



Wywiad Stratpoints
z PŁK DR N. MED.
RADOSŁAWEM TWORUSEM



KLINIKA PSYCHIATRII, STRESU BOJOWEGO I PSYCHOTRAUMATOLOGII, POTRZEBA CZY WYMÓG?

Listopad 2017. Publikacja w ramach projektu Mars fundacji Stratpoints.



Wywiad Stratpoints
z PŁK DR N. MED.
RADOSŁAWEM
TWORUSEM

KLINIKA PSYCHIATRII, STRESU BOJOWEGO I PSYCHOTRAUMATOLOGII, POTRZEBA CZY WYMÓG?

Zaangażowanie Polski w operacje wojskowe poza granicami kraju ma długą i bogatą historię. Misje zaczęły zmieniać swój charakter z typowo pokojowych pod auspicjami Organizacji Narodów Zjednoczonych na szkoleniowe, stabilizacyjno-szkoleniowe, stabilizacyjne. Podczas tych misji, które należy nazywać bojowymi, żołnierze zaczęli używać broni, ale używano różnych systemów uzbrojenia przeciwko naszym żołnierzom. Wojsko zdobywało niezbędne na polu walki doświadczenie, ale te działania niosły śmierć, kontuzje i zmiany w psychice żołnierzy. Tych ostatnich początkowo nie dostrzegano, okazały się jednak na tyle istotne, że należało podjąć działania.

Gen. broni dr Mirosław Różański: Kiedy powstała Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii i skąd pomysł jej stworzenia?

Płk dr Radosław Tworus: Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii została powołana do istnienia decyzją Ministra Obrony Narodowej w 2003 r. Była to rok w którym rozpoczął się udział polskich żołnierzy w konflikcie zbrojnym w Iraku. Władze MON spodziewając się następstw psychicznych udziału polskich żołnierzy w działaniach bojowych wydały decyzję i przyznały środki finansowe na szybkie stworzenie takiego miejsca jak Klinika. Budowa placówki zajęła dwa lata i w połowie roku 2005 do Kliniki zaczęli trafiać pierwsi żołnierze. Była to wtedy pierwsza i jedyna taka placówka w Polsce. Obecnie oddziały psychiatryczne zajmujące się pomocą dla weteranów tzw. oddziały stresu bojowego znajdują się również w szpitalach wojskowych w Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie i Wrocławiu.

MR: W Polsce jest wiele placówek psychiatrycznych, więc jaki jest cel istnienia takiej specyficznej Kliniki?

RT: Podstawowym celem jest specjalistyczna pomoc psychiatryczna – psychologiczna udzielana żołnierzom



WETERAN (ŁAC. VETERANUS, OD VETUS DPN. VETERIS: STARY) – ŻOŁNIERZ BIORĄCY UDZIAŁ W OPERACJACH POZA GRANICAMI PAŃSTWA. W POLSCE WETERANEM MOŻE ZOSTAĆ ŻOŁNIERZ LUB FUNKCJONARIUSZ, KTÓRY PEŁNIŁ SŁUŻBĘ POZA GRANICAMI KRAJU NIE KRÓCEJ NIŻ SZEŚĆDZIESIĄT DNI.



powracającym z misji wojskowych poza granicami kraju. Do Kliniki są kierowani żołnierze w służbie czynnej, rezerwie oraz stanie spoczynku, u których występują zaburzenia psychiczne powstałe w związku z udziałem w działaniach bojowych w ramach Polskich Kontyngentów Wojskowych.

MR: Czyli wojskowi decydenci dali środki finansowe na budowę Kliniki i leczenie hospitalizowanych w niej żołnierzy, którzy powracają z misji z zaburzeniami psychicznymi?

RT: MON dał środki finansowe na budowę Kliniki jednak nie dał i nie daje środków finansowych na leczenia żołnierzy, bo tego robić nie może. Leczenie żołnierzy jest finansowane podobnie jak leczenia innych obywateli Polski. Za pobyt żołnierza w Klinice i jego leczenie płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, tak jak za leczenia każdego innego obywatela.

MR: Czy są jakieś specjalne procedury finansowania przez NFZ leczenia stresu bojowego?

RT: Płatnik jakim jest NFZ wprowadził kryteria finansowania leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Kryteria te nie uwzględniają specyfiki/okoliczności powstania problemu zdrowotnego. Zaburzenia stresowe pourazowe ofiary wypadku komunikacyjnego i żołnierza biorącego udział w zdarzeniu bojowym są traktowane jako taki sam problem zdrowotny i są tak samo finansowane.

MR: Jest to chyba sprawiedliwy sposób finansowania, bo nie dzieli obywateli na lepszych, bo żołnierzy i gorszych, bo cywili tylko finansuje konkretny problem zdrowotny?

