

355.724(437.1/.2):(496.5)+(56):615.851:361.91

PRÁCE PSYCHOLOGA-PSYCHIATRA V 6. POLNÍ NEMOCNICI BĚHEM MISE V ALBÁNII A TURECKU

Vlastimil TICHÝ

Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

Souhrn

V článku jsou vymezeny specifika a problémy práce psychologa u vojenské jednotky - polní nemocnice - působící v zahraničí. Autor uvádí zkušenosti s léčbou duševních poruch pacientů zasažených humanitární krizí v rámci kosovského konfliktu. Současně porovnává a uvádí výsledky psychoterapie u osob bez přístřeší, které přišly o majetek a ztratily příbuzné po zemětřesení v Turecku.

Klíčová slova: Uprchlík; Zemětřesení; Trauma; Psychoterapie.

The Work of Psychologist-Psychiatrist in the 6th Field Hospital during the Mission in Albania and Turkey

Summary

The article defines the specific characteristics and problems of the work of a psychologist in a military unit - a field hospital abroad. The author states his experience with the treatment of mental disorders of patients affected by the humanitarian crisis during the Kosovo conflict. At the same time, he compares and states the results of psychotherapy in homeless persons who lost their property and relatives due to the earthquake in Turkey.

Key words: Refugee; Earthquake; Trauma; Psychotherapy.

Činnost psychologa-psychiatra v 6. PN lze rozdělit do 2 oblastí:

1. práce s příslušníky 6. PN a příslušníky sil NATO (AFOR),
2. práce s albánskými uprchlíky z Kosova, občany Albánské republiky a občany Turecké republiky, kteří byli postiženi zemětřesením.

Ad 1.

Nejdříve bych pojednal o práci s příslušníky 6. PN. K výjezdu 6. PN došlo relativně v krátkém časovém období a její příslušníci se tedy museli rychle vyrovnat:

- se změnou podmínek pro svou práci (pohodlí a relativně dobrá vybavenost jejich mateřských nemocnic x polní podmínky v 6. PN s nutností improvizovat při diagnostice a léčbě a nutností vybudovat vše vlastními silami),
- se změnou prostředí - přechodu z mírného klimatu do klimatu subtropického (velká vedra, komáři, zároveň bydlení v neklimatizovaných stanech a práce v neklimatizované nemocnici),

- s pobytem pro většinu lidí v novém, odlišném sociokulturním prostředí zároveň s pohybem v novém prostředí útvarů, jednotek a systému velení NATO,
- se střetáváním se s lidmi, kteří prožili těžká traumata,
- se samotným prožitkem život ohrožujících situací (zemětřesení),
- s omezením své svobody vyplývající z vojenských podmínek a úkolů mise,
- s bezpečnostní situací především v Albánii,
- s nutností zvýšeného pracovního nasazení,
- se vzdáleností od domova a blízkých s nemožností řešit akutně vzniklé situace doma,
- s nově vzniklými sociálními interakcemi v rámci malých skupin v 6. PN při možnosti pohybu jen v relativně malém prostoru,
- celkově s novostí situace obecně.

Nutno zde také vždy počítat se vznikem různých fám a pověstí, které se vždy objevují v těchto menších kolektivech při řešení déletrvajících krizových situací.

Na výše uvedené skutečnosti lze reagovat z psychologického hlediska:

1. *Opatřeními velitelskými* (důkladný výcvik před odjezdem, seznámení se základy, odlišnostmi a riziky nových sociokulturních prostředí, seznámení příslušníků 6. PN se situací v místě a opakovaná seznámení v prostoru rozmístění se změnami situace, úkolů, dvoucestná informační cesta mezi velitelem a příslušníky jednotky, režimová opatření, spojení z domovem, kulturní a sportovní vyžití, zajištění nástupu na původní pracovní místa po návratu z mise, ocenění výsledků práce, podpora a ocenění z nadřazených stupňů řízení a velení). Vzhledem k tomu byla spolupráce velitele a psychologa v 6. PN dobrá, velitel byl pravidelně informován o psychologickém a sociálním stavu jednotky, byla mu navrhována opatření řešící problémy v těchto oblastech a velitel 6. PN pak na tyto návrhy v rámci možností objektivně existující situace vždy reagoval. Důležitá zde byla domluva mezi velitelem a psychologem, která byla dodržována, o právu a povinnosti mlčenlivosti psychologa v konkrétních případech individuálních psychologických problémů, kdy velitel byl informován pouze se souhlasem klienta. Tato domluva byla psychologem a velitelem respektována, což vedlo ke zvýšení důvěry k psychologovi.

