wyposażony jest w izbę przyjęć, służby opieki nad pacjentami stacjonarnymi i chirurgicznymi wraz z jednostką intensywnej terapii oraz liczący 12 łóżek psychiatryczny oddział stacjonarny. Personel oddziału zdrowia psychicznego tworzy ponad 70 osób świadczących rozmaite usługi dla weteranów w Dolinie Kalifornijskiej. Oddział składa się z następujących sekcji: ostrych stanów psychiatrycznych (Acute Psychiatric Services), szkodliwego używania substancji (Substance Use Disorder Program), dziennego oddziału zdrowia psychicznego, służb samopomocy i sekcji neuropsychologii.

Usługi w ramach pomocy doraźnej (Acute Psychiatric Service) obejmują opiekę całodobową, opiekę w razie stanów nagłych (Emergency) oraz konsultacje psychiatryczne i porady. W szpitalu znajduje się 12-łóżkowy pododdział dla pacjentów leczonych w warunkach stacjonarnych. Przeciętnie codziennie leczonych jest 7–8 pacjentów, natomiast średnia długość hospitalizacji to 4–5 dni. Miesięcznie przyjmowanych jest przeciętnie 50 pacjentów. Izba przyjęć przyjmuje miesięcznie średnio 80 pacjentów wymagających diagnozy. Większość z nich zgłasza się w ciągu dnia, jednak oddział ma całodobową obsadę specjalistyczną. Porady konsultacyjne są dostępne dla pacjentów przyjętych na oddziały interny, chirurgii i intensywnej terapii, których lekarze prowadzący stwierdzają potrzebę konsultacji psychiatrycznej. Odbywają się one głównie w celach zmiany lub rozpoczęcia leczenia psychofarmakologicznego, ale też pomocy w diagnozowaniu demencji/delirium oraz orzeczenia poczytalności pacjenta,

na przykład jego zdolności do odmówienia zabiegu. Konsultacje te są realizowane w ciągu 24 godzin od zgłoszenia, często znacznie szybciej. Zazwyczaj miesięcznie odbywa się 20 konsultacji.

Leczenie w ramach programu szkodliwego używania substancji dla weteranów potrzebujących pomocy w radzeniu sobie z uzależnieniami jest dostępne od poniedziałku do piątku. W jego ramach działają grupy terapeutyczne przeznaczone dla osób z podwójną diagnozą, jak również grupy dla osób uzależnionych bez współwystępujących zaburzeń psychicznych oraz poradnia buprenorfinowa. Grupy dostarczają wsparcia konsultacyjnego i mają charakter otwarty. Weteran poszukujący leczenia może zacząć w każdej chwili od grupy „wprowadzającej” (assessment group), funkcjonującej od poniedziałku do piątku. Dla osób, które nie chcą pozostać w trzeźwości, ale są zainteresowane edukacją i opcjami leczenia, przeznaczona jest grupa „Stepping Stones”, której celem jest zachęcenie do uczestnictwa w bardziej ustrukturuowanym programie abstynencyjnym. Grupa ta spotyka się dwa razy w tygodniu, a uczestnictwo w niej nie jest objęte kontraktem.

Klinika zdrowia psychicznego jest największą strukturą na oddziale, a w jej skład wchodzi następujące służby: podstawowa zintegrowana opieka zdrowotna (Primary Care Integrative Health), klinika ambulatoryjna (Routine Outpatient Mental Health) w głównej siedzibie oraz kliniki satelitarne, telemedycyna psychiatryczna (Tele-mental Health), program intensywnego nadzoru nad pacjentem (Intensive Case Management)¹, zespół leczenia PTSD i zespół zapobiegania samobójstwom. Funkcjonują także poradnie: klozapinowa i podająca leki w postaci o przedłużonym działaniu, dla pacjentów psychotycznych wymagających dokładniejszego nadzoru i specjalnej farmakoterapii.

