

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA UNIVERSITY KARLOVY V PRAZE

MAGISTERSKÁ PRÁCE

KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD

DANIEL ŠTROBL

PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MODERNÍ VÁLKY

(PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF
THE MODERN WAR)

Praha, jaro 1999

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Praha, 15. března 1999

bc.DanielŠtrobl

OBSAH

Seznam použitých zkratk

- Kapitola I Úvod, vymezení tématu a pojmů
- Kapitola II. Reakce na stresovou a traumatickou událost
 - 2.1. Historie studia válečných traumatických stresů
 - 2.2. Akutní stresová porucha
 - 2.3. Posttraumatická stresová porucha
 - 2.3.1. Příčina
 - 2.3.2. Vtíravé myšlenky
 - 2.3.3. Potlačování
 - 2.3.4. Předráždění
 - 2.3.5. Sociální vztahy
 - 2.4. Částečná PTSP
 - 2.5. Dehumanisace
 - 2.6. Další reakce na traumatický zážitek
 - 2.7. Jiné negativní ps. stavy u vojáků
 - 2.8. Pozitivní aspekty traumatu
 - 2.9. Závěr
- Kapitola III. Válka ve Vietnamu
 - 3.1. Historické pozadí
 - 3.2. Psychosociální důsledky
 - 3.3. PTSP a jiné následky války u Vietnamských veteránů
 - 3.4. Srovnání PTSP u Vietnamských veteránů a u civilistů
 - 3.5. Psychosociální péče o Vietnamské veterány
 - 3.6. Závěr
- Kapitola IV. Válka v Perském zálivu
 - 4.1. Historické pozadí
 - 4.2. Charakteristika konfliktu
 - 4.3. Výsledky studií o PTSP a dalších psychických problémech u veteránů z Perského zálivu
 - 4.3.1. Metoda
 - 4.3.2. Výsledky
 - 4.3.3. Jiné psychické problémy
 - 4.3.4. Premorbidita
 - 4.4. Závěr
- Kapitola V. Válka v bývalé Jugoslávii
 - 5.1. Historické pozadí
 - 5.2. Psychosociální důsledky nasazení v misi
 - 5.3. Výzkyt reakcí na stres u příslušníků mírových misí
 - 5.4. Závěr
- Kapitola VI. Psychosociální péče o vojáky
 - 6.1. Prevence
 - 6.1.1. Výběr a výcvik lidí vystavovaných traumaticky stresovým situacím
 - 6.1.2. Rodinné trauma - analýza a psychosociální podpora
 - 6.1.3. Debriefing
 - 6.1.4. Vojskoví psychologové
 - 6.1.5. Vojenští kaplani
 - 6.2. Psychologická intervence v okamžiku traumatické události

6.3.	Psychologická intervence při ASP
6.4.	Terapie zpožděné reakce na trauma
6.5.	Terapie PTSP
6.5.1.	Co dělat a čeho se vyvarovat při léčbě PTSP
6.5.2.	Kognitivně-behaviorální terapie
6.6.	Systém péče o veterány
6.7.	Závěr
Kapitola VII.	Psychosociální péče v Armádě ČR
7.1.	Psychologická služba v Armádě ČR
7.2.	Příprava, průběh a následná péče o vojáky nasazené do mírových akcí
7.2.1.	Příprava
7.2.2.	Období nasazení
7.2.3.	Následná péče
7.3.	Závěr
Kapitola VIII.	Závěrečné shrnutí
Poznámky	
Seznam použité literatury	
Result	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AČR - Armáda České republiky

AOR - Agent Orange Registry - organizace pro pomoc Vietnamským veteránům vystaveným působení pesticidu Agent Orange

ASP - Akutní stresová porucha (ang. ASD - Acute Stress Disorder)

DSM - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké asociace psychiatrů (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder of American Psychiatric Association)

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MO ČR - Ministerstvo obrany České republiky

ODS - Operace Desert Storm a Desert Shield

PTSP - Posttraumatická stresová porucha (ang. PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder)

SSA - Social Security Administration (Am. úřad soc. zabezpečení)

ÚVN - Ústřední vojenská nemocnice

VA - Veterans Administration (Úřad pro záležitosti veteránů)

KAPITOLA I.

ÚVOD, VYMEZENÍ TÉMATU A POJMŮ

V zimě 1991 vypukla válka v Perském zálivu a téměř celý svět mohl sledovat tento konflikt doslova v přímém přenosu. Kuvajtská krize byla zlomová v mnoha ohledech. Vyhnu se obecným politickým, či filosofickým úvahám a soustředím se na Českou republiku. Od listopadové revoluce v roce 1989 uplynul sotva rok a naši vojáci byli najednou kdesi v arabské poušti s posláním kooperovat s multinárodnostním vojenským kontingentem v úsilí osvobodit Kuvajt. Něco podobného bylo do té doby neslýchané. Vzpomínám si na ten zvláštní pocit, když jsem se toho lednového rána probudil a televize neustále informovala o právě započaté ofenzivě a o československých vojácích, kteří tam kdesi daleko plní své úkoly. Velmi rychle jsme si museli uvědomit, že vojenské bojové akce se nás v budoucnu budou patrně týkat víc, než tomu bylo v době existence Varšavské smlouvy.

Nedlouho nato se zhroutila bývalá Jugoslávie a naši vojáci byli do oblasti válečného konfliktu vysláni znovu. Tentokrát ne s úkolem bojovat, ale naopak nastolit mír a to v zemi, kterou občané naší republiky vesměs znají ze svých dovolených. Sdělovací prostředky nás zásobovaly informacemi o bosenských koncentračních táborech, etnických čistkách a našinec si nejednou kladl otázku - jak je to vůbec možné? Časem, jak přibývalo těch, kteří se této mise nějak zúčastnili, začaly prosakovat informace, že bývalí vojáci mají problémy zařadit se do normálního života ve své vlasti, rozvádějí se, či pijí v nadměrné míře alkohol. A tím se dostávám k tomu, co mě přimělo napsat tuto práci. Dovolte mi zde osobní vzpomínku.

Než jsem začal studovat psychosociální vědy, pracoval jsem rok jako průvodce anglicky mluvících turistů a měl jsem tak možnost setkat se s řadou cizinců, nejrůznějšího původu a povolání. Tehdy jsem se seznámil s jedním veteránem z Vietnamské války. Tuto část amerických dějin jsem do té doby znal jen z filmů mnohdy nevalné úrovně a v podstatě jsem se o to příliš nezajímal. Kromě vzpomínek na vlastní bojové

nasazení mě tento muž uvedl do problematiky lidí, kteří válku ve Vietnamu prožili a dodnes jim tato zkušenost způsobuje problémy.

Na jaře 1997, kdy jsem se rozhodoval o tématu své magisterské práce, potkal jsem dalšího veterána - tentokrát z oblasti Bosny. Byl to Srb, který trpěl velkým pocitem viny, neboť byl svědkem toho, jak jeho velitel dal rozkaz zabít malé dítě. Přítel tohoto vojáka rozkaz neprovedl a byl na místě zastřelen. Muž, o kterém je zde řeč, následně nato za velice dramatických okolností utekl z oblasti bývalé Jugoslávie, dnes žije v naší republice a má značné psychické problémy související s touto událostí. Začal jsem tehdy přemýšlet o psychologických důsledcích válečné zkušenosti a položil jsem si následující otázku. Jestliže psychosociální pomoc veteránům z Vietnamu v mnoha ohledech selhala, či úplně chyběla, je situace o dvacet let později lepší?

Nyní k vlastní práci. Hned na začátek bych rád vysvětlil samotné téma - psychologické důsledky moderní války.

Je mnoho definic války. Jinak o ní hovoří politici, jinak vojáci na rozdíl od civilního obyvatelstva. Její vnímání se liší dokonce i mezi jednotlivými národy, které se řídí zkušenostmi, jež s válkou mají. Ve Spojených státech je tedy vnímána především jako cosi, co je daleko za mořem a týká se jen armády, případně rodin, jejichž člen je voják. Obyvatelům některých zemí (Velká Británie, Holandsko, ad.) se vybaví bombardování civilních objektů. Další národy mají zase tendenci chápat vojenskou intervenci jako částečnou, či úplnou okupaci (Francouzi, Norové, Češi, ap.). Občané tradičně neutrálních zemí (Švýcarsko, Švédsko) mají v popředí vzpomínky na materiální nedostatek či nemožnost svobodné pohybu z vlasti. Onen vietnamský veterán zmiňovaný výše mi velmi nevědecky řekl, že „válka je podvědomá touha každé společnosti zbavit se nejlepších členů své generace“. Pro účel této práce se mi jeví jako nejvýstižnější výrok doktora Weisetha, který říká - "válka je komplexem celé řady psychologicky traumatizujících událostí." (*Weisaeth, 1997*)

Pod pojmem psychologické důsledky se míní soubor reakcí na takovou zkušenost. Budeme-li sledovat vojáka v jakékoli době odjíždějícího do války, najdeme ho v mnoha situacích, které jsou velmi zatěžující. Bude odloučen od rodiny a blízkých,

na dobu značně nejistou a s vědomím, že se vůbec nemusí vrátit. V době svého aktivního bojového nasazení bude mnohokrát ohrožován na životě, možná bude dokonce zraněn. Rozhodně však budou zranění, či zahynou někteří jeho přátelé, uvidí množství mrtvých těl zohavených způsobem, jak to dovedou jen lidské zbraně. V neposlední řadě on sám bude muset zabíjet. Možná uvidí svou oběť a bude se ptát - kdo to byl? Měl taky matku či manželku? Jaký to byl člověk? Navíc bude trávit všechn svůj čas v převážně mužské společnosti a bude muset dodržovat pravidla spojená s vojenským režimem. Takovéto zkušenosti musí jistě člověka určitým způsobem změnit. Až se vrátí domů, jeho blízcí si toho všimnou a on zase bude konfrontován s faktem, že se cosi událo s jeho rodinou za tu dobu, co on byl pryč.

Přívlastkem "moderní" mám na mysli určitá specifika, kterými se dnešní ozbrojené konflikty liší od těch minulých. Dala by se najít a vyjmenovat politická a historická kritéria typická pro dnešní a tradiční války - dříve byl konflikt obvykle spouštěn územními, či náboženskými požadavky určité strany a narušením suverenity strany druhé, do války byli téměř až do konce minulého století zataženi jen ti, kterých se bezprostředně týkala (s malou účastí civilního obyvatelstva), vojáci v těchto válkách byli motivováni především vlasteneckými, či náboženskými pohnutkami (kromě žoldnéřů), atd. Nechci v žádném případě tvrdit, že ono "tradiční" z válek vymizelo. Ne, to zde bude patrně vždy. Naše století a zvláště jeho druhá polovina k tomu však přidaly cosi nového.

I. sv. válka naprosto změnila styl válčení. Vojáci už proti sobě nešli v sevřených šicích, oblečení do pestrých uniforem. V měřítku do té doby nevídaném se zde uplatnila technika schopná zabít najednou několik desítek lidí. V zaangažovaných zemích byla válka věcí takřka všech mužů schopných boje a stala se poznávacím znamením celé jedné generace.

II. sv. válka byla na straně napadených signifikantní především vlasteneckým bojem. To platí i pro Američany, kteří oprávněně cítili ohrožení své suverenity ze strany Německa a Japonska. Zlom způsobený prvním použitím atomových zbraní je dostatečně znám.

Válka v Koreji však předznamenala typ konfliktu, který zde byl do té doby v podstatě nevídaný. OSN vysílá do země zasažené občanskou válkou vojenské jednotky s cílem, de facto zabránit šíření komunismu. Vzdáleně to připomíná někdejší křižácká tažení - země, aktuálně neohrožená, pomáhá jedné bojující straně ve jménu určité ideologie. Je prakticky nezjistitelné, co tento druh války dělal s vojáky v historii. V porovnání s národně osvobozenecským bojem je tu však jeden podstatný rozdíl - osobní přístup jednotlivého vojáka. Každé prožité trauma se zvládá o poznání lépe, pokud jedinec zná smysl toho, co se stalo. Aby bylo jasné, co zde myslím, uvedu následující příklad: Americký voják, jenž ztratil v době invaze v Normandii svého přítele a byl zároveň svědkem nesmírného utrpení velkého množství lidí, nehledě na to, že on sám byl na životě bezprostředně ohrožován, bude toto trauma zvládat bezesporu lépe, než kdyby totéž zažil v Koreji, či ve Vietnamu. Každý Američan totiž věděl, že nepodaří-li se porazit nacistické Německo, je zde reálné nebezpečí jeho invaze do USA. Nebylo tedy těžké najít smysl v utrpení II. sv. války. Stejná zkušenost zažitá o šest, či dvacet let později, v Jihovýchodní Asii, však zůstala pro mnoho lidí beze smyslu, což vedlo k jejímu horšímu zvládnutí. Bylo by samozřejmě mylné vyvozovat že II. sv. válka se obešla bez negativních psychických důsledků. Jistě se následně objevily. Vědecké srovnání by však bylo velmi těžké, neboť neexistují srovnatelná diagnostická kritéria. Mým cílem v této práci navíc není tento rozdíl dokázat. Výše zmíněný příklad byl jen jakousi ilustrací změn, které se v tradičním vnímání války odehrály.