2. *Vlastní činností psychologa či psychiatra.* Ta by měla začít již psychologickou přípravou před výjezdem na misi a seznámením se psychologem s jednotlivými účastníky mise a pohovorem s nimi, což vzhledem ke krátkosti doby před výjezdem bylo možno splnit jen částečně. Psycholog-psychiatr (dále jen psycholog) 6. PN, který měl již zkušenost se zahraniční misí, realizoval pro zdravotnický personál nemocnice 2 přednášky s workshopem se zaměřením na rizika mise a psychohygienu během mise. Proběhlo i zaměstnání s psychologem VLA, kde však vyvstal problém s tím, že tito zkušenosti s misí neměli. Navíc jeden z těchto psychologů poskytl ústně důvěrné informace získané při tomto sezení velení akademie, které sice správně zareagovalo a informace předalo velení 6. PN a to je pak poskytlo psychologovi 6. PN, ale důvěra účastníků tohoto sezení byla již narušena. Proto by příště jakákoli aktivita v této oblasti měla být konzultována s psychologem 6. PN.

Po příjezdu na misi pak psycholog může zvolit několik postupů:

- individuální práci s lidmi, kteří se na něj obrátí,

protože mají psychické problémy sami nebo je mají jejich rodinní příslušníci doma (zde může psycholog zajistit i případnou psychoterapeutickou či psychiatrickou pomoc v republice), popřípadě tyto lidi sám pozorováním vyhledávat a sám jim nabízet pomoc,

- skupinovou práci s malými sociálními skupinami s řešením skupinové dynamiky a prací na kohezi těchto skupin,
- pohovory s psychoterapií s jednotlivci či skupinami na základě pověření velitele či jeho zástupců nebo vyšetření těchto příslušníků na pokyn těchto nadřazených, popřípadě může provádět přednáškovou činnost.

Důležitá je zde tzv. supervize od psychologů stojících mimo nemocnici, jelikož i psycholog podléhá dynamice dlouhodobého pobytu v cizím stresujícím prostředí, je ovlivněn dynamikou malých skupin, do jeho práce se promítají jeho osobnostní charakteristiky a postoje. Proto je důležité, aby zde byl někdo, kdo sleduje jeho práci zvenku, dává mu zpětnou vazbu a zároveň může pracovat se skupinami a jednotlivci v 6. PN při svých návštěvách v nemocnici bez zátěže předchozího pobytu v nemocnici.

V konkrétním případě 6. PN pracoval psycholog také jako praktický lékař, takže měl stejné povinnosti jako ostatní lékaři včetně služeb, což na jednu stranu bylo určitou zátěží, na straně druhé mu to umožňovalo lépe spolupracovat s ostatními příslušníky 6. PN a řešit jejich psychické problémy i přes problémy somatické (při částečné psychogenní etiologii těchto problémů). Současně z důvodů specifické sociální situace u 6. PN, z důvodů časových (práce praktického lékaře, práce s místními obyvateli a uprchlíky) a z důvodu vyloučení vlastní zangažovanosti na vztazích v 6. PN se psycholog spíše zaměřoval na individuální práci s jednotlivci, kteří se na něj sami obrátili, nebo kterým sám svou pomoc nabídl na základě svého pozorování, které naznačovalo, že by na jejich obtížích mohly mít spolupodíl faktory psychické. Pracoval i individuálně s jednotlivými příslušníky 6. PN na základě pokynů velitele nebo jejich bezprostředních nadřazených. Základem této práce byla důvěrnost informací.