RT: Oczywiście, że nie można dzielić chorych na żołnierzy i cywili, ale w przypadku zaburzeń powstałych w związku z udziałem żołnierza w działaniach bojowych problem jest bardzo złożony.

MR: Na czym polega ta złożoność?

W okresie prawie piętnastoletniej działalności Kliniki, stała się ona placówką znaną w całym kraju i postrzeganą przez środowisko psychiatrów i psychologów, a szczególnie żołnierzy, jako miejsce do którego powinni być kierowani weterani PKW z zaburzeniami psychicznymi. Powoduje to, że do Kliniki są kierowani żołnierze z obszaru całego kraju i z każdym rokiem tych skierowań jest coraz więcej. Obecnie hospitalizowani w

Klinice weterani stanowią ok. 40 % - 50 % ogółu przyjęć. Pomimo upływu czasu od zakończenia misji w Iraku i Afganistanie ilość weteranów zgłaszających się do Kliniki nie maleje. U większości z nich rozpoznajemy zaburzenia psychiczne związane z pobytem na misji. Coraz rzadziej jest to PTSD, ale nadal pojawiają się w Klinice pacjenci z utrzymującymi się od lat objawami nieleczzonego PTSD. Wielu z nich zgłasza się po pomoc za namową rodzin lub kolegów. Średni czas hospitalizacji weterana w Klinice Psychiatrii i Stresu Bojowego wynosi 40 dni i przekracza on normy czasowe hospitalizacji ustalone przez NFZ. Wydłużony pobyt weteranów w Klinice wynika z dwóch powodów. Po pierwsze ze specyfiki tej grupy chorych, utrudniającej proces diagnostyczny. Po drugie z długoterminowej psycho i farmakoterapii w przypadku stwierdzanych zaburzeń tj. PTSD. Wydłużenie procesu diagnostycznego (średnio dwa tygodnie dłużej niż w przypadku osób cywilnych) jest spowodowane nastawieniem obronnym żołnierzy, które skutkuje większą ilością badań (wywiady, kwestionariusze). Podstawowe przyczyny mechanizmów obronnych i ich następstwa to:

1. Przedstawianie się przez żołnierzy jako osoby, które radzą sobie z wszelkimi trudnościami, nastawienie na działanie, nie skupianie się na emocjach
2. Obawy żołnierza przed ujawnianiem swoich słabości w związku ze strachem przed konsekwencjami w pracy, podejrzwaniem przekazywania informacji dowódcom w jednostkach. Często początkowy etap terapii polega na budowaniu przymierza terapeutycznego i sprawdzaniu, czy terapeuta przestrzega zasadę poufności.
3. Obawy przed negatywną oceną pobytu na misji i wykonywanych tam działań bojowych w kontekście opinii publicznej, które wydłużają proces nawiązywania więzi z terapeutą

Problemy w pracy psychoterapeutycznej (już po zakończeniu procesu diagnostycznego) powodujące jej kosztowność oraz czasochłonność wynikają z tego że:

1. Praca z traumą niesie ze sobą zwiększone obciążenie emocjonalne dla psychoterapeuty, może wpływać znacząco na wypalenie zawodowe, wiąże się z większą potrzebą superwizji (powinna odbywać się cztery razy w miesiącu, czyli cztery razy więcej niż aktualnie, a to znacząco zwiększa koszty przy już zaniżonych wpływach)
2. Klinika jest jednym z nielicznych ośrodków w kraju, gdzie odbywa się praca z traumą wojenną, co dla psychologa-psychoterapeuty wiąże się z samodzielnym opracowaniem warsztatu pracy, gdyż szkolenie dostępne na rynku skierowane są do innego rodzaju klientów. Doskonalenie warsztatu pracy wymaga



odbywania systematycznych szkoleń i warsztatów. Dla potrzeb pracy z traumą wojenną zachodzi potrzeba samodzielnego łączenia różnych metod oddziaływań psychoterapeutycznych. Wprowadzona w Klinice Psychiatrii WIM metoda ekspozycji wyobrażeniowej składa się z połączenia różnych technik terapeutycznych. Koszt odbycia szkolenia w zakresie jednej techniki wynosi średnio ok. 2000zł.

3. Praca z traumą wymaga większej intensywności i częstotliwości oddziaływań psychoterapeutycznych - minimum dwie indywidualne sesje tygodniowo, co wymaga dużo większej od standardowej obsady etatowej doświadczanego personelu psychoterapeutycznego. Podkreślam doświadczanego, ponieważ młodzi i mało doświadczeni psycholodzy i psychoterapeuci nie wytrzymują obciążenia jakie wynika z pracy z traumą wojenną.