Tři konflikty, které zde rozebírám z pohledu psychologických následků - Vietnam, Perský Záliv, Bosna - mají společný jmenovatel právě v tomto rozměru, jenž zde byl popsán. Vzhledem k tomu jsem se tedy soustředil jen na ty armády, které zde prováděly vojenskou misi. Považuji totiž tento rys za důležitý pro vnímání konfliktů, jež budou do budoucna důležité pro naši armádu (optimisticky předpokládám, že naše země nebude napadena na svém historickém území).

Konflikt ve Vietnamu skončil před více než pětadvaceti lety. Účast Spojených států byla mnohokrát diskutována a kritizována. Se svou délkou přesahující deset let se podobně jako I. a II. sv. válka stal důležitou událostí v životě jedné americké generace a pokud přemýšlíme o onom v mnoha ohledech zajímavém období šedesátých let,

nesmíme válku ve Vietnamu ze svých úvah vytěsnit. Problematika veteránů se stala jakýmsi mementem a byla mnohokrát zpracována jak ve vědeckých studiích, tak i v uměleckých dílech. V neposlední řadě byla značně zpopularizována a mnohdy zkreslena hollywoodskou filmovou produkcí. Zájem o tuto oblast si vysvětlují jednak množstvím lidí, kterých se týká (vietnamskými bojišti prošlo více jak tři miliony Američanů) ale i svým způsobem selháním úřadů a v neposlední řadě psychosociálních pracovníků, jenž tento problém zpočátku podcenili a začali se jím zabývat až v době, kdy jej nebylo možné přehlédnout. Svou roli hrála jistě i kontroverznost tohoto konfliktu v očích jak americké, tak světové veřejnosti.

Druhý konflikt v této práci je válka v Perském zálivu. V řadě ohledů stojí tato krize za povšimnutí. Koncem osmdesátých let skončila studená válka a euroamerický svět měl na krátkou dobu opět pocit, že válečnému ohrožení odzvonilo. Napadení Kuvajtu a následná účast multinárodnostního kontingentu při útoku na Irák, vrátila demokratický svět zpátky na zem a učinila přítrž diskusím o razantním odzbrojení. Vynořilo se nové nebezpečí v podobě nábožensky fundamentalistických režimů, které se projevují ať už otevřenou vojenskou agresí na některého svého souseda, tak stále narůstající vlnou terorismu. Pro Spojené státy to byla od dob Vietnamu největší vojenská akce a pro Československo vůbec první regulerní bojové nasazení své armády (v žádném případě zde nechci snižovat význam legionářů a zahraničního vojska v průběhu II. sv. války). Zároveň krize na Středním východě předznamenala zvláštní druh vojenské operace, kde se vedle sebe sejdou vojska mnoha zemí mezi nimiž nejsou dlouhodobé smluvní závazky.

Třetí válka - v Bosně - je příkladem svébytného druhu vojenské operace, jenž se nazývá mírová mise. Mezi její znaky patří mj. fakt, že zahraniční vojáci - misionáři - zde nejsou pro vítězství, ale buď jen jako pozorovatelé válečné mašinérie, nebo naopak pro odtržení bojujících stran od sebe. Mírovou misi provádí obvykle kontingent vojska OSN, či armády, nebo armád, které OSN pověří nastolením míru v určité oblasti. I do Bosny, stejně tak jako do Kuvajtu, byla poslána jednotka českých vojáků.

Na základě obecných znalostí a dále specifických zkušeností s těmito konflikty jsem se snažil zjistit jaké jsou psychologické důsledky moderní války. A vzhledem k tomu, že čeští vojáci jsou již téměř deset let vystavováni válečné situaci a že tomu tak

bude nejspíše i v budoucnu, mě zajímalo zda je Česká republika připravena na své veterány.

Nesnažil jsem se jednotlivé konflikty srovnávat mezi sebou. Ono to dost dobře ani nejde. Mají sice několik společných aspektů, ale zároveň se v mnoha ohledech diametrálně liší. Nicméně je zde problém jakéhosi neutrálního bodu, z kterého by šlo tyto bojové akce nazírat. Nejsem vojenský historik ani teoretik a psychologie mi zde mnoho možností nenabízí. Diagnostická kritéria se totiž neustále vyvíjejí a pro jednotlivé války se v řadě ohledů lišila. To se týká především Vietnamu a zbylých dvou.

Na druhou stranu jsem, kde to šlo, na shodná místa upozornil. Kdybych totiž přijal jako fakt, že války jsou nesrovnatelné, nemělo by vůbec smysl jakoukoli podobnou práci psát, neboť by její výsledky neměli význam pro budoucnost. Takovýto nihilismus odmítám a mám za to, že každá v této práci zmíněná válka má v sobě řadu ploch, jež jsou styčné nejen navzájem, ale i s konflikty budoucími.

Na závěr bych rád touto cestou poděkoval za účinnou pomoc následujícím lidem:

Jasonovi Goscha a Health Sciences Library University of Maryland v Baltimore, USA, Mgr. Marku Preissovi z MO ČR, kpt. Mgr. Miroslavu Strašákovi z VÚ Chrudim, MuDr. Vlastimilu Tichému z ÚVN v Praze - Střešovicích, hlavnímu kaplanovi AČR por. ThMgr. Tomáši Holubovi, PhDr. Jířímu Hendrychovi, CSc. z Hlavního personálního úřadu MO ČR, MuDr. Petru Smolíkovi, CSc. z PL Bohnice, a dalším.

Zvláštní dík patří vedoucí této práce Doc., RnDr. et PhDr. Marii Vágnerové, CSc.

KAPITOLA II.

REAKCE NA STRESOVOU A TRAUMATICKOU UDÁLOST

Když se hovoří o psychologických důsledcích moderní války, má se zde na mysli především následek vystavení traumatické události a dále důsledek života ve specifickém prostředí vojenské jednotky plnící bojové úkoly. Lidská psychika na takovou zkušenost reaguje různými formami stresové poruchy:

-Akutní stresová porucha (ASP)

-Posttraumatická stresová porucha (PTSP)¹

-Částečná posttraumatická stresová porucha

či jinými psychickými změnami.

2.1. Historie studia válečných traumatických stresů

První popsání případů reakce na stres se vyskytly v roce 1763 (traumatická zkušenost pětičlenné rodiny při sesuvu půdy v Alpách). Studium emočních reakcí na nepřírodní katastrofy se datuje k období války Severu proti Jihu. Tehdy byly pozorovány stavy "nostalgie". Lékaři používali termíny jako "vojákově srdce", "vznětlivé srdce", či "syndrom z námahy", aby popsali biologické důsledky vyplývající ze stresu, kterému byli vojáci vystaveni (*Tichý, 1996*). I. světová válka znamenala přelom v obrazu bitevního pole. Využití nových technologií způsobilo celou řadu reakcí, které nebyly nikdy dříve popsány. Z této doby pochází termín "granátový šok" (ang. shell shock), jenž popisuje stav velmi podobný hysterii (obraz takto postiženého člověka je značně bizarní. Na originálních filmových záznamech vidíme pacienty, jimž se klepou všechny končetiny, mají problémy s motorikou, nacházejí se v křečovitých pózách). Tehdejší

odborníci si s tím nevěděli rady. V minulém století a začátkem našeho se mělo zato, že jakákoli psychická porucha a zvláště hysterie, je věcí výhradně žen. Sigmund Freud sám pracoval převážně s ženskou klientelou, navíc ze specifické sociální skupiny, a tak byli mnohdy tyto oběti traumatu označováni za zbabělce, simulanty a s tímto odůvodněním dokonce popraveni. Nejdříve se hledalo organické vysvětlení tohoto jevu. Když se nedostavovaly výsledky, zkusili někteří psychologové a psychiatři použít Freudovy závěry a nechali tedy své pacienty volně mluvit. Zlepšení a často dokonce uzdravení ujistilo profesionály, že zde mají co dělat s psychogenní příčinou.

Později, v průběhu II. sv. války se ujaly termíny jako "vyčerpání z bitvy", či "válečná neurosa", jako pojmy, které měli zahrnout symptomy vyskytující se u vojáků - únavu, vyčerpání a úzkost. "Tisíce - mílový pohled" popisoval vyčerpání pěšáků stojících na pokraji zhroutil. (velmi pěkně je tento stav popsán ve známé knize Normana Mailera - *Nazi a mrtví*). Samostatnou kapitolu tvořily výzkumy zabývající se vězni v koncentračních táborech. Prokázaly přetrvávající psychické poškození, zvýšenou náchylnost k somatickým onemocněním a předčasná úmrtí.

O válce ve Vietnamu, která přinesla do této problematiky mnoho nového píše v následující kapitole.

Vytvoření standardních diagnostických norem jako je v Evropě Mezinárodní klasifikace nemocí, či v zámoří Diagnostický a statistický manuál Americké asociace psychiatrů² umožnilo odborníkům systematický výzkum této oblasti v širokém rozsahu a se značným časovým horizontem, který je nutný pro zkoumání především chronických stadií PTSP.

2.2. Akutní stresová porucha

V čase první reakce na traumatizující událost je akutní stresová porucha. Mezinárodní klasifikace nemocí ve znění 10. decennální verze (*MKN-10, 1992*) užívá název akutní stresová reakce, ale vzhledem k tomu, že jsem pracoval s prameny převážně amerických autorů, používám kritéria i pojmosloví Diagnostického a statistického manuálu psychických poruch Americké psychiatrické asociace (*DSM-III-R, 1987 a DSM-IV-R,*

1994). ASP je bezprostřední reakcí na fyzický či duševní stres. Vzniká bezprostředně po zážitku a odeznívá během několika hodin, či dnů. Postihuje největší skupinu lidí vystavených traumatu. ASP je charakteristická trváním nejméně dva dny ale ne více než měsíc. Stresorem zde může být, kromě výše zmíněných, i náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení, či vztazích (náhlé úmrtí blízké osoby).

Jedinec na zátěžovou situaci reaguje mobilizací schémat, která si osvojil při řešení podobných situací, či která jsou mu dána pudově. Navenek se projevuje značnou reakcí na úrovni emocí - pláč, strach, zlost, hysterický smích, panika; chování - psychomotorický neklid, mutismus, stupor, nutkání utéci, neúčelné impulsivní reakce; prožívání - pocit neskutečna (to se mi jen zdá), časová distorse; vnímání - zúžení zorného pole. Jestliže však tyto mechanismy selžou, projeví se ASP. Obraz této poruchy je značně variabilní ale obvykle zahrnuje úvodní stav "ustrnutí" se zúžením vědomí a pozornosti, neschopností chápat podněty a desorientací. Tento stav může dále pokračovat až k dissociativnímu stuporu, či naopak k aktivaci až k hyperaktivitě (útěková fuga - nemotivované toulání s desorientací, panika, agrese atd.) Časté je depresivní ladění, úzkost, poruchy vegetativních funkcí - tachykardie, pocení, zčervenání, dále pak poruchy spánku, pocity insuficience. Rizikem je tendence některých obětí k sebepoškozování, jenž patrně souvisí se znečitlivěním a s extrémní snahou jedince získat nějaký tělesný podnět. Znamé jsou i případy suicida, rozvoje psychotických symptomů (bludů a halucinací, či ilusí), regrese (žvatlání, cucání prstu), hypersexuální reakce se ztrátou zábrán a depersonalisace. ASP může vzniknout bezprostředně na zátěžovou situaci, či zpožděně jako reakce na stimul, který vyvolal asociaci, nebo po prvním spánku (Tichý, 1996).. Příklad ASP s psychologickou intervencí uvádím v kapitole č. 6.

Trauma je vždy katalyzátorem pro celou řadu změn. Studie dokazují, že průběh akutní stresové poruchy určuje zda se rozvine PTSP. Předpokládá se, že včasné odhalení a následná intervence zamezí vytvoření chronických příznaků (Tichý, 1996).

2.3. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatickou stresovou poruchu lze pokládat za maladaptivní reakci na těžký, či trvalý stres, neboť narušuje mechanismy úspěšného vyrovnání se s ním. Vzniká jako zpožděná, a nebo protrahovaná odezva na psychologicky traumatizující stresovou událost, která obvykle přesahuje rozsah běžné lidské zkušenosti (přírodní katastrofa, vojenské bojové akce, mučení, znásilnění) a která pravděpodobně u každého jedince vyvolá pronikavou tíseň (MKN-10, 1992).

MKN-10 má PTSP pod názvem "Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení". MKN-10 klade hlavní důraz na příčinu vzniku poruchy. Hlavním diagnostickým vodítkem je nejen symptomatologie a průběh, ale i příčina. Ta je dle MKN-10 dvojitá. Buď výjimečně zatěžující událost, vyvolávající akutní reakci na stres, či významná životní změna vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem. Téměř u každé psychické poruchy či onemocnění se dá vysledovat příčinný vliv. Kupříkladu schizofrenie je vždy spouštěna nějakou situací, která je subjektivně chápána jako stresová a zatěžující. Nejde zde však o příčinu onemocnění. Na rozdíl od toho je prodělané trauma vlastním důvodem pro "reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení". Tímto je tento okruh poruch jasně vymezen od ostatních. Je třeba mít však na paměti rozdílnou frustrační toleranci. Význam stresu je vždy subjektivní a tak lze kupříkladu říci, že ženy obecně mají tento práh nižší, a tedy následky prodělaného traumatu budou horší než u mužů (viz níže).