Většinou se pracovalo psychoterapeuticky - pomocí individuálního psychoterapeutického pohovoru, zpočátku ventilačního, který pak přecházel k poznání vlastní osobnosti klienta, jeho vztahů s okolím, jeho cílů v životě, porozumění jeho sociál-

ním vztahům a reakcím v 6. PN, s následným vypracováním optimálního plánu včetně psychohygienických opatření pro život v 6. PN, event. i po návratu domů. Pomocí *testu ostrova rodiny* se pracovalo se vztahy v rodině. Byla také používána kontaktní relaxace a práce s tělem, což jsou metody pro psychologa sice náročné, ale velmi vhodné hlavně při psychosomatických obtížích. V indikovaných případech byla podávána psychofarmaka - anxiolytika (Lexaurin, Neurol, Oxazepam), antidepresiva 3. generace (Aurorix, Prozac), hypnotika (Stilnox, Rohypnol, Nitrazepam), event. s doplněním léčby somatické při psychosomatických obtížích. Během pobytu byly 2krát vypracovány i sociogramy jednotlivých skupin 6. PN, s kterými pak byli seznámeni kromě velitele 6. PN jak velitelé těchto skupin, tak i zájemci z těchto skupin.

Psycholog i velitel 6. PN podporovali výjezd supervizní skupiny do 6. PN skládající se z hlavního odborníka pro klinickou psychologii AČR, psychologa supervizně dlouhodobě pracujícího s kolektivy krizových center a duchovního. Tato akce byla doporučena i oddělením mírových sil GŠ AČR a v 6. PN byl připraven i konkrétní program. Záměr však ztroskotal na kompetenčních sporech v rámci AČR v republice.

Pokud se týká psychických obtíží u příslušníků 6. PN, nejvíce se vyskytovaly adaptační obtíže, často v podobě psychosomatických obtíží (promítl se zde klasický problém přiznat před okolím i před sebou, že obtížně zvládám situaci na misi) - bolesti hlavy, páteře, žaludku, únava, zvýšená podrážděnost s výbuchy v iritačních situacích, spory s okolím, nespavost, stažení se do sebe. Objevily se i problémy doma, v rodinách příslušníků 6. PN, akcentované či vyprovokované dlouhodobým rozdělením rodiny. V Turecku se pak přidala i zvýšená citlivost na případné projevy otřesů půdy s následnou anticipační tenzí. Je zde nutno předpokládat i výskyt parciální posttraumatické stresové poruchy, která se může projevovat výše uvedenými příznaky, jako následek střetu s traumaty albánských uprchlíků a následků zemětřesení v Turecku. Tato skutečnost však nebyla diagnosticky přímo sledována a vyhodnocována.

Maximum obtíží u příslušníků 6. PN se vyskytovalo na začátku mise po příjezdu do Albánie (reakce na stres a maladaptivní obtíže), pak asi v polovině mise (desiluze z pobytu v malém prostoru, únava, „ponorková nemoc“) a v období asi měsíc před návratem (obava z přizpůsobení se pod-

mínkám doma, obava ze ztráty zaměstnání, rodinné problémy atd.). Zatímco v prvních dvou obdobích byl dáván důraz při psychoterapii na přizpůsobení se podmínkám v 6. PN a psychohygieně, v posledním případě se pak pracovalo hlavně s vytvořením plánu a řešením změněné situace po návratu domů.

Důležitá je pak i práce s příslušníky a jejich rodinami po návratu domů, což se z organizačních a časových důvodů v 6. PN nedělo nijak masově, ale pouze individuálně již na staronovém pracovišti psychologa-psychiatra. Jistě se dá diskutovat také o vhodnosti práce s rodinami příslušníků 6. PN během mise, ale to je již problém orgánů AČR v republice, který by však bylo vhodné řešit.