Zespół podstawowej zintegrowanej opieki zdrowotnej złożony jest ze specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego (psychiatra, psycholog, pielęgniarka) i dwóch pracowników socjalnych pracujących w ramach kliniki opieki podstawowej. Zespół ten współpracuje z lekarzami pierwszej pomocy w ich klinikach ambulatoryjnych (internistycznych) i konsultuje wyselekcjonowanych pacjentów w dniu wizyty, a często również pacjentów, którzy pojawiają się w klinice bez zapowiedzi. Pozwala to na wyeliminowanie procesu kierowania i opóźnień związanych z dostępem do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pacjenci ci cierpią zazwyczaj z powodu mniej ostrych zaburzeń, takich jak nieskomplikowany lęk lub depresja. Jeśli objawy są nasilone, zespół zajmuje się pacjentem do czasu, gdy może zostać on przyjęty do kliniki zdrowia psychicznego (Mental Health Clinic).

Niektórzy pacjenci nie mogą regularnie przyjeżdżać do Fresno z powodu odległości miejsca zamieszkania. System opieki zdrowotnej VA rozwinął zatem kliniki satelitarne umożliwiające rutynową opiekę w systemie dziennym. Tworzą one sieć klinik lokalnych (Community Based Outreach Clinics) i są rozlokowane w odległości około 60–100 mil od głównego szpitala: na północy stanu w Merced, na południu w Tulare oraz w Oakhurst w Sierra Mountains – niedaleko Parku Narodowego Yosemite. Pacjenci mogą spotkać się ze specjalistą w tych placówkach lub wybrać kontakt z psychiatrą na odległość w ramach programu telemedycyny.

¹ Programy dla osób przewlekle chorych (przyp. tłum)

Pacjenci cierpiący z powodu bardziej poważnych i chronicznych schorzeń objęci są opieką w ramach programu intensywnego nadzoru nad pacjentem (Mental Health Intensive Case Management). Tworzy go zespół złożony z dwóch pielęgniarek i dwóch pracowników socjalnych. Pacjenci kwalifikujący się do tego programu mają historię co najmniej trzech hospitalizacji lub przynajmniej 30 dni hospitalizacji na oddziale stacjonarnym w ciągu ostatnich 12 miesięcy, muszą mieć również postawione rozpoznanie chronicznego zaburzenia psychiatrycznego lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Zespół odwiedza ich w domach, pomaga w dokonywaniu zakupów żywnościowych i odwozi na wizyty lekarskie. Kiedy pacjenci znajdują się w kryzysie i ich stan się destabilizuje, przywożeni są do odpowiedniego ośrodka (najczęściej do izby przyjęć we Fresno) w celu udzielenia porady i oceny stanu pod kątem konieczności hospitalizacji.

Zespół kliniczny PTSD jest jednostką stosunkowo nową i został utworzony w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie na leczenie tego właśnie typu zaburzeń wśród weteranów. Składa się on z czterech psychologów i jednego psychiatry, którzy prowadzą terapię indywidualną i grupową dla weteranów zmagających się z traumą związaną z udziałem w walkach. Grupy są tworzone dla różnego typu weteranów, np. weterani z Wietnamu tworzą odrębną grupę od weteranów, którzy brali udział w wojnie w Iraku i Afganistanie.

Najwyższy priorytet w systemie opieki zdrowotnej dla weteranów (VA) ma kwestia psychoedukacji i zapobiegania samobójstwom. W każdej lokalizacji pracuje wyodrębniony zespół, którego zadaniem jest monitorowanie prób samobójczych, identyfikowanie pacjentów zagrożonych samobójstwem i pomoc osobom w kryzysie. We Fresno funkcję tę pełni dwóch pracowników opieki społecznej. Nadzorują oni pacjentów, których uznano za wysoce zagrożonych samobójstwem. Nowością w systemie są też usługi związane ze wsparciem ze strony grupy odniesienia, a program ten funkcjonuje według modelu powrotu do zdrowia (recovery care). Tworzą go weterani i sami pacjenci, zachęcając innych chorych do zaangażowania się w leczenie. Neuropsycholodzy przeprowadzają badania mające na celu doprecyzowanie rozpoznania, ponieważ znaczącą większość osób korzystających z tego rodzaju wsparcia stanowią starsi weterani, diagnozowani w kierunku otępienia.