DSM-IV-R (1994) rozděluje diagnostická kritéria do pěti skupin dle povahy:

A) PŘÍČINA

- Přímý zážitek děsivé události
- Tato děsivá událost by byla stresující téměř pro každého
- Reakce na tuto děsivou událost trvá minimálně jeden měsíc

B) VTÍRAVÉ MYŠLENKY

- Opětné a vtíravé stresující myšlenky na tuto děsivou událost
- Opětné stresující sny o této děsivé události
- Náhly pocit, jakoby se tato děsivá událost opakovala
- Intenzivní psychický stres při vystavení vzpomínce na tuto děsivou událost

C) POTLAČOVÁNÍ

- Úsilí potlačit myšlenky, nebo pocity spojené s touto děsivou událostí

- Úsilí potlačit aktivity a situace vedoucí k připomenutí této děsivé události
- Psychogenní amnesie na tuto děsivou událost
- Viditelně snížený zájem o důležité aktivity po této děsivé události
- Pocit odcizení od ostatních
- Snížení afektivity
- Neschopnost vidět do budoucna

D) ZVÝŠENÉ PŘEDRÁŽDĚNÍ

- Problémy s usínáním a spánkem
- Podrážděnnost, či výbuchy vzteku
- Problémy s koncentrací
- Hypervigilita (nabuzená ostražitost)
- Přehnané úlekové reakce
- Psychologický stres při vystavení vzpomínkám na děsivou událost

E) SOCIÁLNÍ VZTAHY

- Problémy v zaměstnání
- Problémy v sociálních vztazích
- Problémy v partnerských vztazích

Aby byla uznána diagnosa PTSP musí pacient vykazovat tyto potíže:

- alespoň jedno kritérium z oddílu A
- alespoň jedno kritérium z oddílu B
- alespoň tři kritéria z oddílu C
- alespoň dvě kritéria z oddílu D
- a alespoň jedno kritérium z oddílu E

Pokud výše zmíněné symptomy trvají déle jak šest měsíců, hovoří se o chronické PTSP. Výše zmíněné symptomy mohou být obohaceny o poruchy, které s klasifikací PTSP zdánlivě nesouvisují, nicméně byly v psychice jedince již přítomny a traumatický zážitek

se stal jejich spouštěčem. Na PTSP se dále nabalují problémy další - zneužívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek, deprese, tenze, agresivita, impulsivnost, fuga, absence v zaměstnání atd (*DSM-IV-R, 1994*).

Prevalence PTSP (počet postižených osob k určitému datu na 1000 obyvatel, kteří byly v kontaktu s traumatickou událostí) kolísá mezi 5 - 40%, přičemž v normální populaci se jedná až o 9,2%, což je častější než abusus léků (5,9%) či deprese (8,3%). Je dále dokázáno, že je - li stresová situace vyvolaná člověkem, má následná psychická odezva těžší a delší průběh, než v případě katastrofy přírodního původu.³

PTSP může být mnohdy mylně diagnostikována jako hraniční porucha osobnosti, panická úzkost, deprese či dokonce jako schizofrenie (*Tichý, 1996*).

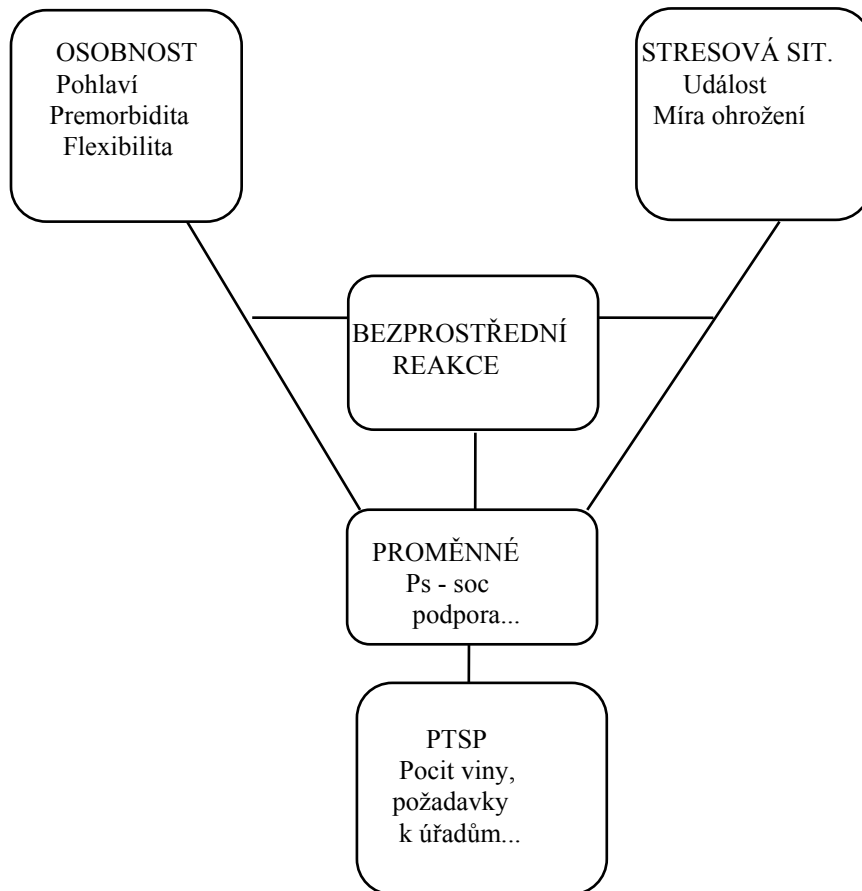
Nyní si proberme diagnostická kritéria poněkud podrobněji a na příkladech si ukažme, jak se projevují v praxi.

2.3.1. příčina

První podmínkou pro rozvoj PTSP je traumatický zážitek, vymykající se běžné lidské zkušenosti. Většinu lidí v této souvislosti napadnou skutečně extrémní situace - válka, živelná pohroma, znásilnění, dopravní neštěstí a pod. Je však nutno připomenout, že PTSP může vzniknout i ze zdánlivě běžné situace. tím může být např. náhlé úmrtí blízké osoby, či autonehoda.

Obr. 1 nám ilustruje faktory, které se podílejí na vzniku PTSP. Traumatická událost by se dala vyjádřit jako mimořádně nepříznivá situace ve vztahu Osobnost - Okolí. Tato situace sama však ještě neznamená vznik PTSP.

obr.1 Faktory spouštějící PTSP



Osobnostní profil (premorbidita) určuje především specifickou manifestaci akutní stresové poruchy a vývoj k chronicitě. Děti a staří lidé, stejně tak jako ekonomicky a sociálně deprivovaní mají obecně větší potíže překonat stres. Předchozí traumata, jako například zneužívání v dětství, nebo náhlá ztráta blízké osoby, rovněž tak předchozí psychické problémy tvoří předpoklady k horšímu zvládnutí a závažnějšímu průběhu PTSP. Slabé ego, malá sebedůvěra či nízká schopnost sebekontroly budou hrát značnou roli při přechodu z akutní fáze do chronické.

Vulnerabilitu ke vzniku PTSP podporují i další okolnosti - ranné odloučení od rodičů, neurotické rysy osobnosti, již dříve existující sklon k úzkostem a depresím, či některá dědičná zatížení.

Na druhé straně fyzické a psychické zdraví, sociální podpora, dobrý výcvik, schopnost nést odpovědnost stejně tak jako včasné rozpoznání PTSP hrají klíčovou roli jak v prevenci, tak v překonání PTSP. V této souvislosti se hovoří o tzv. frustrační toleranci

Nemalou roli zde hraje tendence k činu - jeden z hlavních důvodů vzniku PTSP je neschopnost aktivně zasáhnout, událost je mimo kompetenci postiženého člověka (Velmi důležitý faktor hrající roli u vojáků mírových jednotek, kteří jsou cvičeni k tomu, aby zasáhli, ale často v krizové situaci je jím v tom zabráněno).

Ne nepodstatná je otázka pohlaví. Výzkumy se zjistilo, že u žen je až dvojnásobně větší pravděpodobnost vývoje PTSP než u mužů

Důležitý podíl mají též vrozené dispozice. Díky výzkumům s jednovaječnými dvojčaty - vojáky, nasazenými ve Vietnamu - se prokázal až 50% podíl tohoto faktoru na vzniku PTSP (*Koukolík, Drtilová, 1996*).⁴

Hlavním faktorem podílejícím se na vzniku, průběhu a vývoji PTSP je však intenzita a délka trvání stresové situace. Většina studií potvrdila, že vznik PTSP je přímo úměrný stupni vystavení nějaké katastrofě. Největší riziko PTSP nesou ti, kteří se ocitli v přímém ohrožení života. Vlastní událost je determinována mj. tím, zdali byla očekávána, či nikoli. (*Tichý, 1996*).

Psychické problémy u vojáků jsou bezpečně spojeny se stupněm válečné traumatické zkušenosti. Byl zjištěn větší počet veteránů trpících PTSP mezi těmi, kteří byli zraněni. Vystavení přímému ohrožení života hraje také důležitou roli při vzniku PTSP, depresí, úzkosti, či zneužívání alkoholu (*Kulka et al. 1990*).

Vztah mezi vystavením traumatické smrti a vznikem PTSP byl prokázán ve většině případů traumat a neštěstí, zahrnující válku, letecká neštěstí, zemětřesení, povodně, požáry, masové sebevraždy (sekty) a námořní katastrofy.

Bezprostřední reakce⁵ je velmi individuální a škála možností je značně veliká. Podle povahy odezvy, by se lidé dali rozdělit asi do třech skupin:

a) 5 - 10% lidí zažívá šok

b) 15 - 20% lidí bez aktuálních ps. problémů

c) cca 75% lidí má zúžení pohledu na situaci asi na 50 - 60% - tzv. tunelové vidění.

ad a) Stupor

Hypoaktivita

Hyperaktivita - zvýšené psychomotorické tempo,

hysterické reakce

ad b) Lidé bez aktuálních ps. problémů se v kritické situaci poznají velmi dobře. Jsou schopni hodnotit podmínky a rizika, vymyslet možnost minimalizace ohrožení a stávají se jakýmsi přirozenými autoritami pro ostatní. Tato vlastnost je dána především dispozicí, ale samozřejmě i výcvikem.

ad c) Při tunelovém vidění je člověk zcela zaměřen na vlastní drama, čímž mu uniká okolí. Jedinou jeho starostí je uniknout z dosahu nebezpečí, či jej zlikvidovat. Tato ps. odezva je jakýmsi obranným mechanismem, díky němuž se hasič zabývá pouze likvidací ohně, voják svou obranou ap. Tunelové vidění však může způsobit potíže v situacích, kdy se kritická událost týká více lidí. Během zúžení pohledu si člověk není vědom ostatních a může je tak svým jednáním ohrozit.

Proměnnými se rozumí zdali měl traumatizovaný možnost obrátit se na přátele, úřady, odborníky ap.

Výše uvedené faktory pak podmiňují následné reakce. Ať už se jedná přímo o vznik PTSP či jiné reakce na trauma (*De Soir, 1999*)

2.3.2. Vtíravé myšlenky

Jedná se o stav, kdy se člověku, který nějakým způsobem prožil traumatickou událost, neustále vracejí a vynořují myšlenky a vzpomínky na onu situaci. Často se jedná o asociace. Např. záchranářům, či hasičům se často vrací zážitky spojené s mrtvými oběťmi, se kterými přišli při své práci do styku - pohled na mrtvá, často zohavená těla, nebo zápach. Zde je třeba připomenout, že toto je nejsilnější spouštěč, který vyvolá asociaci. (při leteckých neštěstích, či požárech hasiči často hovoří o tom, že se několik týdnů nemohli zbavit vzpomínky na pach spáleného masa).

Nejen vtíravé myšlenky a asociace, ale i opakované sny o prodělané zkušenosti patří do této kategorie. Člověk se v noci probouzí s hrůzou a tyto sny jsou v pravém smyslu nočními můrami.

Mnohdy dochází k tzv. flashbackům. Postižený má najednou pocit, že je znovu v situaci, kdy došlo k traumatu. Dojem reálnosti celé situace je velmi silný a tedy i reakce jsou mnohdy značně dramatické. Flashback je obvykle spouštěn nějakou asociací, kterou si však člověk může a nemusí uvědomit.

(Př. Veterán z Vietnamu vypovídal, že kdykoli slyší zvuk tryskového letadla, je znovu v buši a naprosto reálně zažívá stav, kdy jeho jednotku, jejich vlastní letectvo bombardovalo omylem napalmem.⁶⁾

2.3.3. Potlačování

Tímto označením se myslí vědomé, či nevědomé vyhýbání se myšlenkám a vzpomínkám souvisejících s traumatickou zkušeností. Potlačování může dosáhnout takové míry, že se vymkne vědomým procesům, či přejde k fobii. Obraz tohoto symptomu může být od záměrného (vědomého) potlačování myšlenek a vzpomínek, vyhýbání se lidem, prostředí a jakýmkoli jiným spouštěčům asociací na traumatickou událost, až po poruchy vnímání (pacient eliminuje vše co mu připomíná trauma, tedy skutečně nevidí určitého člověka, necítí určitou vůni ap.) či paměti - amnestické stavy (*De Soir, 1999*).