Další oblastí psychologické práce byla práce s příslušníky vojenských sil NATO, kde by se daly konstatovat stejné problémy a stejné typy terapie jako u příslušníků 6. PN, i když jsou tu jistě rozdíly sociokulturního a psychokulturního rázu (a pravděpodobně i biologického) mezi Čechy, Slováky, Italy, Litevci, Američany, Brity, Němci, Španěly, Poláky, Maďary atd., na které je potřeba reagovat při interakci s příslušníky těchto národů a následné terapii.

Ad 2.

Významná byla psychologická práce s albánskými uprchlíky z Kosova, občany Albánské republiky a Turky postiženými zemětřesením.

Nejdříve k uprchlíkům z Kosova. Zde je potřeba vycházet ze specifika albánského etnika, které je organizováno na základě patriarchálně řízené rozvětvené dovnitř uzavřené a velmi kohezivní rodiny. Do této rodiny je velmi obtížné proniknout, ven se dostane velmi málo věcí, rodiny jsou relativně navěky zvyklé na různá přikojí a traumata postihující je po století, společenské a morální normy se liší od okolních národů. A nyní zde došlo ke střetu Albánců se Srby. Obě etnika se navzájem napadala, páchala na sobě zvěrstva, docházelo hlavně k postihu prostých nevinných lidí. Mnoho lidí bylo zabito před očima svých příbuzných, mnoho lidí bylo mučeno, mnoho lidí bylo nezvěstných, uprchlíci museli velmi narychlo pod hrubým nátlakem opouštět své domovy, které mnohdy desítky let budovali, přišli o vše, přesouvali se za zimy mnoho kilometrů za těžkých podmínek, žili ve velmi stísněných a skromných podmínkách utečeneckých táborů, často byli i na území Albánie přepadáni albánskými bandity, došlo u nich k desiluzi z chování

občanů Albánie, kteří sami žili v nuzných podmínkách, často horších než kosovští Albánci ve své domovině a kteří se k nim chovali někdy nepřátelsky, se snahou obohatit se na účet kosovských Albánců, a kteří veškerou pomoc uprchlíkům podmiňovali často prioritní pomocí od mezinárodních organizací především jim - občanům Albánie. K tomu přistupovala nejasnost situace: nevěděli, kdy se budou moci vrátit do svých domovů, zda se shledají se svými blízkými, zda něco z domova vůbec najdou, jak bude situace vypadat dále, z čeho budou žít. Dále tu byl tlak ze strany militantních skupin kosovských Albánců. Do toho vstupovaly také rozbroje mezi humanitárními organizacemi (např. křesťanské a muslimské), spor mezi mladými moderními a starými konzervativními Albánci lpějícími na tradicích, vše v konfrontaci s moderním světem vneseným sem mezinárodními a humanitárními organizacemi. Výsledkem výše uvedeného je pak výskyt posttraumatické a parciální posttraumatické stresové poruchy jako reakce na traumatické události posledních měsíců, dále pak sekundární neurotizace dlouhodobým pobytem v utečeneckých táborech s nejasností situace v budoucnosti. A jsou zde samozřejmě i lidé léčící se pro psychické a psychosomatické obtíže již v minulosti před kosovskou krizí.

Jako ideální se jevílo působení v utečeneckých táborech optimálně po celých 24 hodin, aby prostřednictvím každodenního života bylo možno proniknout do albánské rodiny a moci zde psychiatricky a psychologicky působit na psychicky nemocné jedince. Optimální zde v tomto kontextu bylo vybudování ošetrovny svépomocí 6. PN v utečeneckém táboře s 24hodinovým provozem, kde by působil i psycholog. To se sice nakonec nepodařilo díky negativní ofenzivní politice Červeného půlměsíce Saudské Arábie. Psycholog však dojížděl do tábora jako praktický lékař, takže se podařilo zachytit mnoho výše uvedených poruch, které byly často maskovány jako somatická onemocnění. S ostatními lékaři pak bylo domluveno, že i oni posílali tyto pacienty k psychologovi do 6. PN. V léčbě pacientů pak byla kombinována farmakoterapie s psychoterapií, s kontaktní terapií a prací s tělem. Ve farmakoterapii, která byla limitována dostupnými léky, bylo užíváno anxiolytik a neuroleptik v nižších dávkách (Lexaurin, Neurol, Oxazepam, Diazepam, Rivotril, Chlorprotixen, Tisercin, Plegomazin, Thioridazin, Tiapridal, Dogmatil), antidepresiv (Aurorix, Prothiaden, Noveril, Ludiomil, Prozac, Amitriptylin, Seropram,