Komputerowa Baza Danych Pacjentów (CPRS)

Departament Spraw Weteranów zainwestował w 1997 r. cztery miliardy dolarów w technologię informatyczną i stworzenie Komputerowej Bazy Pacjentów, w której przechowywane są dane pacjentów, dokumentacje leczenia, zapisy, wyniki badań obrazowych, wyniki badań laboratoryjnych itd. System zawiera dane ok. 8,3 mln pacjentów. Umożliwia on łatwy dostęp do dokumentacji pacjenta zarówno w porządku chronologicznym, jak i według instytucji, w których pacjent korzystał z opieki zdrowotnej. Populacja weteranów jest populacją bardzo mobilną, z tego względu niezwykle pomocny dla osób i instytucji świadczących usługi zdrowotne jest pełny dostęp do informacji o przeszłym, obecnym i planowanym leczeniu danego weterana. Dzięki zintegrowaniu systemu i rozwojowi technologii związanej z informacją o zdrowiu w latach 1997–2007 departament zaoszczędził 7 mld dolarów: wdrożenie systemu

CPRS wyeliminowało duplikowanie się badań i zmniejszyło liczbę błędów lekarskich, co złożyło się na 86% oszczędności.

Prawo stanu Kalifornia odnośnie hospitalizacji bez zgody

Prawo stanu Kalifornia poddaje ochronie kwestię przyjęcia bez zgody na oddział psychiatryczny. W porównaniu z innymi stanami, np. stanem Nowy Jork, gdzie dwóch lekarzy może zdecydować o przymusowym leczeniu trwającym do 2 miesięcy bez posiedzenia sądu, psychiatry w Kalifornii mogą przyjąć pacjenta na leczenie bez zgody na okres do 72 godzin (tzw. zatrzymanie 5150), a następnie wydłużyć czas hospitalizacji bez zgody na kolejne 14 dni poprzez wypełnienie dokumentu 5250 [4]. Powodem hospitalizacji bez zgody może być zagrożenie sobie przez pacjenta, zagrożenie innym lub poważna niepełnosprawność rozumiana jako brak zdolności do poszukiwania jedzenia, ubrania lub schronienia, spowodowana chorobą psychiczną. Pacjent hospitalizowany na podstawie zasady 5250 ma prawo do bycia wysłuchanym przez sąd na terenie oddziału. Psychiatra relacjonuje przedstawicielowi sądu historię choroby pacjenta, a następnie pacjent jest przesłuchiwany w obecności swojego pełnomocnika. Jeśli sąd nie podziela opinii psychiatry, pacjent może zostać wypisany nawet tego samego dnia. W takich przypadkach pacjenci często wypisywani są wbrew zaleceniom medycznym.

Kolejne przedłużenie zatrzymania w szpitalu, nazywane 5270, może rozciągać się na kolejne 30 dni hospitalizacji bez zgody i jest to maksymalny wymiar hospitalizacji bez zgody pacjenta w klinice we Fresno. Warto zwrócić uwagę, iż w świetle prawa osoba wyrażająca zgodę na hospitalizację może pozostać w szpitalu na czas nielimitowany. Jeżeli zatrzymanie w szpitalu na podstawie reguły 5250 lub 5270 następuje z powodu poważnej niepełnosprawności, psychiatra może wystosować wniosek w sprawie opieki do sądu obejmującego powiat zamieszkania pacjenta. Następujące w związku z tym formalne posiedzenie Wyższego Sądu Powiatowego decyduje o przyjęciu lub oddaleniu petycji o przyznaniu pacjentowi opiekuna. Jeśli wniosek zostaje zaakceptowany, pacjent kierowany jest na stacjonarne psychiatryczne leczenie długoterminowe. Należy tu zauważyć, że w związku z procesem deinstytucjonalizacji, który rozpoczął się w Stanach Zjednoczonych we wczesnych latach 70. ubiegłego wieku, znacząco zmniejszyła się liczba łóżek w szpitalach stanowych, które zajmowali najpoważniej chorzy pacjenci psychiatryczni [5].