4. Kwestionariusze badań psychologicznych oceniające efekty pracy psychoterapeutycznej wymagają adaptacji, ponieważ większość z nich pochodzi ze źródeł amerykańskich – koszty tłumaczeń i badań adaptacyjnych narzędzi przygotowanych dla armii USA do warunków polskich.

5. Praca z żołnierzami z poważnymi obrażeniami fizycznymi wymaga od personelu psychologiczno – psychoterapeutycznego poszerzania wiedzy medycznej, co wiąże się z dodatkowym poświęcaniem czasu na rozmowy z personelem lekarskim na temat stanu zdrowia somatycznego i jego następstw oraz czasu na pogłębianie teoretycznej wiedzy w tej dziedzinie

Na wydłużenie procesu diagnostyczno – psychoterapeutycznego wpływają też inne czynniki, które można określić jako zakłócające, a które ujawniają się po kilku tygodniach hospitalizacji. Najważniejsze z nich to:

1. Trudna sytuacja rodzinna (np. przemoc domowa, zdrady, możliwość rozwodu) wymaga często konsultacji z całą rodziną, żeby pacjent mógł się zaangażować w własną terapię. Sesja rodzinna to średnio czas 1,5 – 2 godz.

2. Problemy prawne, zawodowe (zagrożenie brakiem kontraktu, skierowanie do nowego miejsca służby) i alkoholowe (niejednokrotnie ukrywane przez chorego co utrudnia pracę diagnostyczno terapeutyczną) wydłużają proces diagnozy, średnio o trzy tygodnie. Ich ujawnienie wiąże się ze zmianą schematu pracy z chorym tj. koniecznością znalezienia miejsca w ośrodku odwykowym, wypisem z planowym terminem ponownego przyjęcia po uporządkowaniu spraw prawnych, administracyjnych, zawodowych. na to pacjenci są proszeni o uporządkowanie własnych spraw przed zgłoszeniem się do Kliniki.

3. Odległość od miejsca zamieszkania (pacjenci z całej polski), rozłąka z rodziną, brak odwiedzin rodziny ze względu na odległość, kwestie materialne wynikające z utraty dodatkowych dochodów podczas hospitalizacji, problem jedynego żywiciela rodziny.

4. Różnice „międzykulturowe” w kontekście regionów polski wpływające na rozumienie różnych zdarzeń społecznych, życiowych, zawodowych, religijnych – konieczność dostosowania pracy diagnostyczno terapeutycznej do tej specyfiki kulturowej.

Wymienione czynniki powodują, że czas wielu hospitalizacji przekracza 40 dni, a najdłuższa wynosiła 157 dni i żołnierz ten powrócił do służby wojskowej i jest w niej nadal, awansował, rozwija się zawodowo, założył rodzinę, ma dzieci.

MR: Czy te wszystkie wymienione problemy oraz jak można się domyślać kosztowność takich specjalistycznych świadczeń zdrowotnych nie wpływają na jakość udzielanej pomocy?

RT: Dyrekcja Wojskowego Instytutu Medycznego wychodzi z założenia, że pomoc żołnierzowi uszkodzowanemu fizycznie lub psychicznie w czasie działań wojennych jest sprawą priorytetową i liczenie kosztów powinno zejść na drugi plan. Wszyscy żołnierze, a w szczególności weterani PKW hospitalizowani w WIM, mogą liczyć na specjalistyczną pomoc psychiatryczną – psychologiczną oferowaną przez nasz zespół. Zakres tej pomocy jest specjalnie dostosowany do potrzeb tej grupy pacjentów. Oczywiście nie spełniamy wszystkich marzeń i oczekiwań naszych pacjentów. To znaczy, że oferowaną pomoc dostosowujemy do zaburzeń stwierdzonych w toku procesu diagnostycznego, i nie zawsze jest to zgodne z oczekiwaniami pacjenta. W pracy terapeutycznej wykorzystujemy autorskie programy, które zostały opracowane przez zespół Kliniki w drodze kilkuletnich badań i doświadczeń klinicznych, bo gotowych schematów pracy z żołnierzami polskimi dotychczas nie było, a metod pomocy psychiatryczno – psychoterapeutycznej stosowanych przez naszych sojuszników z NATO nie dało się w prosty sposób przełożyć na pracę z polskimi żołnierzami. Programy te są stale aktualizowane i doskonalone poprzez udział personelu Kliniki w konferencjach naukowych i szkoleniach specjalistycznych, wojskowych jak i cywilnych, dotyczących szeroko rozumianego pojęcia stresu. Aby zdobywać nowe doświadczenia kliniczne, które mogą pomagać polskim żołnierzom z objawami zaburzeń stresowych pourazowych, KPiSB rozszerzyła swoją pomoc na osoby hospitalizowane w WIM w ramach Centrum Urazowego dla Województwa Mazowieckiego.