Zoloft), hypnotik (Stilnox, Rohypnol, Nitrazepam) v kombinaci se somatickou léčbou u psychosomatických poruch. V psychoterapii byla používána především ventilační psychoterapie s přechodem na vysvětlení, čím jsou potíže zaviněné - především u posttraumatické stresové poruchy - rozborem osobnosti klienta s tím, co by měl nyní tady a teď dělat, aby se mu obtíže zmírnily. Vhodná byla i režimová a psychohygienická opatření. Zároveň byl důležitý přátelský a chápavý přístup ze strany psychoterapeuta vůči klientovi a získání jeho důvěry. Za důležité považují i pokyn klientům, aby si všímali hezkých chvil či si je aktivně vytvářeli a prožívali je. Specifikou albánské rodiny bylo, že vyšetření byl vždy přítomen nějaký zástupce rodiny, který „hlídal“ pacienta - příslušníka rodiny, což bylo dobré, jelikož se tak mohla realizovat jakási „minirodinná terapie“ nebo alespoň poučení členů rodiny. Jestliže se používala kontaktní relaxace či práce s tělem, muselo se u Albánců a hlavně u Albánek postupovat velmi citlivě vzhledem k jejich muslimské tradici (či spíše pseudomuslimské, setřené érou socialismu, charakterizované ne příliš velkou vírou v Boha, ale přetrvávající hlavně v každodenních zvyklostech). U psychotických pacientů, kterým Srbové sebrali léky při vyhnání z domovů, se dost často objevoval problém agresivity v utečeneckých táborech - stresující prostředí bez možnosti být sám ve stereotypním klidném prostředí.

Zajímavý fenomén se objevil při zakončení kosovské války po vítězství spojenců, kdy se při oznámení této skutečnosti s následným vyhlášením brzkého návratu uprchlíků v jediný den objevilo v 6. PN několik mladých dívek s konverzními poruchami - nemohly se postavit na nohy a chodit nebo dokonce omdlávaly. Jakoby je ochromil strach z návratu domů, předtím potichu dřímající v relativním klidu utečeneckého tábora, neboť rodiče, kteří se jim zde mohli hodně věnovat, najednou začali organizovat přesun domů a na dcery již neměli čas. Všechno to byly dívky, které se již před válkou léčily pro obdobné obtíže.

Důležité je zmínit se zde o mezinárodních aktivitách WHO směřujících k zajištění duševního zdraví utečenců. Na začátku kosovské krize a přílivu kosovských uprchlíků do Albánie bylo rozhodnuto o vytvoření výboru skládajícího se ze zástupců WHO, albánského ministerstva zdravotnictví, nevládních humanitárních zdravotnických organizací