Opieka nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym

Oddział stacjonarny zajmuje się opieką nad pacjentami z chronicznymi zaburzeniami psychicznymi, najczęściej cierpiącymi na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne. Charakteryzują się oni licznymi hospitalizacjami wynikającymi z takich problemów psychospołecznych, jak niestosowanie się do zaleceń odnośnie farmakoterapii, ciężka sytuacja domowa, utrzymujące się objawy czy słaby system wsparcia społecznego. Wysoki odsetek pacjentów cierpi również z powodu współwystępujących uzależnień: w Dolinie Kalifornijskiej najczęściej jest to metamfetamina, alkohol i marihuana. Rza-

dziej występują uzależnienia od kokainy, fencyklidyny (PCP) i innych substancji halucynogennych. Nowsze substancje zmieniające stan świadomości, jak sole kąpielowe, które nie są jeszcze wykrywane w naszych rutynowych badaniach moczu, odpowiedzialne są za nieznaną odsetek hospitalizacji. Pacjenci uzależnieni od heroiny wydają się zgłaszać na detoksykację grupami, co pozwala na przypuszczenie, że przyczyną ich zgłaszania się do szpitala jest zmniejszona w danym momencie podaż heroiny na rynku.

W leczeniu weteranów należy pamiętać o możliwych przypadkach nierozpoznanego zaburzenia stresowego pourazowego czy współwystępujących zaburzeniach afektywnych i lękowych, częstych w populacji generalnej.

Dużą grupę pacjentów we wszystkich instytucjach leczących weteranów w skali krajowej zaczynają stanowić kobiety–weteranki, podobnie jak młodszy weterani (poniżej 30. roku życia) [6, 7]. Wiąże się to z powrotami do domu osób służących w Iraku i Afganistanie. Oprócz wszystkich wspomnianych wcześniej okoliczności, młodszy weterani często zmagają się z bezrobociem, konfliktami małżeńskimi czy rodzinnymi, bezdomnością i problemami prawnymi. Liczne programy oferowane w ramach opieki nad weteranami ukierunkowane są na pomoc tej zagrożonej grupie byłych żołnierzy w procesie reintegracji z cywilnym społeczeństwem. Wymienić należy tu departament pomocy społecznej, służby bezdomnym, pomocy prawnej i „terapię pracą”, podczas której weterani odpłatnie pracują w szpitalu lub w różnych firmach, korzystając z pomocy pracownika społecznego (compensated work therapy).

Opis przypadków klinicznych

W celu zilustrowania sposobu funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej przedstawiamy poniżej dwa opisy przypadków. Nie dotyczą one żadnego konkretnego pacjenta, ale prezentują informacje o pacjentach, jakich spotykamy w naszej codziennej praktyce.

Przypadek 1

Pacjent A jest 56-letnim weteranem z rozpoznaniem nieokreślonej psychozy związanej w 50% ze służbą wojskową, wcześniejszym rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, ze współwystępującym uzależnieniem od alkoholu i metamfetaminy. Ma on za sobą historię przewlekłej bezdomności i problemów z prawem (prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu). Pacjent znajdował się pod opieką zespołu intensywnego zarządzania przypadkiem. Został przywieziony w nocy do izby przyjęć przez policję z powodu pobudzenia i chodzenia wśród jadących samochodów. Wstępnie rozpoznano pobudzenie ze zdeorganizowanym procesem myślenia i jawnym zaburzeniem urojeniowym (overt paranoia). Pacjent miał na sobie wymięte ubranie, był zaniedbany higienicznie. Twierdził, że kosmici infiltrują Park Narodowy Yosemite za pomocą promieniowania mikrofalowego z góry Half Dome² i że przez to woda w wodospadach w parku stała się radioaktywna i trująca. Przed odwiezieniem do

² Formacja skalna w Parku Narodowym Yosemite (przyp. tłum.)

szpitala dzwonił kilkakrotnie do straży parkowej, ostrzegając przed tym rzekomym niebezpieczeństwem. Ponieważ służby porządkowe parku nie zwróciły uwagi na jego ostrzeżenia, zagroził im zastosowaniem przemocy. Wgląd w system CPRS ujawnił, że pacjent A ma długą historię licznych wizyt na izbach przyjęć i następujących w związku z nimi hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych dla weteranów na zachodnim wybrzeżu, włączając w to Los Angeles, San Diego, New Mexico, Santa Fe, Phoenix i Las Vegas. Trzy tygodnie przed obecnym epizodem pacjent otrzymał w Phoenix iniekcję preparatu paliperidonu o przedłużonym działaniu (Invega-Sustenna), po czym nie pojawił się na umówionej wizycie kontrolnej.