2.3.4. Předráždění

Do této skupiny spadají především poruchy spánku, které jsou velmi časté.

Důležitou roli zde hraje nabuzená afektivita projevující se v podrážděnosti. Obvyklé je agresivní chování k partnerovi, či k dětem, eventuelně k jiným lidem.

U válečných veteránů se tato předrážděnost objevuje v charakteristické podobě, která by se mohla nazývat "zavlečení války domů". Voják pak není schopen ani v mírovém prostředí upustit od bojového ladění, a tak si vytváří zvláštní rituály, či styl života, který se podobá vojenskému režimu. Jako příklad uvádím skupinu vietnamských veteránů, která žije stranou od lidí, ve Skalistých horách. Mají vybudován svůj řád, v noci stavějí hlídky a chodí na "průzkumné akce"⁷.

Voják si není ani doma jist svým bezpečím a automaticky se vrací k návykům, které si svojl v době svého nasazení. Svůj díl zde hraje i fakt, že přes trauma spojené s válkou, je to období pro vojáka plné dojmů, zážitků a vzrušení. Život v domácím prostředí znamená svým způsobem podnětové ochuzení, s kterým se ne každý navrátilcec dokáže vypořádat a kompenzuje si jej tedy po svém - znovu se hlásí k nasazení, či zavleče válku domů.

2.3.5. Sociální vztahy

Trauma obvykle zpochybní všechny jistoty, které člověk do té doby měl, a tak se okolní svět stane nepředvídatelným, nebezpečným a nesrozumitelným. Vzhledem k tomu že se událost způsobující trauma, odehrála obvykle zcela bez přičinění jedince, nabourá tak jistotu o kontrolovatelnosti životních událostí. Tím se značně rozpadá sebevědomí. To bývá příčinou mj. časté fluktuace v zaměstnání. Člověk se velmi rychle začne cítit insuficientním, má dojem, že nemůže zvládnout úkoly, kterými je pověřen, a tak je dříve či později propuštěn, či sám dává výpověď. Vybírá si práci se stále menší a menší psychickou zátěží, což se zpětně odrazí na ještě větším úbytku jeho sebevědomí a negativním sebehodnocení, neboť neúspěchy mu potvrdí, že je skutečně k ničemu. Ocitá

se tak v bludném kruhu, který ve svých důsledcích vede k sestupu na společenském žebříčku, či dokonce k naprostému odpadnutí od společnosti (Zvolský, 1996).

Podobně se nabourané sebehodnocení projeví i v sociálních a partnerských vazbách. Na úrovni manželství se partner trpící PTSP octne jaksí mimo dění. Má pocit, že už nezvládne plnit funkce, které mu v jeho pozici přísluší (živitel, manžel, otec, či hospodyně, manželka, matka). Tyto situace řeší různě, nezřídka abusem alkoholu, či jiných drog. V této souvislosti je namístě připomenout syndrom naučené bezmocnosti. Ten vystihuje stav jedince, který si všim co dělá nevědomě připravuje porážku a neúspěch. Ten zpětně působí jako potvrzení původního předpokladu - nestojím za nic (Zvolský, 1996).

Trauma vrhá jedince do života plného zmatků naplňuje jej nejistotou a strachem ze ztráty, zranění či smrti.

2.4. Částečná posttraumatická stresová porucha

Vzhledem k tomu, že diagnostická kritéria DSM pro PTSP jsou velmi přísná, na řadu lidí, i přes evidentní psychické potíže spojené s prodělaným traumatem, se označení PTSP nevztahuje. Proto se v současné době stále více diskutuje o zavedení nové nozologické jednotky s názvem "částečná posttraumatická stresová porucha".

Její opodstatnění je v tom, že by zohledňovala i ty případy, které nevykazují plný počet symptomů PTSP. To má svůj význam především v sociální oblasti, neboť od stanovení diagnózy se odvíjí systém zdravotního, či sociálního zabezpečení.

Důležité je i psychodiagnostické hledisko. Výzkumy se totiž zjistilo, že hlavní předpoklad vzniku PTSP - zážitek traumatické události, není nezbytný. Jsou známé případy, kdy jedinec vykazoval obraz PTSP, aniž byl aktérem, či svědkem, nějaké traumatické události. (př. Toto je známo ze zkušeností s mírovými misemi. K projevení plné, či částečné PTSP stačil fakt, že voják se nacházel v jakési oáze klidu. Měl dost jídla

i relativního bezpečí, zatímco místní obyvatelé trpěli nedostatky všeho druhu. Toto stačilo k silným pocitům viny, jenž mohli přejít až k obrazu PTSP.) (*De Soir, 1999*)

2.5. Dehumanisace

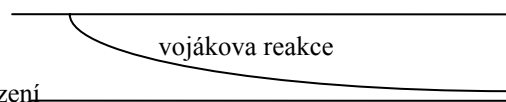
Tento fenomén se týká zejména vojáků při misi. Dehumanisace není příliš popsána, její důsledky však ano. Jedná se o snížení hodnoty obyvatelstva, či příslušníků určitého národa, náboženství, či etnické skupiny. Objevuje se tehdy, pokud voják, vyslaný plnit své úkoly na území národnostně i geograficky odlišném, je konfrontován s rozdílným žebříčkem hodnot. Jeho normy se střetávají s normami té které oblast, což způsobí kulturní šok (viz MKN-10 - Poruchy přizpůsobení) - obr. 2.

obr. 2 Slevení hodnot - dehumanisace

Ženevská konvence

(vojáková norma)

norma oblasti nasazení



Voják má tedy dvě možnosti. Buď bude uplatňovat normy své mateřské kultury, čímž se vystavuje riziku zažívání traumatických událostí, a nebo své normy sleví na úroveň oblasti v níž se nalézá. Nevyhne se však pocitu opovržení místním obyvatelstvem, které má jiný systém hodnot. Navíc, v kritických situacích má své vlastní schéma důležitosti lidí, na jehož prvním místě stojí on sám (pud sebezáchovy), pak přátelé - spolubojovníci, krajané a teprve na konci místní obyvatelstvo a případný nepřítel. To se násobí v situacích, pokud jsou místní lidé i etnicky odlišní. Nejedná se o rasismus, ale o dehumanisaci, tak jak byla popsána. Zde lze nalézt vysvětlení zvěrstev Američanů páchaných na vietnamském obyvatelstvu a celé řady podobných situací. (Př. V době občanské války ve Rwandě v roce 1994, byli belgičtí vojáci konfrontováni s faktem, že v okamžicích evakuace civilního obyvatelstva, byli ženy a staří strháváni z nákladních automobilů mladými a zdravými muži. Tamní společnost totiž nejdříve zachraňuje

produktivní část populace a teprve potom přicházejí na řadu ostatní. Naše kultura to má ovšem naopak. U Belgičanů to pak vyvolávalo dojem, že místní jsou barbaři a případný pohled na zabitého obyvatele Rwandy je netraumatizoval.) (*De Soir, 1999*)

2.6. Další reakce na traumatický zážitek

Jako odezva na prožité trauma se může objevit i krátkodobá, či protrahovaná deprese, někdy spojená s úzkostí. V některých případech se reakce omezí na chování, které se stane agresivním, či asociálním (*Zvolský, 1996*).

Na druhou stranu je traumatická událost v určitém smyslu extrémní zážitek, stojící zcela mimo rámec běžné zkušenosti. Mnozí po něm skrytě touží a mají tendenci znovu jej vyhledávat. Tento fakt je třeba mít na paměti zvláště v případech opakovaných dobrovolných vstupů do vojenských, či záchranných operací (*Strašák, 1996*).

Vyskytují se pocity viny (proč jsem přežil já a ne ti ostatní, proč jsem se zachoval právě tak a ne jinak ap.). Toto se týká mj. těch, kteří z různých důvodů museli použít zbraň a způsobili tak zranění, či smrt.

Častou reakcí bývá atakování úřadů - ať již oprávněné, či nesmyslné. Zde je třeba si uvědomit, že trauma vyvolává sice potřebu vyrovnání se s ním, bylo by však značně domýšlivé myslet si, že prvními instancemi budou psychologové, či psychiatři, s kterými to chce jedinec řešit. Ti stojí ve skutečnosti až na místě třetím. Před nimi jsou na prvním místě přátelé a nejbližší, od kterých je očekávána pomoc. Na místě druhém pak úřady ve smyslu vyšetření příčin té, či oné tragédie, uznání a zhodnocení činnosti zúčastněných složek, legitimizace toho, co se stalo, potrestání viníků, potřeba satisfakce, ap. Oběti traumat - zvláště vojáci, či záchranáři mohou mít pocit neuznaného hrdiny ("zažil jsem něco co ostatní ne, mám tedy nárok na uznání...vy to ale vůbec nechápete")(De Soir, 1999). Odtud pramení mj. ona ohromná problematika Vietnamských veteránů, jejichž činnost nejenže nebyla oficiálně uznána a zhodnocena, ale naopak byla záměrně zapomínána, devalvována a mnohdy až kriminalizována. Nevyhnu se tomu abych zde

neocitoval jednoho vietnamského veterána, který říká - "Mrtvým byl postaven pomník, ale co my živí, my snad nebojovali?"⁸.

2.7. Jiné negativní psychické stavy u vojáků⁹

1. Maladjustace - je neadekvátní přizpůsobení se novým

podmínkám a podnětům, z čehož vyplývají nepřiměřené reakce na úrovni emocí (nestabilita), vůle (narušení cílevědomosti, rozhodnosti, vytrvalosti, a sklon k negativismu), kognitivních procesů a sociální interakce (asociální až antisociální postoje a poruchy chování)

2. Psychické napětí - vzniká jako odezva na stresové situace, přičemž nemusí jít nutně o trauma, ale má se zde na mysli např. plnění náročného úkolu v časově omezeném horizontu ap. Projevuje se na úrovni percepční, intelektuální (problémy s logickým úsudkem při hledání optimálního řešení), emocionální, volní a motivační. Při extrémním vlivu stresorů může dojít až k tzv. informačnímu stresu. S touto problematikou úzce souvisí psychické přetížení, kdy se jedinec dostane do rozporu s "požadovaným" a "subjektivně možným" výsledkem.

3. Únava - v případě vojáků je vyvolána dlouhodobým působením nebezpečných a silných podnětů. Postižený je apatický, uzavřený, má problémy s koordinací pohybů a dělá velké množství chybných úkonů.

4. Monotonie - psychický stav snížené ps. aktivity způsobený déletrvajícím a jednostrannou činností, chudé na podněty. Projevuje se mrzutostí a celkovým poklesem psychické aktivity.

5. Psychická saturace - na afektu stojící odpor k určité činnosti a jednání. Projevuje se na úrovni afektů a nálad a celkově zhoršuje výkon.

6. Frustrace - Objevuje se v situaci, kdy dlouhodobé úsilí, či požadavky, nevedou k očekávanému výsledku, či je jedinec omezován v saturaci svých potřeb. Člověk pak reaguje buď podrážděně až agresivně, či naopak apatií, pocitem tísně a pochybnosti o vlastních silách.

7. Deprivace - Vzniká jako následek dlouhotrvající frustrace, kdy člověk nemůže uspokojovat některé své základní psychické potřeby. Deprivace se rozděluje dle důvodu vzniku na řadu skupin (senzorická, podnětová, sociální, ap.) a příznaky se projevují od problémů s myšlením, soustředěním, přes stavy neklidu a somatických potíží (bolesti hlavy, očí, zad) až po poruchy myšlení (tvorba bludu) a vnímání (denní snění, či halucinace) (*Strašák, 1996*).

2.8. Pozitivní aspekty traumatu

Pro některé lidi může mít prožité trauma i pozitivní aspekt. Jedinec si vybuduje z této zkušenosti jakýsi pevný bod, který mu poslouží pro reorganizaci jeho dosavadního života, hodnot, které ctil a cílů, jichž toužil dosáhnout. Bylo zjištěno, že celá jedna třetina bývalých příslušníků leteckých sil zajatých severovietnamskou armádou, později hodnotila svou zkušenost jako přínosnou pro svůj další život. A to i přes to, že jejich trauma bylo jistě jedno z nejhorších, jakým mohl být voják ve Vietnamu vystaven (*Page et al., 1997*).

Činit si ambice na prognosu v určité situaci, je však pošetilé. Forma zpracování traumatické události je závislá na mnoha faktorech, především osobnostním profilu a povaze traumatické události. Při terapii (viz kap. č. 6) je však nutno tento aspekt zohlednit a pomoci pacientovi najít smysl v tom co se stalo, neboť právě jeho pochopení má značný vliv na další vývoj a charakter poruchy.