a NATO, který by organizoval psychologickou, psychiatrickou a sociální pomoc albánským uprchlíkům z Kosova. Na nejnižší úrovni měly být vytvořeny tzv. mobilní týmy skládající se z psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka (participovat na jejich vytvoření měly všechny organizace výše uvedené včetně zdravotnického personálu kosovských Albánců i občanů Albánie), které měly navštěvovat utečenecké tábory, zde realizovat screening posttraumatické stresové poruchy a ostatních psychiatrických poruch a nemocí a provádět pak jejich léčbu. Ve všech okresech Albánie měli být určeni koordinátoři z řad albánských lékařů. V případě větší závažnosti poruchy měl být pacient odeslán do vyšších psychiatrických zařízení albánské proveniencce, popř. prostřednictvím mezinárodních organizací do specializovaných psychiatrických zařízení v zahraničí. Byl to sice dobrý nápad, každý týden se konalo zasedání pléna participantů na tomto plánu, kde probíhaly bohaté diskuse, byla provedena školení lidí mezinárodními organizacemi (různá úroveň kvality, časté propagandistické zaměření těchto školení), byl zpracován podrobný seznam participantů s uvedením, kde se nacházejí, koho a co mohou nabídnout, jaké je na ně spojení, byly rozdány manuály jak postupovat obecně u uprchlíků, ale vše ztroskotávalo na jednáních s albánskou vládou, která prosazovala, že stejnou péči, kterou budou mít utečenci, musí mít i občané Albánie, což se jim také podařilo nakonec prosadit. Teprve potom byla uzavřena dohoda mezi WHO a albánskou vládou. Mezitím však kosovská válka skončila, uprchlíci se přes snahu mezinárodního společenství o jejich postupný a organizovaný návrat do Kosova vraceli úprkem a neorganizovaně, takže na území Albánie již nebylo koho léčit.

V rámci 6. PN byli léčeni i občané Albánie. Z psychiatrického hlediska se především jednalo o dlouhodobou neurotizaci a psychosomatizaci neutěšenou životní, politickou, bezpečnostní a především ekonomickou situací bez radostnější vyhlídky do budoucnosti. Léčba byla v podstatě kombinací metod uvedených v popisu léčby kosovských uprchlíků.

Turecko pak bylo charakterizováno silnými muslimskými tradicemi na jedné straně, na druhé straně pak skupinou lidí, kteří žili životním stylem západního světa. Zemětřesení však otřáslu oběma skupinami obyvatelstva. V první řadě zde byl hrůzný první

otřes, při němž zahynulo mnoho tisíc lidí, včetně celých rodin či z rodiny zbyla jen část členů, a bylo zničeno velké množství domů. Ohrožující a traumatizující pak byly i následné menší otřesy, ke kterým docházelo řadu týdnů po prvním zemětřesení. A když se již konečně zdálo, že už k dalším otřesům nedojde a lidé se pomalu začali stěhovat do svých domovů, přišlo další silné zemětřesení v Ducze, které lidi opět silně stresovalo a otřáslu jejich důvěrou v bezpečnost světa. Do této situace pak přicházely „zaručené“ zprávy o dalších chystaných velkých zemětřeseních v té či oné oblasti, vládní pomoc nebyla vždy taková, jakou by si lidé představovali, často ji provázela i chaotičnost. Toho všeho využívaly opoziční síly - objevovaly se zprávy o špatně postavených celých blocích domů na základě šizení materiálu apod., takže v první fázi byla narušena důvěra lidí v bezpečnost jejich světa - byli svědky rychlé smrti blízkých a známých lidí, sami byli často ohroženi na životě, viděli zhroutené své domovy, přišli o veškerý majetek, žili v kempech ve velmi provizorních podmínkách (velké množství lidí na malém prostoru bez odpovídajícího hmotného zajištění), jestliže jejich domy vydržely, tak měly narušenou statiku, lidé se v nich báli bydlet, následující, i když menší otřesy, vytvářely u již tak traumatizovaných lidí další anticipační tenzi. Působila tu i obava z nejisté budoucnosti co do materiálního zabezpečení rodin. U věřících lidí tragické následky zemětřesení vyvolávaly otázku, jak to, že Bůh dovolí takovéto hrůzné věci, a narušovaly jejich důvěru v řád světa.

Psycholog 6. PN opět pracoval kromě své profese jako řadový praktický lékař jak v nemocnici, tak v kempech, což mělo výhodu ve screeningovém vyhledávání jeho potenciálních pacientů přímo „v poli“ (opět mnoho původně psychogenních obtíží se skrývalo v obtížích somatických). Vzrostla i osvěta mezi ostatními lékaři, takže ti častěji posílali pacienty k psychologovi, a to i pacienty s psychosomatickými obtížemi. Přínosné bylo také zřízení „psychoterapeutického koutku“ v nemocnici, takže zde byl i prostor pro nerušenou práci s pacienty. Důležitá zde byla i větší otevřenost turecké populace vůči léčbě a větší ochota Turků participovat na psychoterapii.