Pacjent został zbadany, wykonano rutynowe badania laboratoryjne i badanie stanu fizycznego. Wyniki testów toksykologicznych moczu były negatywne, poziom alkoholu w moczu wyniósł 127 mg/dl. Pacjent został przyjęty bez zgody na podstawie regulacji 5150 z powodu zagrożenia innym i poważnej niepełnosprawności. Został odtruty z alkoholu zgodnie z protokołem CIWA z suplementacją tiaminy, kwasu foliowego i multiwitaminową. Otrzymał swoje przepisane na stałe leki na nadciśnienie, dyslipidemię i dnę moczanową. Wykonano kolejną iniekcję preparatu paliperidonu o przedłużonym działaniu. Zlecono doraźne stosowanie leków, choć okazało się to niekonieczne, pacjent był spokojny i współpracujący w odniesieniu do farmakoterapii i leczenia, zdołał nawiązać minimalną więź z zespołem leczącym. Jednocześnie nadal utrzymywał się u niego nasilony system urojeń dotyczący kosmitów i zatrutych wodospadów. We współpracy z MHICM podjęto decyzję o rekomendacji pana A do Powiatowego Biura Opiekuna w Fresno (Fresno County Public Guardian's Office) w celu kontynuacji leczenia w warunkach stacjonarnych, pod opieką. Przedstawiciel sądu podtrzymał decyzję o hospitalizacji na podstawie regulacji 5250. Wystosowano petycję w sprawie przyznania panu A opieki i została ona zatwierdzona przez sędziego powiatu Fresno. Po znalezieniu odpowiedniej placówki terapii długoterminowej (co, jak wspomniano, nie zawsze jest proste, zważając na chroniczny brak miejsc na takich oddziałach), pacjent został skierowany do leczenia długoterminowego w celu dalszej stabilizacji stanu psychicznego.

Przypadek 2

24-letni mężczyzna, były marine, który w czasie czteroletniej służby odbył dwie ośmimiesięczne misje w Afganistanie, zgłosił się na izbę przyjęć w celu uzyskania pomocy w związku z nadużywaniem alkoholu. Podał, że przed wyjazdem do Afganistanu nie pił dużo, ale po pierwszej misji zaczął to robić regularnie. Powodem była chęć poradzenia sobie z nawracającymi myślami o tym, co widział jako żołnierz piechoty. W czasie swojej pierwszej misji miał za zadanie ochronę konwojów z zaopatrzeniem, które były często atakowane przez rebeliantów. Wiele razy znajdował się pod ostrzałem, widział przyjaciół, którzy ginęli od improwizowanych ładunków wybuchowych (IED). Znajomi marines po powrocie do domów radzili sobie z podobnymi doświadczeniami poprzez picie, myślał zatem, że to normalne. W tamtym czasie jego zdolność do służby nie była upośledzona, więc pół roku później został wysłany na drugą misję. W jej trakcie ponownie zaangażowany był w operacje związane z bezpieczeństwem i piesze patrole. Czasami strzelano do niego i brał udział w operacjach polowych. Był świadkiem

śmierci kilku znajomych żołnierzy. Po powrocie do domu zdecydował o wystąpieniu ze służby – wypełnił swoje czteroletnie zobowiązanie. W domu rodzina zauważyła znaczące zmiany w jego zachowaniu. Pił więcej, był zły, kłótniwy, niekiedy wyzywał członków rodziny. Był w stanie znajdować prace, ale tracił je po kilku tygodniach z powodu kłótni lub przepychanek z przełożonymi. Ponieważ w rodzinie były już przypadki alkoholizmu, udało się jej namówić go na zgłoszenie się po pomoc.