2.8.Závěr

Psychická odezva na traumatickou událost není jen ASP, či PTSP, ale celá škála reakcí, jenž je velmi široká. Cesta k uznání psychické reakce byla značně trnitá a dá se říci, že se jedná o relativně mladý fenomén (současná diagnostická kritéria ASP a PTSP platí cca 20 let). PTSP a ASP byly a jsou široce studovány. Probíhají výzkumy s účastníky dopravních nehod, záchraněnými pasažéry, železničních či leteckých neštěstí, s oběťmi povodní, zemětřesení, vulkanických katastrof a samozřejmě vojáky, kteří, především pro výzkum, tvoří velmi cenou skupinu.

Je třeba mít však na paměti fakt, že, za léta výzkumů se udělal sice značný pokrok, ale je stále kde bádát a zavedené normy případně novelizovat.

Válka, jak již bylo řečeno, je celá řada traumatických událostí. Voják je však kromě nich vystaven stylu života, který je sám o sobě zátěžový, a tak může trpět i řadou dalších poruch.

Prožitá zátěžová situace nemusí mít však na psychiku jen negativní dopad. Důležité však je, aby jedinec našel v prožitém traumatu smysl.

KAPITOLA III.

VÁLKA VE VIETNAMU

Tato kapitola pojednává o prvním ze třech válečných konfliktů, které v posledních třiceti letech snad nejvíce zasáhly do světových dějin a jež předznamenaly směr a způsoby, jakým se bude i v budoucnu ubírat válečná mašinérie konvenčního typu. Tato kapitola je zároveň nejdelší a nejvíce vykresluje psychologické důsledky, které každá válka s sebou přináší. Je to dáno především tím, že od Vietnamské krize uběhlo již více než dvacet let, tedy největší časový odstup, který je pro hodnocení psychologických důsledků nezbytný. Zároveň tato válka více než kterákoli jiná, z důvodů o kterých bude ještě řeč, přinesla světu ukázkou toho, že voják i přes nejmodernější výcvik zůstává stále ještě člověkem, pro kterého je válka něčím nepřírodným, zraňujícím a žádajícím si svou daň i dlouho poté, kdy se jednotlivé strany dohodnou na míru.

Nejprve krátce o historických a sociálních aspektech této krize. Snad by se mohlo zdát, že historická fakta příliš nepatří do psychologické práce. Chceme-li však rozumět tomu, proč se veteráni z Vietnamu stali pro Ameriku doslova národním problémem a pro svět mementem, je třeba tyto širší souvislosti znát.

3.1 Historické pozadí

Zájem Spojených států o Jižní Vietnam se zrodil prakticky hned po II. sv. válce, kdy se šíření komunismu začalo jevit jako skutečná hrozba. J. F. Kennedy se začal zajímat o problém, který tehdy představovala komunistická strategie omezených, národně osvobozeneckých válek. Do této sféry zapadal i Jižní Vietnam. Dopustil se však nešťastné chyby, kdy schválil americkou pomoc při svržení presidenta Ngo Dinh Diema, a tak připoutal Spojené státy k Vietnamu. Kennedyho nástupce L. Johnson sice v podpoře Jižního Vietnamu pokračoval, ale zvolil defenzivní postup, neboť se bál dalšího rozrůstání konfliktu. Kdo je jen trochu zběhlý ve vojenské strategii, pochopí, že tak dostal svá vojska do značně nevýhodné situace. Ofensivu neslo jen bombardovací letectvo a podnikalo nálety na cíle na severu. Tato demoralizující atmosféra se z bitevního pole rychle přenesla i na území USA a způsobila, že, i do té

doby patriotičtí Američané, se přikláněli na stranu mírového hnutí a označení jako "nezákonná, či nemorální válka" pomalu přešla v klišé tehdejší doby.

Navzdory omezování vojenských operací se americkým a jihovietnamským vojskům podařilo na počátku roku 1967 dosáhnout významných úspěchů. V následujícím roce se k vítězství přidala operace TET, z které se Severní Vietnam vzpamatoval po čtyři další léta, nicméně americké mediální zpravodajství podávalo o této akci takové svědectví, jako by šlo o vlastní porážku, v nejlepším případě utvrzovalo společnost v názoru, že tato válka je bez konce. Byl to především tlak veřejnosti, který připravil půdu k mírovým jednáním v Paříži.

Nový prezident, tentokrát R. Nixon, sice obnovil Johnsonem přerušené bombardování Severního Vietnamu, ale zatím vyjednávači v Paříži donutili komunisty k sice malým, ale přesto, ústupkům. Pod stále narůstajícím politickým tlakem a veřejným agitacím začal Nixon svá vojska ztahovat.

Na počátku roku 1973 došlo v Paříži k dohodě o zastavení palby. Severovietnamská vláda pak jen využila vnitřní třenice na Jihu, které jej činily politicky nestabilním a nastolila v celé zemi tuhý, komunistický režim. Poslední americký voják bojových jednotek odešel z Vietnamu 2. března 1973.

Žádné vítání hrdinných vítězů se však nekonalo. Uplynulo téměř jedno desetiletí, než byl vztyčen trvalý pomník ke cti 58 132 amerických mužů a žen padlých, či pohřešovaných v bitvách války, na níž, jak se zdálo, nejen oficiální představitelé, ale i široká veřejnost chtěli raději zapomenout (*Westmorelanda, 1996*).

3.2. Psychosociální důsledky

Po podepsání Pařížských mírových dohod, provedla Hanoiská vláda repatriaci prvních pětiset osmaosmdesáti válečných zajatců. To vyvolalo vlnu radostného nadšení, především v rodinách zajatců, ale návrat do normálních kolejí nebyl vždy snadný. Navzdory vřelému přijetí, nemohli váleční zajatci navázat na zprerhané nitě života. Z dětí, které opouštěli řekněme v roce šedesát pět, byli již mladí muži, či ženy, manželky se v důsledku okolností museli postarat o rodinu sami a získali tak pro navrátilce nepochopitelnou samostatnost. Není tedy divu, že vztahy z předchozích desetiletí už pozbyly platnosti a mnohé se rozpadly. Ani pro profesionální vojáky

nebyl návrat ze zajetí snadný. V důsledku povýšení, kterých se jim dostalo po dobu strávenou nedobrovolně na území Severního Vietnamu, byly na ně kladeny požadavky, kterých nezdědka nemohli dostát vzhledem k nedostatku příslušného vzdělání a zkušeností s novými technologiemi a postupy (*Westmorelanda, 1996*).

Největší skupinu veteránů však tvořili odvedenci a dobrovolníci. Zde je na místě zmínit některá důležitá fakta.

Vietnamští veteráni se narodili v době populační exploze po II. sv. válce kdy moc a postavení USA bylo něčím neodiskutovatelným. Studená válka a s tím související propaganda způsobily naprosté pohrdání komunismem a zároveň bezmeznou důvěru v americký styl života. Oficiální propaganda tvrdila, že padne-li Vietnam, celá Asie podlehne komunismu. Navíc mentalita Američanů, dá-li se o ní vůbec mluvit obecně, jim sice dovoluje kritizovat jednotlivé představitele moci, ale nikdy ne zpochybňovat systém na kterém jsou Spojené Státy postaveny. Americký patriotismus, hraničící mnohdy s nacionalismem, je dostatečně znám. V těchto lidech bylo poměrně snadné vzbudit dojem vlastní nezranitelnosti a neporazitelnosti ruku v ruce s ochotou bojovat (*Westmorelanda, 1996*).

Průměrný věk vojáka ve II. sv. válce byl 26 let, zatímco ve Vietnamu pouhých 19. Většina z nich šla sice bojovat ve víře že konají správnou věc, ale byli to jen chlapi a válka z nich muže neudělala, jen je zbavila iluzí (*Kulka, 1990*).

Nebyl to však jen věk vojáků, čím se Vietnam lišil od předchozích konfliktů. Díky vrtulníkům se podařilo rapidně snížit úmrtnost, ale vzrostl tak počet invalidů.

Nedostatečná byla i příprava vojáků, která v určitých obdobích byla v rozsahu jednoho měsíce a vzhledem k tomu, že v USA není prezenční služba, byl to mnohdy pro odvedence vůbec první kontakt s armádou.

Ostré rozdělení společnosti bylo reprezentováno a do jisté míry i využíváno sdělovacími prostředky, které se snažily vytěžit z nejednotnosti názorů co nejvíce senzace, pídily se především po negativních aspektech jakým bylo například užívání drog, alkoholismus, rasismus a násilí. Toto pak předkládaly veřejnosti, která se tak stávala ještě zmatenější (*Welsh, 1996*).

Nicméně ti, kteří prošli ohněm bojů si začali stěžovat, že se na ně ostatní dívají jako na najaté vrahy, zatímco hrdinství se připisuje členům mírového hnutí. Zajatci, kteří

museli projít očištěním Vietnamských táborů museli nakonec čelit obvinění některých politiků z kolaborace což dokonce vedlo k tomu, že někteří z takto očerněných mužů spáchali sebevraždu. Až osm let po skončení konfliktu bylo uznáno, že u veteránů došlo ke vzniku posttraumatické stresové poruchy.¹¹

Víme že jedním z mechanismů jak zmírnit následky prožitého traumatu je tendence mluvit. Vietnamským veteránům však byla tato možnost odepřena. Problém se komplikoval tím, že na zpáteční cestě se vojáci navzájem neznali a tak se nemohli o své zážitky podělit. Oproti II. sv. válce, kdy byl vojákům dopřán interval mezi odchodem z fronty a návratem domů, se tak ve Vietnamu nestalo. Právě takováto příležitost porovnat, prodebatovat a tím i zpětně prožít pocity stresových situací je nezbytná, pokud se má člověk vyrovnat s následky války. Totéž se pak opakovalo při návratu veterána do domácího prostředí, mezi přátele a příbuzné, kteří tuto válku neprožili, a tak s ním jen těžko mohli soucítit. Veterán byl zmaten, vykořeněn a často vystaven pocitům vlastní viny. Význam americké účasti v II. sv. válce nebyl nikdy zpochybněn. Na rozdíl od toho, byla role USA ve Vietnamu hodnocena negativně, smrt vojáků jako nesmyslná a vojenské akce jako zločin. Veterán tak musel zvážit svou vlastní odpovědnost na této akci a mnohdy čelil silným pocitům viny. Pokud se s tím náhodou vypořádal, veřejnost mu to důrazně připomněla. Tato osamocenenost vedla k tomu, že veterán své emoce v sobě dusil. To ovšem nemohlo zůstat bez následků a ty se brzy projevíly.

Každé vystavení boji, v kterém je člověk ohrožován na životě a kdy má pramalou šanci se tomuto riziku vyhnout je živnou půdou pro PTSP. Při službě ve Vietnamu se tím míní především zkušenost se smrtí přátel, či jejich, nebo vlastním zraněním. Nepříznivé okolnosti, kterým byl voják vystaven po návratu domů tento problém zhoršily, ale nezpůsobily. Neodiskutovatelný fakt je, že v kvalitní následné péči, by se mnohé PTSP nerozvinuly v chronické problémy a neudělaly by z mnohých veteránů psychické invalidy.

3.3 Posttraumatická stresová porucha a jiné následky války u Vietnamských veteránů

Jedním z kritérií pro stanovení PTSP je vystavení traumatické události. Tím je u Vietnamských veteránů myšleno to, že byli svědky zabití, či zranění svých kamarádů, to, že sami byli ohrožováni na životě, či byli zraněni. Dále pak fakt, že mnohdy byli

svědky, či přímo aktéry zvěrstev, která byla občas prováděna na civilním obyvatelstvu všemi zúčastněnými stranami.

Je nesmírně těžké říci kolik veteránů z Vietnamu onemocnělo PTSP, či se u nich projeví jiné důsledky válečné zkušenosti. Autoři se mnohdy ve statistikách diametrálně rozcházejí, což je způsobeno především dobou vzniku určité práce a s tím spojenými diagnostickými kritérii, která měl autor k dispozici. Dále pak nedostatečně velkou referenční skupinou a částečně také omyly, na které má každý vědec svým způsobem právo. Nejobsáhlejší výzkum v této oblasti dělal Dr. R. A. Kulka, který je obecně považován za autoritu v problematice psychických problémů Vietnamských veteránů. Z jeho výzkumů prováděných k roku 1990 vyplývá, že více jak 15% veteránů splňuje kritéria pro PTSP podle DSM-III-R. Pro porovnání, u obětí dopravních nehod se plná PTSP projeví zhruba ve 3% (*Tichý, 1995*).

Řada veteránů je zatížena alkoholismem, avšak počet narkomanů je překvapivě nižší než v průměrné populaci. Následky jsou rovněž patrné v častém střídání zaměstnání (18 m - 2r je průměr pro veterána z Vietnamu) (*Welsh, 1996*).

20% - 40% bývalých vojáků trpí emocionálními a behaviorálními problémy¹².

Psychické následky traumatické zkušenosti, zvláště přejdou-li do chronické fáze, mají vliv na celkový zdravotní stav, předčasné úmrtí a někdy mohou dohnat člověka až k sebevraždě. Mimo jiné proto je kladen takový akcent na včasné rozpoznání a následnou terapii. Úmrtí zapříčiněné z vnějších příčin, bylo u veteránů z Vietnamu pozorováno ve větším rozsahu než v obecné populaci. Pocit viny za smrt jiných má obecně velký vliv na množství sebevražd, jako formy úniku. Větší výskyt úmrtí z vnějších příčin - tím se má na mysli předávkování ať už léky, či jinými drogami, automobilové nehody a sebevraždy - úzce souvisí s výskytem PTSP u těchto veteránů.