Okruh diagnóz zde opět tvořily:

- akutní reakce na stres (nové otřesy, úmrtí apod.),
- posttraumatická či parciální posttraumatická stresová porucha,

- pacienti léčení již před zemětřesením na psychiatrii či u psychologa - nyní byli dekompenzováni novými traumaty, často se jednalo i o smrt ošetřujícího lékaře při zemětřesení,
- neurotizace dlouhodobým ohrožením novými otřesy, živením v kempech, obavami z neutěšené ekonomické situace v budoucnosti,
- častá psychosomatizace (bolesti hlavy, páteře, břicha, infekční choroby, noční pomočování u dětí),
- strach pobývat v domech,
- strach, hlavně dětí, být sám apod.

Vyskytl se zde zajímavý, ale z lidského hlediska otřesný případ opakované traumatizace jednoho pacienta, který nejprve, když sloužil v turecké armádě, jako jediný přežil brutální povraždění svých 12 druhů kurdskými povstalci, pak prožil pokus o své lynčování po autonehodě v jedné turecké vesnici na východě země, což u něho postupně vyprovokovalo vznik schizofrenie, a nyní byl znovu traumatizován zemětřesením.

Léčebný postup byl stejný, jako je popsán u léčení kosovských uprchlíků. Turecká vláda taktéž vysílala do jednotlivých státních kempů dobrovolníky - psychology či studenty psychologie, kteří podle své erudice pracovali s místními obyvateli kempů. Problém však byl v krátkosti jejich působení (1-2 týdny), nedostatečné vycvičenosti některých, hlavně studentů psychologie, v jejich vlastní traumatizaci při práci v kempech bez možnosti supervize a abreakce (např. u studentů to byla vlastně první psychologická práce). Celkově to však byla věc velmi prospěšná.

Obecně problémem při psychoterapii byla jazyková bariéra mezi pacientem a terapeutem, řešená pomocí tlumočnicků. Nutně zde musela vyvstát otázka, do jaké míry je obsah přetlumočených věcí identický, hlavně při větší fluktuaci tlumočnicků v Turecku. Optimální by byl vycvičený tlumočnick pro

psychoterapii či tlumočnick-psycholog či psychiatr nebo placený tlumočnick, který by setrval delší dobu u 6. PN, naučil se lékařskou, event. psychiatrickou a psychologickou terminologii, a postupy a výtežnost psychoterapie by pak byla větší.

Nakonec zbývá ještě zodpovědět otázku, kdo by měl vykonávat funkci psychologa či psychiatra v polní nemocnici vyjíždějící na zahraniční misi. Měl by to být především odborník zkušený ve svém oboru - psychiatrii či klinické psychologii, mít příslušné atestace, psychoterapeutický výcvik, speciální výcvik v krizové intervenci se speciálním zaměřením na akutní reakci na stres a posttraumatickou stresovou poruchu, znát pochody v malých sociálních skupinách a umět s nimi pracovat. Měl by být vyzrálý, psychicky stabilizovaný, měl by mít svého supervizora či supervizory - běžnou normou by měl být výjezd supervizní skupiny psychologických a psychiatrických odborníků v této oblasti (ale opravdových odborníků, ne lidí bez příslušného vzdělání, erudice, zkušeností). Vhodné by bylo zřízení školicího místa pro výškolení psychiatrů či psychologů pro výjezdy na mise, nejlépe při psychiatrickém oddělení a Ústředním lékařsko-psychologickým oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, která se touto problematikou zabývá. Tato oddělení by pak společně s psychologem či psychiatrem polní nemocnice zajišťovala psychologický výcvik příslušníků polní nemocnice, sledování jejich psychického stavu před misí, v průběhu mise a po misi a zajišťovala by jejich případnou léčbu.

Korespondence: Mjr. MUDr. Vlastimil Tichý
Ústřední vojenská nemocnice
Praha

Do redakce došlo 11. 5. 2000