Dzięki temu pomagając naszym pacjentom dysponujemy wiedzą z zakresu stresu bojowego i psychotraumatologii cywilnej.

MR: A jak można ocenić jakość tej pomocy?

RT: O jakości pomocy psychiatryczno – psychologicznej udzielanej przez Klinikę Psychiatrii WIM można wnioskować po systematycznie zwiększającej się liczbie hospitalizowanych weteranów oraz po ilości żołnierzy, którzy po leczeniu wracają do służby a po jakimś czasie przysyłają do nas swojego kolegę, który ma problemy a dotychczas nie chciał się leczyć. To właśnie sytuacja, kiedy pacjent odzyskujący zdrowie, wracający do pracy, do życia rodzinnego i polecający daną placówkę innemu pacjentowi jest najlepszym wykładnikiem jakości udzielanej pomocy.

MR: Czy są pozamedyczne czynniki, które mogą wpływać na poprawę zdrowia weteranów hospitalizowanych w Klinice ?

RT: Rodzina, która rozumie problem, wspiera, współpracuje z lekarzami i terapeutami, cierpliwie czeka na poprawę stanu psychicznego a kiedy potrzeba włącza się do terapii. To najważniejszy czynnik. Ale ważne jest też wsparcie ze strony przełożonych, zarówno tych wojskowych jak i cywilnych. Spotkania z weteranami hospitalizowanymi w Klinice, które zrealizował Prezydent Bronisław Komorowski, Premierzy Beata Szydło i Donald Tusk, Szef BBN Stanisław Koziej, Ministrowie Obrony Narodowej Wojciech Fałkowski i Tomasz Siemoniak, Dowódcy Generalni RSZ generałowie broni Lech Majewski, Pan Generał, Dowódca Operacyjny RSZ gen. broni Marek Tomaszycy były istotnym wydarzeniem dla żołnierzy. Taki uścisk dłoni osoby na co dzień niedostępnej dla żołnierza i słowa podziękowania za służbę wojskową, są czynnikiem motywującym do powrotu do zdrowia, do „walki” o siebie.

MR: Czym poza leczeniem zajmuje się Klinika, którą pan kieruje?

RT: Badaniami nad PTSD, mTBI (mild Traumatic Brain Injury) czyli mikrouszkodzeniami mózgu powstającymi podczas działania fali uderzeniowej wybuchu, metodami leczenia tych problemów np. z wykorzystaniem hiperbarii tlenowej, wirtualnej rzeczywistości. Ponadto staramy się rozwijać tzw. telemedycynę, czyli system konsultacji specjalistycznych na odległość poprzez wideokonferencję np. żołnierzy pełniących

obecnie służbę w Afganistanie. Pomysł taki zrodził się podczas rozmów z gen broni Markiem Tomaszycykim a obecny dowódca operacyjny gen. dyw. Sławomir Wojciechowski kontynuuje i rozwija tą formę pomocy dla żołnierzy pełniących służbę poza granicami kraju. W klinice działa również telefon zaufania dla weteranów i ich rodzin. Od poniedziałku do piątku w godzinach od 17.00 do 20.00 dzwoniąc pod numer telefonu – 261817233 można uzyskać specjalistyczną poradę bez konieczności podawania swoich danych, a tego właśnie boją się często weterani.

MR: Dziękuję za podzielenie się informacjami na temat kierowanej przez Pana placówki. Podczas moich pobytów w klinice dowiedziałem się jak trudne są decyzje o zdecydowaniu się na leczenie. Żołnierze obawiają się, że będą stygmatyzowani w swoim środowisku i tu jest ogromna rola dowódców we wspieraniu żołnierzy, którzy mogą i mają problemy. Jako żołnierz muszę podzielić się jedną refleksją, uważam iż zasadnym było by finansowanie leczenia żołnierzy w Pana Klinice przez resort Obrony Narodowej. Trudno mi jest wyobrazić sobie sytuacje, kiedy z różnych powodów mogło by zabraknąć środków w NFZ na leczenie żołnierza. To resortowi zależeć powinno na jak najszybszym przywrócenia żołnierzy do pełnej sprawności by mogli wypełniać swoją powinność wobec Ojczyzny. Jeszcze raz dziękuję i życzę powodzenia w realizacji tej szlachetnej misji.



| PUBLIKACJE

Publikacja w ramach projektu Mars fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.
Celem uzyskania licencji na cytowanie artykułu we fragmentach lub publikacji całości prosimy o kontakt:
publikacje@stratpoints.eu

www.stratpoints.eu