Ustrnutí, či naprosté odtržení od okolí je jedním z vedlejších kritérií pro stanovení PTSP. Tento faktor chování, který ústí do naprosté sociální izolace, je nazýván *anomií* a mnohdy bývá příčinou suicida, či abusu návykových látek.¹³ Výzkum v podstatě prokázal, že většina defektního chování a poruch nálad u veteránů, má kořeny v chronickém stadiu PTSP. V jedné malé studii /vzorek byl 24 vojáků/ 84% veteránů s diagnosou PTSP splnilo kritéria pro alespoň jeden další psychiatrický syndrom. Tím bylo 64% diagnos souvisejících se zneužíváním alkoholu. V jiných výzkumech se podíl přidružených poruch pohyboval od 70% až k

94%. Zároveň se prokázala přímá úměrnost mezi sebevraždami a odpovědností za smrt či zranění.¹⁴

Četnost úmrtí při dopravních nehodách bývá často spojována se zneužíváním alkoholu, či jiných návykových látek. Na paměti je třeba mít možnost dopravní nehody, jako formy suicida (*Bullman, 1997*).

Výskyt především chronické PTSP může tedy mít podíl na větším množství traumatické smrti u lidí takto postižených, než u běžné populace.

Výzkum, z kterého pocházejí následující data, byl prováděn Timem Bullmanem, M.A. a Han K. Kangovou, Dr.P.H. v letech 1981 - 1990 na vzorku, čítajícím 118 947 veteránů, zaregistrovaných na Úřadu pro záležitosti veteránů (dále VA) a v Registru Agent Orange. Tyto organizace přidělily veteránům dotazníky zabývající se jak jejich demografickými údaji, fyzickým stavem, tak i psychikou (*Bullman a Kang, 1997*).

Zkoumanou skupinu tvořilo 4 247 veteránů mužského pohlaví a 9 veteránů ženského pohlaví s diagnosou PTSP. K porovnání bylo vybráno 12 010 veteránů, mužů, u nichž se PTSP neobjevila.

Celá zkoumaná skupina, čítající tedy celkem 16 266 veteránů, byla srovnána se vzorkem běžné populace (týká se to především příčin a způsobu úmrtí) tak jak je průběžně dodal americký úřad sociálního zabezpečení (SSA).

Výsledky jsou nejlépe patrné v následujících tabulkách.

Tab. 1 udává základní charakteristiky zkoumané skupiny. "N" znamená počet celkem, "n" je dílčí počet. Procenta nedají vždy rovných sto z důvodu zaokrouhlování.

Tabulka č. 1

Demografická a vojenská charakteristika vojáků vybraných pro výzkum

		VETERANI S PTSP		VETERANI BEZ PTSP	
		(N = 4 247)		(N = 12 010)	
		n	%	n	%
Charakteristika					
<i>Věk</i>	<i>na počátku</i>		<i>výzkumu</i>		
	26 - 36	1 176	28	3 945	33
	37 - 39	1 408	33	4 012	33
	40 a víc	1 663	39	4 053	34
<i>Rasa</i>					
	Bílá	3 285	77	5 427	70
	Ostatní	962	23	3 583	30
<i>Stav</i>					
	Ženatí	2 417	57	8 441	70
	Rozvedení	1 423	34	2 354	20
	Svobodní	386	9	1 094	9
	Ovdovělí	21	0,5	55	0,5
	Nezjištěno	0	0	66	0,5
<i>Zařazení</i>					
	Armáda	2 864	67	8 383	70
	Letectvo	142	3	864	7
	Námořnictvo	243	6	795	7
	Námořní pěchota	995	23	1 943	16
	Ostatní	3	0,1	25	0,2

Už z této základní tabulky vyplývá řada zajímavých údajů. Bílých vojáků s diagnosou PTSP bylo o 7% více než ve srovnávací skupině bez PTSP. Markantní je rozdíl mezi rozvody - 34% proti 20%. Více veteránů s PTSP sloužilo u pozemních jednotek (pěchota a námořní pěchota).

Tabulka č. 2 rozlišuje a porovnává riziko smrti z vnějších příčin mezi veterány trpící PTSP a těmi, u kterých se tato porucha neprojevila

Tabulka č. 2

Specifický způsob úmrtí mezi veterány s PTSP a veterány bez této diagnózy v porovnání s obecnou populací (*Bullman a Kang, 1997*).

Příčina smrti	VETERANI S PTSP (N=4 247)		VETERANI BEZ PTSP (N=12 010)	
	n	sm*	n	sm*
Celkem	134	2,05	276	0,98
Rakoviny	10	0,88	59	1,11
Ischemické poruchy	15	0,79	50	0,57
Poruchy vylučování	12	2,51	21	1,05
Cirhosa jater	9	2,74	17	1,26
Dopravní nehody	16	3,51	28	1,70
Vnější příčiny	74	4,25	88	1,35
Všechny nehody	31	3,40	53	1,57
Sebevraždy	26	6,74	28	1,67

* Násobek překročení průměrné úmrtnosti v obecné populaci s ohledem na diagnózu, rok úmrtí a demografické údaje. Průměrná úmrtnost dle diagnózy a demografických dat pochází z údajů SSA.

Výsledky tabulky č. 2 jsou patrné na první pohled. Veteráni s PTSP rapidně překročili obecný průměr u sebevražd takřka sedmkrát vzhledem k obecné populaci. Vysoké poměry jsou dále u dopravních nehod a cirhos jater. Zajímavý je myslím údaj u ischemických poruch, kde veteráni bez ohledu na přítomnost PTSP vykazují menší úmrtnost. Dá se to snad přičíst dobré fyzické kondici, která je u vojáků předpokladem k odvodu. Součet "n" dá dohromady větší číslo, než je celek (PTSP - 134, bez PTSP - 276), což je dáno překrýváním jednotlivých příčin - např. dopr. nehody a všechny nehody.

Jasně se ukázalo, jak velký vliv má PTSP na traumatické, či jiné předčasné úmrtí. Data vojáků netrpících PTSP jsou mnohem bližší obecné populaci.

Zřetel je třeba klást též na přidružené poruchy. Autoři porovnali úmrtí z vnějších příčin mezi veterány s PTSP a další přidruženou poruchou (ti tvořili 23.5% ze všech PTSP) a veterány trpící PTSP bez přidružené poruchy. Ukázalo se že přidružená porucha způsobuje dvojnásobné riziko smrti z vnějších příčin.

Tuto studii jsem vybral jako ilustraci k chronické fázi PTSP (v době začátku tohoto výzkumu již veteráni trpěli PTSP minimálně osm let). Je to myslím argument pro zdůraznění potřeby včasné následné péče o veterány.

3.4 Srovnání PTSP u vietnamských veteránů a civilistů

Nozologická jednotka PTSP nedělá rozdíl jedná-li se o vojáka, či oběť dopravní nehody, násilí, znásilnění ap. Mohlo by se tedy zdát, že rozdíl není podstatný, ale opak je pravdou. Výzkum Dr. Bursteina (a kol., 1988) z katedry psychiatrie Pennsilvánské University potvrdil, že je zde určitá odlišnost mezi PTSP u civilního obyvatelstva (vzorek tvořili především oběti dopr. nehod) a PTSP veteránů z Vietnamského konfliktu, která se týká především demografického složení pacientů, charakteru a délce trvání stresoru a symptomatologie.

1. Veteráni trpící PTSP jsou převážně muži, zatímco u civilistů jsou to obě skupiny s přihlédnutím k tomu, že žen se tato problematika týká o něco více (jsou častěji oběťmi znásilnění či fyzického zneužívání, obecně mají větší vulnerabilitu k PTSP).
2. Věkové složení veteránů je závislé na době, kdy vyhledají pomoc, dá se však říci, že v rámci skupiny je konstantní - vojáci byli vesměs příslušníky jedné generace. Traumatické zkušenosti byly navíc prodělány v období adolescence, či rané dospělosti. Civilisté jsou naopak zastoupeni ve všech věkových kategoriích.
3. Vzhledem k tomu, že vysokoškoláci byli většinou osvobozeni od odvodu, vojáci a následně veteráni, vesměs pocházeli z nižších socioekonomických vrstev. V případech civilistů toto opět neplatí.
4. VA pozdě rozpoznala problémy Vietnamských veteránů. To je v literatuře dostatečně popsáno. Nicméně koncem sedmdesátých a v průběhu osmdesátých let značně tento fenomén zpopularizovala a dala veteránům řadu informací k rozpoznání PTSP. Na druhou stranu civilisté mají o této problematice malé povědomí, a tak dochází k tomu, že veteráni vyhledávají pomoc přímo, zatímco civilisté jsou většinou k psychoterapeutovy odesláni na doporučení běžného lékaře, který byl jimi kontaktován pro předepsání léků na spaní, či uklidnění.

5. Veteráni zažili dlouhé období bojů, což znamená mnohonásobné zážitky ztráty, ohrožení, různé druhy deprivace, ap. Civilisté naopak prodělali obvykle jedno trauma s délkou trvání několika minut či hodin.

6. Znovuzažívání událostí u veteránů se projevuje od vtíravých myšlenek, či snů až po disociativní epizody. Během těchto epizod se veterán cítí být zpět ve Vietnamu a ztrácí kontakt s okolím. Trvání je od minut po hodiny a stačí velmi málo k jejich spuštění, mnohdy ani pacient nedokáže říci, co to bylo.

Takovéto disociativní epizody jsou u civilistů poměrně vzácné. Známý jsou však iluze, které způsobují, že například člověk po autonehodě vidí příjíždějící auto jako mnohem bližší, než ve skutečnosti je. Během jízdy pak trpí pocity, že vůz je neustále v kolizní situaci a musí každým okamžikem havarovat.

7. Vyhýbavé chování se projevuje ve dvou rovinách - obecné, či specifické. V obecné rovině se člověk s PTSP vyhýbá všemu, co by mu mohlo připomenout trauma. V rovině specifické se to projevuje u veteránů např. tím, že bývalý voják raději přejde ulici, než by potkal asiata. U obětí dopravních nehod pak například jízdu na velmi krátkou vzdálenost, jen v okolí svého bydliště.

8. Zpožděný nástup poruchy je častější u veteránů než u civilistů.

9. Veteráni mají větší sklon přidružit k PTSP další problémy - zneužívání návykových látek, deprese ap.

10. U veteránů je častější fluktuace, či selhání v zaměstnání, než u civilních obětí traumatické události. Nicméně problémy v zaměstnání udávají i veteráni bez PTSP.

11. Obě skupiny jsou si podobné v požadování odškodnění od úřadů, přičemž případy simulace poruchy z důvodů obohacení, jsou poměrně řídké.

Výše zmíněné rozdíly i podobnosti je třeba mít na paměti jak v oblasti prevence, tak i v následné terapii. Veteráni tvoří svébytnou skupinu pacientů s PTSP a takto je třeba k nim i přistupovat (*Burstein et. al, 1988*).

3.5. Psychosociální péče o Vietnamské veterány

Při americké vládě existuje Úřad pro veterány (VA) který mj. podporuje tzv. Vet Centra (viz kap. č.6), ale zvláštní problémy vietnamských veteránů dostatečně nerozpoznal. Z toho vyplývá i výše zmíněná časová prodleva v uznání PTSP u těchto vojáků.

VA poskytuje osobám z řad bývalých veteránů zvláštní požitky, týkající se zdravotní péče, a náhrady za invaliditu. Každý regionální úřad této organizace zaměstnává jednoho koordinátora pro záležitosti válečných zajatců a vál. veteránů a naopak, každé zdravotnické zařízení má k dispozici jak koordinátora, tak i lékaře, kteří pomáhají těmto lidem uplatňujícím nárok na odškodnění, nebo vyžadující lékařskou péči.

Zvláštní organizace pro Vietnamské veterány se nazývá Agent Orange Registry (AOR), jenž zdržuje specifickou skupinu veteránů, kteří byli během své služby vystaveni působení biologické zbraně jménem Agent Orange, což jim způsobilo vážné zdravotní problémy (www.va.gov).