Po zgłoszeniu się w izbie przyjęć pacjent został zbadany fizykalnie, zlecono testy laboratoryjne: morfologię, badania biochemiczne, próby wątrobowe, badanie moczu, poziom alkoholu w osoczu i badanie moczu pod kątem narkotyków. Poziom alkoholu w osoczu wynosił 134 mg/dl. Pacjent podał, że pił ostatnio poprzedniej nocy, przynajmniej, że od powrotu do domu po wystąpieniu ze służby pije codziennie. Kiedy próbował przestać, pojawiły się objawy odstawienne w postaci lęku, pocenia się, bólu mięśni, drżenia i mdłości. Wyjaśnił, że zaczął pić, by poradzić sobie z traumatycznymi doświadczeniami, których był świadkiem w Afganistanie. Było ich wiele, ale najgorsze było patrzenie, jak jeden z jego kolegów zginął w wybuchu improwizowanego materiału wybuchowego, ponieważ nie był w stanie wydostać się z płonącego samochodu. Pacjent miał nawracające myśli o tym wydarzeniu, wraz z koszmarami, z których wybudzał się w nocy. Mówił: „Jedyną rzeczą, która pomaga mi spać, jest alkohol”. Określone zapachy spalenizny powodowały ponowne przeżywanie tego doświadczenia: „To tak, jakbym znowu tam był”. Niekiedy miał obniżony nastrój, ale zaprzeczył występowaniu jakichkolwiek znaczących objawów wegetatywnych, z wyjątkiem zaburzeń snu. Zaprzeczył również występowaniu jakichkolwiek objawów psychotycznych i maniakalnych oraz wcześniejszych doświadczeń z oceną stanu psychicznego lub leczeniem psychiatrycznym. Zapytany o badania przesiewowe w kierunku traumy psychologicznej po zakończeniu misji (formularz DD 2796 będący szczegółowym kwestionariuszem wypełnianym przez żołnierzy, dotyczący m.in. historii służby, placówek, w których była pełniona, historii wizyt lekarskich/hospitalizacji, objawów w ciągu ostatniego miesiąca, napotkanych niebezpieczeństw, doznanych urazów, narażenia na trucizny lub inne substancje chemiczne, także używania alkoholu itp.) [8, 9], stwierdził, że wypełnił je zgodnie z prawdą: „Chciałem je po prostu przejść i wrócić do domu”. Pacjent wyraził zgodę na hospitalizację w celu leczenia uzależnienia oraz dalszej oceny stanu psychicznego i leczenia objawów lękowych związanych ze stresem.

Pacjent został poddany detoksykacji, konieczne było podanie tylko kilku dawek lorazepamu z oceną objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (skala CIWA-Ar) co cztery godziny przez trzy dni. Po odtruciu poddany został ocenie objawów zaburzeń nastroju. Nadal doświadczał koszmarów sennych, natrętnych wspomnień, wzmożonego stanu czuwania i okresów, w których głośne odgłosy powodowały wzmożony odruch orientacyjny. Wdrożono podawanie SSRI (sertralina 50 mg/dzień) i prazosynę – 2 mg przed snem. Pacjent brał udział w aktywnościach na oddziale i z czasem był coraz bardziej zaangażowany i związany z innymi osobami. W trakcie hospitalizacji zwiększono dawkę prazosyny do 5 mg przed snem, uzyskując poprawę jakości snu i zmniejszenie liczby koszmarów. Zwiększenie dawki SSRI do 100 mg dziennie nie spowodowało widocznych objawów ubocznych. Pacjent spotkał się z zespołem programu leczenia uzależnień i wyraził zgodę na leczenie. Ustalono, że po ustabilizowaniu w procesie

leczenia z alkoholizmu pacjent zostanie ponownie zbadany i włączony do programu leczenia PTSD. Pacjent został wypisany do dziennego programu leczenia uzależnień, ustalono termin kolejnej wizyty u psychiatry dwa dni po wypisie.

Podsumowanie

Opieka nad weteranami jest pracą przynoszącą zarówno wiele satysfakcji, jak i wyzwań. Weterani cierpiący na zaburzenia psychiczne stanowią unikalną populację pacjentów, wymagającą zróżnicowanego i interdyscyplinarnego podejścia do planu leczenia. Departament Spraw Weteranów zapewnia sieć medycznych usług: stacjonarnych, dziennych i pomocniczych, by umożliwić im dostęp do leczenia i skoncentrowanie się na trwałym powrocie do zdrowia.