3.6. Závěr

V předchozí kapitole byl zmíněn důležitý fakt, že člověk s traumatickou zkušeností se s žádostí o pomoc obrací:

- a) na své přátele a rodinu,
- b) na úřady
- c) na odborníky v psychosociální oblasti

Pro Vietnamský konflikt je doslova signifikantní, že tyto tři úrovně zde více, či méně, selhaly:

ad a) Voják se vracel domů doslova z bitevního pole, bez možnosti přechodného období a aklimatizace, které je nezbytné pro nastartování schémat a vzorců chování, která platí pro roli muže v normální společnosti - manžel, otec, syn, zaměstnanec, atd. Toto období je dále důležité pro celkovou emoční abreakci, jenž se nejlépe provádí

ve skupině lidí se stejným prožitkem. Práce s rodinou vojáka je popsána v kap. č.6. Zde je nutno říci, že prakticky neexistovala.

ad b) Veterán, který prožil trauma, se snaží ze všech sil najít smysl toho, co se stalo. To platí pro všechny oběti zátěžových situací. Od úřadů očekává jednak legitimizaci a dále ujištění, že dělal správnou věc. V řadě případů se veteráni domáhají potrestání viníků určité situace, jenž nevyplývala přímo z boje, ale byla způsobena lidským faktorem - špatný rozkaz, nedobré zásobování, informační šum ap. Americké úřady a veřejnost postupovali však většinou proti této zásadě (na jejich obranu nutno dodat, že v sedmdesátých letech nebyla tato věc známa). Veteráni nedostali žádné oficiální uznání a co víc, jejich činnost byla devalvována a mnohdy kriminalizována.

ad c) V šedesátých a sedmdesátých letech nebyly ještě dostatečné znalosti o reakcích na stres. Chyběla kvalitní diagnostická měřítka, nebyl znám ucelený a účinný systém terapie. Osvěta, jenž by veteránům vyjasnila k čemu u nich došlo, se objevila až v osmdesátých letech. Výsledkem je značný výskyt PTSP v chronických stádiích s řadou přidružených poruch, zejména zneužívání alkoholu.

Vietnamský konflikt je mementem, to bylo řečeno již výše. Pro psychosociální pracovníky představuje příklad toho, co se stane, když je narušena kvalitní následná péče o vojáka na všech stupních. Na druhé straně tato zkušenost přispěla k následnému výzkumu této problematiky a vytvoření ucelených systémů psychosociální služby v armádách po celém světě.

KAPITOLA IV.

VÁLKA V PERSKÉM ZÁLIVU

Válka v Perském Zálivu byla pro Ameriku největší vojenskou akcí od dob krize v Jihovýchodní Asii. Zároveň to byla největší bojová akce NATO v dějinách a pro Československo de facto první oficiální válečná operace. Krize v Perském Zálivu má mnoho specifických znaků, na druhé straně je zde řada obecných charakteristik platných pro styl vojenských misí v devadesátých letech a nejspíše i v blízké budoucnosti.

4.1. Historické pozadí

Kuvajt je suverénní stát od roku 1921 a po celou dobu jeho hlavní zdroj příjmů tvoří ropa. Kuvajt je stát, který, až do napadení Irákem žil v míru se svými sousedy a vyvíjel i mírovou zahraniční politiku.

V letech 1989 - 1990 Irák opakovaně napadal Kuvajt a další státy v perském zálivu především formou slovních útoků v prohlášení svých politiků a provokacemi na hranicích a ve vzdušném prostoru. Bez varování pak zaútočil na Kuvajt 2. srpna 1990, velmi rychle zdolal pohraniční jednotky a s propagandistickým tvrzením, že byli pozváni zdejšími revolucionáři, Kuvajt obsadil.

Okupace trvala od 2. srpna 1990 do 26. února 1991. Během ní Irák zadržoval několik set obyvatel západního světa jako rukojmí, s různou úrovní dodržování lidských práv.

Od samého začátku okupace byl Irák několikrát vyzýván aby Kuvajt opustil. Když tak neučinil, jednotky shromážděné na území Saudské Arábie dostaly rozkaz k útoku na Irácké pozice. Formálně tento úder začal 16. ledna 1991 těžkým bombardováním Iráku a dalších míst. Pozemní ofenzíva byla započata 24. února. Dva dny nato získalo Kuvajtské

hnutí odporu kontrolu nad hlavním městem a Irák začal stahovat své jednotky z území Kuvajtu, když s sebou stačil odvléci více jak 5.000 rukojmí.

Poválečné období je charakteristické obnovou Kuvajtského hospodářství, zvláště hašením hořících vrtů. Stoupající dým se stal zdrojem dýchacích potíží nejen Kuvajťanů, ale i vojáků osvobozujících armád. OSN rozhodlo uvalit na Irák řadu opatření pro kontrolu zbraňových systémů. Od počátku nebyla tato nařízení důsledně dodržována, což vede k neustálému napětí v této oblasti (*Weisaeth, 1997*).

4.2. Charakteristika konfliktu

Válka v Perském zálivu se od, v minulé kapitole zmíněného, Vietnamského konfliktu v mnohém liší.

1) Zatímco ve Vietnamu se bojovalo bezmála deset let, konflikt v Persii trval všeho všudy několik týdnů.

2) Jednotky, zmobilizované proti Iráku, byly multinárodnostní a pohled světové veřejnosti byl, až na určité výjimky, nakloněn těmto silám. Zatímco ve Vietnamu šlo o spornou otázku ohrožení komunismem, v Zálivu se jednalo o osvobození Kuvajtu a veteráni byli považováni za hrdiny.

3) Psychiatrických případů během války bylo relativně málo - operace Desert Shield a Desert Storm (dále jen ODS) si vyžádaly celkem 476 evakuací, z psychiatrické indikace, do nemocnic americké armády rozmístěných po Evropě. To představuje pouze 6.5% všech evakuací s lékařskou indikací z oblasti Středního východu¹⁵.

4.3. Výsledky studií o PTSP a dalších psychických problémech u veteránů z Perského zálivu

Jako obvykle se následné studie veteránů zaměřily na psychologický a psychosociální dopad vystavení traumatickým událostem, souvisejících s bojovou situací. Tyto okolnosti, zahrnující strach ze smrti a zranění, ztrátu přátel a vystavení krveprolití na válečném poli se následně projevily, nicméně hodnota prací, které se tímto problémem zabývají je závislá na době v které byly vypracovány. Od války v Perském zálivu (stejně tak od Bosenského konfliktu) uplynula ještě příliš krátká doba na celkové zhodnocení psychologických důsledků. I tato práce je tímto faktorem omezena.

V USA vznikl ze strany ministerstva obrany vzápětí po válce požadavek, vytvořit studii o psychosociálních důsledcích ODS¹⁵.

4.3.1. Metoda

Vzorek představovalo 16.167 veteránů, jimž byl dán k vyplnění podrobný dotazník. Vzorek tvořili vojáci ze všech oblastí armády - pěchota, námořnictvo, letectvo - ve státech Pensylvánie a Havaj.

Dotazník byl anonymní a zajímal se o demografická data, psychologickou a psychosociální symptomatologii, výskyt symptomů souvisejících s válečnou zkušeností, somatickou symptomatologii, zdroj stresů v minulosti a současnosti, míru současných stresů, kauzální řetězec současných problémů, soudržnost v jednotce, sociální podporu, možný dopad služby na Středním východě na současné životní problémy.

4.3.2. Výsledky

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin.

- a) Ti co byli přímo v bojové akci
- b) Ti co se vlastní bojové akce nezúčastnili

Diagnostická kritéria se opírala o DSM-III-R. Tabulka č. 1 ukazuje škálu potíží, na které si veteráni, bez ohledu na zařazení stěžovali. Na prvních místech stojí ty nejčastější.

Tabulka č. 1 - pořadí potíží

1. | Myslím na ODS, i když na ní nechci myslet.
2. | Mám problémy s usínáním, či přerušovaným spánkem.
3. | Mám sny o ODS.
4. | Mám pocit, jakoby to, co se stalo, nebyla pravda.
5. | Mám pocit, jakoby mi měla explodovat mysl.
6. | Vyhýbám se vzpomínkám.
7. | Snažím se na to nemyslet.
8. | Jakákoli vzpomínka mi vrací pocity, které jsem měl.
9. | Mé pocity jsou určitým způsobem ustrnutí.
10. | Tyto pocity mě obtěžují a iritují.
11. | Pocit nezájmu o okolí.
12. | Musím se neustále kontrolovat.
13. | Musím se vyhýbat určitým myšlenkám, místům, či aktivitám, neboť se pak stávám úzkostným.
14. | Pocit beznaděje z budoucnosti.
15. | Problémy s koncentrací.
16. | Pocity tenze.
17. | Neschopnost navázat bližší vztah k člověku.

Ze skupiny plně nasazených vojáků jich 8.0% vykazovala plný obraz PTSP. Z druhé skupiny to bylo 1.3%. Dalších 9.2%, resp. 2.1%, vykazovala příznaky částečné PTSP. Vyšetření bylo pak zopakováno znovu jeden rok po Válce v Perském zálivu a hodnoty stouply na 15.5%, resp. 6.6%, lidí se symptomy PTSP. Je zřejmé, že nárůst byl způsoben mj. projevením plné PTSP u skupiny těch veteránů, kteří bezprostředně po konfliktu vykazovali jen částečnou PTSP (*Fontana, et al., 1992*).

V podobném výzkumu zaměřeném na nejčastější symptomy PTSP prováděném v roce 1995 se ukázalo, že mezi nejčastější stesky pacientů patří vyhýbavé myšlenky - 60%,

vyhýbavé chování - 50%, intenzivní stres při situaci, která asociuje traumatickou událost - 45%, vtíravé myšlenky - 43% a poruchy spánku - 30%. Nejmenší podíl tvořila neschopnost vybavit si traumatickou událost - 5% (*Southwick et al., 1995*).

Velmi zajímavá je tabulka č. 2 vypracovaná na základě dat získaných z práce Southwicka a kol. (1995) - pořadí intenzity stresorů při ODS.

Tabulka č. 2

- | | |
|-----|--|
| 1. | Silné ohrožení vlastního života |
| 2. | Pohled na bizarně zohavená těla |
| 3. | Pohled na mrtvé a raněné |
| 4. | Pobyt v blízkosti nepřátelské linie |
| 5. | Strach z min |
| 6. | Přelétávání nepřátelského území letadlem |
| 7. | Vystavení odstřelování |
| 8. | Strach z chemického útoku |
| 9. | Hrozba útoku nepřátelských raket |
| 10. | Prostředí pouště |

Mezi stresory dále patřilo čekání na nasazení do ODS, hrozba teroristickému útoku, dlouhodobý pobyt v chemickém ochr. oděvu, několikadenní služba, nemoc a problémy po návratu domů, nuda, velký počet lidí v základním táboře, nedostatek soukromí, hluk děl a raket a obava z vystavení požárům z ropných vrtů.

Větší tendence ke stresu byla prokázána u 48% respondentů, vliv na současný život u 55% a vliv na zaměstnání u 48%. Nutno dodat, že výzkum probíhal vzápětí po ODS (cca. dva měsíce po akci). Výsledky jsou tedy poplatné takto krátké lhůtě a po delším období, by se jistě ukázaly určité změny ve statistických datech (*Southwick et al., 1995*).

4.3.3. Jiné psychické problémy

PTSP není jedinou odezvou na traumatickou událost. Organismus, resp. psychika může reagovat v různých modulacích a forma odpovědi je vždy závislá na řadě proměnných (viz kap. č. 2)

Na základě své studie Patricie Sutker M.D. z New Orleanského VA Medical Center v roce 1994 uvedla, že nejčastější psychickou poruchou u veteránů z Perského zálivu byla PTSP - 14.8%, dále depresivní poruchy - 13%, různé druhy fobií - 6% a závislost na alkoholu a nebo drogách - obojí 3%. Podstatné bylo, zda voják byl přímo vystaven boji, či plnil své povinnosti v týlu (*Sutker et al., 1994*).

4.3.4. Premorbidita

V kapitole č. 2 byli obsáhle rozebírány osobnostní faktory, které ovlivňují vznik PTSP. Velmi ohroženou skupinou jsou ti jedinci, kteří již nějaké trauma prodělali. Tabulka č. 4 nám ukáže vliv sexuálního a fyzického zneužívání na vznik PTSP u veteránů z Perského zálivu.¹⁶

Tabulka č.4

	ženy		muži	
	nezneužití	zneužití	nezneužití	zneužití
PTSP	15,8	22,6	16,4	16,7
Deprese	17,8	19,3	15,0	14,7

Tato tabulka jasně ukazuje, že vznik PTSP, či depresivních stavů souvisejících s válečnou zkušeností byl větší u těch žen - veteránů, které byly před ODS vystaveny nějaké formě zneužití. U mužů není vztah jasně zřetelný a dokonce zářezující je údaj, že porucha neurovegetativních funkcí (deprese) je o něco nižší v kolonce "zneužití". Nutno zde dodat, že vzorek tvořilo 196 nezneužitých a jen 73 zneužitých mužů. Může se zde tedy jednat i o určitou statistickou chybu v důsledku malé referenční skupiny. Hypoteticky lze předpokládat i možnost, že se problémy projeví v jiné oblasti - muži mají obecně větší tendenci řešit psychické problémy různými tranquilizéry, jakým může

být například alkohol, či jiné drogy. Tyto údaje tabulka neuvádí a autoři se k tomu nevyjadřují (Engel et al., 1993).