Опека над больным ветераном – картина системы психиатрической опеки здравоохранения в Департаменте внутренних дел Соединенных Штатов Америки

Содержание

В артикуле представлен способ функционирования системы психиатрической опеки службы здравоохранения для ветеранов США, на примере штата Калифорнии. Представлены также два описания клинических наблюдений, иллюстрируя проблемы нарушений психического здоровья этой популяции пациентов. Ветераны, также как и солдаты действующей армии и гражданские сотрудники военных частей, составляют группу пациентов, борющихся с нарушениями психического здоровья. Эта группа ветеранов требует все возрастающим вниманием клиницистов, не только в США, но и во всех странах, которые пребывают на различных военно-стабилизационных миссиях.

Ключевые слова: ветераны, система оздоровительной психиатрической опеки, посттравматический синдром

Behandlung des kranken Soldaten – System der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung im Kriegsveteranenministerium der Vereinigten Staaten (Department of Veterans Affairs, USA)

Zusammenfassung

Im Artikel wurde die Funktionsweise des Systems der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung für die USA – Veteranen auf dem Beispiel des Landes Kalifornien beschrieben. Es wurden auch zwei klinische Fälle beschrieben, die die Problematik der Störungen der psychischen Gesundheit unter dieser Population von Patienten veranschaulichen. Die Veteranen, auch die aktiven Soldaten und die zivilen Mitarbeiter der Armee bilden eine Gruppe der Patienten, die unter psychischen Störungen leiden. Diese Gruppe erfordert die Aufmerksamkeit der klinischen Ärzte nicht nur in den USA, sondern in allen Ländern, die sich in militärische Missionen/Friedensmissionen engagiert haben.

Schlüsselwörter: Veteranen, System der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung, PTSD

Les services de santé adressés aux vétérans – le système des soins psychiatriques de Department of Veterans Affairs des Etats-Unis

Résumé

L'article présente le fonctionnement du système des soins médicaux adressés aux vétérans à Californie, aux Etats-Unis en décrivant comme illustration deux cas cliniques. Les vétérans ainsi que les soldats de l'armée active et les employeurs civils de l'armée constituent le groupe de patients

souffrant des troubles mentaux et exigeant l'attention des cliniciens non seulement en Etats-Unis mais aussi dans tous les pays qui s'engagent dans les missions militaires.

Mots-clés : vétéran, systèmes des soins psychiatriques, PTSD

Piśmiennictwo

1. National Center for Veterans Analysis and Statistics; <http://www.va.gov/vetdata/> [dostęp: 20.06.2013].
2. *Veterans Affairs History*; http://www.va.gov/about_va/vahistory.asp [dostęp: 20.06.2013]
3. Byrne CM, Mercincavage LM, Pan EC, Vincent AG, Johnston DS, Middleton B. *The value from investments in health information technology at the U.S. Department of Veterans Affairs*. *Health Affairs* 2010; 29(4): 629–638.
4. <http://www.dmh.ca.gov/News/Publications/Forms/docs/MH302.pdf> [dostęp: 20.06.2013].
5. *Learning from history: deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long-term care reform*; http://www.nami.org/Template.cfm?Section=About_the_Issue&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=137545 [dostęp: 20.06.2013].
6. *Returning home from Iraq and Afghanistan: Assessment of readjustment needs of veteran, service members, and their families*; <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2013/Returning-Home-Iraq-Afghanistan/Returning-Home-Iraq-Afghanistan-RB.pdf> [dostęp: 21.06.2013].
7. Ramchand R, Schell TL, Karney BR, Osilla KC, Burns RM, Caldarone LB. *Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: Possible explanations*. *J. Traum. Stress* 2010; 23(1): 59–68.
8. *Enhanced Post-Deployment Health Assessment (PDHA) process (DD Form 2796)*; www.pdhealth.mil/dcs/dd_form_2796.asp [dostęp: 20.06.2013].
9. *Post-Deployment Health Assessment (PDHA)*; <http://www.dtic.mil/whs/directives/infomgt/forms/eforms/dd2796.pdf> [dostęp: 20.06.2013].

Adres: Joanna S. Gędzior
VA – Central California Health Care System
2615 E. Clinton Avenue
Fresno, CA 93703, USA

Otrzymano: 24.06.2013
Zrecenzowano: 16.10.2013
Otrzymano po poprawie: 17.10.2013
Przyjęto do druku: 25.10.2013