4.4. Závěr

Výsledky studií jasně ukazují, že i přes krátké období pozemní akce v Perském zálivu a relativní snadnost, s jakou bylo dosaženo vítězství, byly zúčastněné osoby značně stresovány svými zážitky a staly se rizikovou skupinou pro vývoj PTSP. Údaje z tabulky č. 2 ukazují stresory přímo spojené s bitvou (vystavení pohledu na mrtvá, či umírající těla, riziko vlastního zranění či smrti ap.). Rok po ODS byl zaznamenán výskyt PTSP zhruba u 9.2% veteránů, kteří byli v přímém nasazení. Tato hodnota může být v mnoha případech způsobena nejen vlastním zážitkem, ale i nedostatkem psychologické přípravy, péče během akce, či následného debriefingu (viz kap. Č.6). Symptomatologicky se PTSP projevovala především v oblasti potlačování a dále vtíravých myšlenek. Za zmínku stojí i pouštní klima a krajina, jenž řada vojáků udávala jako stresor. Dá se s jistou opatrností předpokládat, že prostředí, jenž je středoevropanovi a severoameričanovi cizí a fyzicky zatěžující, bude i přes náročný výcvik a přípravu fungovat jako stresující faktor. Vzhledem k charakteru moderní války se lze domnívat, že bojová činnost v kulturně i klimaticky cizích podmínkách bude, či lépe řečeno už je, věcí obvyklou.

Při aplikaci výše zmíněných dat na naše podmínky je třeba mít na paměti fakt, že zatímco američtí vojáci dostali účast v misi převážně rozkazem, u našich vojáků to bylo na základě dobrovolnosti. Další důležitý faktor je zařazení české jednotky, která nebyla určena pro vlastní boj, a tak se jí budou týkat spíše hodnoty pro vojáky, kteří nebyli přímo nasazení. Na druhou stranu není nikde psáno, že v případě podobné akce, nebudou naši vojáci vystaveni přímému ohrožení, tak jak se tomu stalo u Američanů.

KAPITOLA V.

VÁLKA V BÝVALÉ JUGOSLÁVII

Válka v bývalé Jugoslávii představuje typ konfliktu, který je svým způsobem nový. Není zde myšlena občanská válka, ty byly a nejspíše budou, ale jde o činnost jednotek OSN a NATO. Tento druh intervence se nazývá mírová mise a význam takovýchto akcí se začal uplatňovat, dá se říci, až v této dekádě. Zde jsou pravidla platná pro mírovou misi.

- 1) Vojáci vyslaní nějakou nadnárodní organizací (OSN, NATO), nemají za úkol vyhrát válku - přidat se k jedné z bojujících stran, ale buď být zcela nezáujatými pozorovateli a pouze monitorovat dění v cílové oblasti, nebo naopak bojující strany od sebe pokud možno oddělit a zabránit dalším bojům.
- 2) Armády mírových jednotek mají k dispozici jen nejnútnejší vojenský arzenál.
- 3) Je přesně vymezena situace, kdy voják může použít zbraň.
- 4) Při akcích OSN je možnost použití bojových prostředků menší, než při mírových misích NATO.

Všechny čtyři faktory, budou mít svůj vliv na reakci na traumatickou zkušenost.

5.1. Historické pozadí

Zatímco odtržení Slovinska od Federativní republiky Jugoslávie proběhlo vcelku bez komplikací, nestalo se tak při vyhlášení nezávislosti Chorvatska. Již od dob Habsburků, zde byla usídlena velká srbská menšina, a sice jako ochrana před nájezdy Turků na hranicích Bosny a Velkosrbska. Historická paměť udržující vzpomínky na někdejší boje a krveprolití způsobené bojem Srbů s Turky hrála svou roli při atentátu na Františka Ferdinanda d Este a v průběhu II. světové války, kdy docházelo k vzájemnému vyvražďování Srbů, Chorvatů a Muslimů. Pocit Chorvatů, že byli v době Titova režimu vykořisťováni Srby (ačkoli Tito byl Chorvat), touha Srbů v Chorvatsku, Bosně a

Velkosrbsku sjednotit se do jednoho státu a neschopnost Chorvatů přiznat Srbům v nově vzniklém státě sebemenší autonomii nakonec vedla k rozpoutání regulérní občanské války. Po několika lokálních konfliktech mezi Srby a Chorvaty v oblasti tzv. Krajiny, kde žili převážně Srbové, byla vyhlášena Republika Srbská Krajina s hlavním městem Kninem, které však bylo historickým místem korunovace Chorvatských králů. Místní Srbové, podporovaní armádou někdejší Jugoslávie nejdříve vítězili, obsadili dokonce některá místa etnicky čistě chorvatská. Později se však pod nátlakem Chorvatů stáhli a zaujali postavení na hranicích srbského osídlení. Na nátlak OSN pak byla vytvořena tzv. nárazníková zóna, táhnoucí se mezi oběma znepřátelenými stranami.

V letech 1992-1995 vzplály boje také v oblasti Bosny a Hercegoviny (dále BaH). Tato národnostně velmi smíšená oblast byla po volbách v roce 1990 v moci tří politických subjektů, z jejichž vůdců se nechvalně proslavili především Alija Izetbegović za muslimy a Radovan Karadžić za Srby. Zatímco muslimové chtěli separaci Bosny od zbytku Jugoslávie, Chorvati, ale hlavně Srbové si přáli v tomto svazku zůstat. Po kontroverzním referendu na jaře 1992, vzplály boje především v oblasti Brčka a později se přesunuly do okolí Sarajeva. Mezinárodní společenství, především na nátlak USA uznalo nezávislost BaH, což umožnilo aktivní zásah OSN proti Jugoslávské armádě, která aktivně pomáhala bosenským Srbům. V létě 1992 se však projevil separatistické tendence i u bosenských Chorvatů, ti se zapojili do bojů a časem se ozbrojené srážky přenesly na celé území BaH.

Díky celé řadě mírových jednání se nakonec od roku 1995 postupně podařilo nastolit v oblasti bývalé Jugoslávie relativní klid, nicméně vojenské jednotky mírových sborů jsou zde dodnes a je důvodná obava, že jakmile jednou opustí toto území, vzplanou boje znovu (*Tichý, 1995*).

5.2. Psychosociální důsledky nasazení v misi¹⁷

Minulé dvě kapitoly byly zaměřeny takřka výhradně na zkušenosti, které udělala americká armáda. Důsledky nasazení v mírové misi na území bývalé Jugoslávie ukáží na příkladu našich vojáků. Hned zkraje však musím důrazně varovat před zbrklým zobecňováním. Česká jednotka operující v oblasti Bosny má některá specifika, jenž mohou mít přímý vliv na možné důsledky plynoucí z této činnosti. Na prvním místě stojí fakt, že naši vojáci jsou takřka bez výjimky dobrovolníci, kteří prošli sítím testů a dá se tedy předpokládat, že své úkoly zvládnou. Druhý podstatný rozdíl s

dříve zmíněnými konflikty je společný pro všechny další armády - riziko vystavení traumatické zkušenosti je v tomto konfliktu nesrovnatelně menší.

Vzhledem k dobrovolnosti nasazení v misi, je důležité zmínit motivační prvky vedoucí k rozhodnutí. Asi 70% účastníků udává finanční důvody a dále význam mise pro naši zemi a armádu. U mužů, kteří šli do mise výhradně kvůli penězům, lze, v porovnání s těmi, u nichž finanční benefit nehrál tak důležitou roli, sledovat určité typické znaky. Jednalo se zpravidla o muže ženaté, přicházející z civilu. O další setrvání v armádě velký zájem nemají a případnou další účast v misi vyhledávají opět pro peníze a nikoli díky například dobrým zkušenostem s misí minulou. K armádě velkou důvěru nemají a nadosobní motivy boje - národní hrdost ap. - jsou u nich poměrně vzácné. Je třeba dodat, že finanční stránka věci je našimi vojáky vnímána jinak, než u příslušníků armád ekonomicky vyspělejších zemí, neboť pro nás představuje plat misionáře větší rozdíl v porovnání s průměrnou mzdou (*Strašák, 1996*).

Asi u poloviny misionářů jsou důvody profesní a sebezkušenostní a dále předchozí dobrá zkušenost z mise, či doporučení kamarádů a známých, kteří již v misi byli.

Výběr lidí pro službu v misi je popsán v kapitole 7.

Během vlastní činnosti v oblasti bývalé Jugoslávie, jak již bylo řečeno, nedochází tak často k vystavení traumatu, nicméně stresory typické pro prostředí odloučené vojenské jednotky, zde bezesporu existují.

Na předních místech stesků jednotlivých příslušníků mise stojí špatná organizace - tedy svým způsobem kritika namířená na velitelský sbor. Dále pak nepravdivost pošty a omezení kontaktů s rodinou. Svou roli hrála i nuda, stereotyp a ponorková nemoc. Obavy ze zajetí mělo méně jak deset procent respondentů (*Strašák, 1996*).

Běžné těžkosti v misi nejčastěji vyplývají ze špatného rozhodování nadřízených, interpersonálních problémů, starostí o rodinu a také z náročné adaptace na specifický styl života. Tyto obtíže navíc hůře zvládají vojáci starší a pak ti, jenž jsou nasazeni poprvé (*Tichý, 1995*).

Skutečná krize v misi se týká asi 1/3 vojáků, bez rozdílu věku, počtu nasazení, zda se jedná o vojáka z povolání, či z civilu. Dochází k ní obvykle v situaci, kdy se běžné problémy vystupňují a přesáhnou určitou mez. Jedná se často o adaptační potíže,

interpersonální neshody, či špatné rozhodování nadřízených. S žádostí o pomoc při řešení problémů, se vojáci nejčastěji obrací na své přátele (zvláště mladší účastníci mise), na svého velitele (obv. ti starší), dále pak na polního kaplana, a psychologa. Pokud se jedná o skutečně vážné komplikace, pak jdou misionáři spíše za polním kaplanem (služební problémy), či za psychologem (rodinné problémy), než za svými přáteli (*Hendrych, 1997*).

V současné době se vede diskuse na téma dovolených. Zatím je situace taková, že voják se dostane domů dva krát za půl roku. Je s tím však řada problémů. Jednak se zde objevuje v kapitole 3 zmíněný "homecoming syndrom", kdy před nástupem na dovolenou klesá připravenost. Nesnáze pokračují po skončení dovolené, kdy voják vypadl na nějakou dobu ze zažitých zvyků a pravidel a trvá mu nějaký čas, než se opět vpraví do role misionáře. Objevují se hlasy volající po zrušení dovolených, či navrhuující možnost návštěvy vojáka jeho manželkou přímo v místě nasazení (*Hendrych, 1997*).

V naší armádě dosud neexistuje souvislý program psychosociální podpory rodiny v době, kdy je její člen v misi. Zájem o takovouto službu však zesporu je. Převážná většina manželek by uvítala v době nasazení možnost, setkávat se s manželkami ostatních vojáků, aby si mohli vyměnit informace a také dostat se mezi nové lidi. Více jak 90% partnerů misionářů by uvítalo podrobné informace o této akci. O vlastní psychologické poradenství zaměřené především na rodinné vztahy a role by mělo zájem cca 23% partnerů. Tento údaj není jistě velký, ale vzhledem k malé obezřetnosti laické veřejnosti v naší republice s tím co psychologie nabízí, to považují za údaj vedoucí k zamyšlení. Asi polovina všech manželek potřebuje po odjezdu partnera dobu 14 dní až 1 měsíc na adaptaci. Po návratu je situace lepší (41.6% nemá potřebu si zvykat na novou situaci), ale i zde je skupina cca 48% partnerských vztahů, kterým trvá dva týdny až měsíc, než se vše dostane do správných kolejí (*Hendrych, 1998*).

V průběhu nasazení si manželky nejčastěji stěžují na pocity osamělosti, problémy s péčí o děti, či o majetek, jenž si vyžaduje určitou údržbu (dům, chata, auto atd.). Bezproblémové absolvování role "manželka bez manžela" udávalo více jak 50% respondentek bez ohledu na věk, či vzdělání. Souvisí to však s tím, zdali se jedná o první, či několikátou misi jenž partner absolvuje. Předchozí zkušenosti zde hrají důležitou roli při zvládnání této situace. V řešení těžkostí jim pomáhají příbuzní a přátelé (*Hendrych, 1997*).

Celkově se adaptační potíže po ukončení mise týkají asi 1/3 navrátilců a jejich manželek. nejčastěji se jedná o narušení běžného chodu domácnosti. Pobyt v misi má celkově podíl asi na jedné polovině rozvodů. Velké problémy se objevují obvykle tam, kde už byly dřív, týkají se asi 4 - 6% rodin a část z nich končí rozvodem. Další oblast problémů je v rovině zaměstnání. Většina navrátilců si musela najít práci jinde, než byli zaměstnání dříve (38%), nezaměstnaní tvoří asi čtvrtinu a pouze 23% se vrátilo do svého původního působiště. U vojáků z povolání je situace příznivější, i tak však 15% muselo přejít jinam a 18% je nuceno dojíždět. U nezaměstnaných veteránů je velká tendence vstoupit do mise znovu (*Hendrych, 1998*).

V řadách bývalých misionářů je neobyčejný zájem o ustavení sdružení bývalých účastníků misí, jenž by plnilo jednak informativní službu a dále nabízelo možnost setkání veteránů navzájem (*Hendrych, 1998*).

5.3 Výskyt reakcí na stres u příslušníků mírových misí

V úvodu bylo řečeno, že válka je jakýsi komplex traumatických událostí. Tato definice jistě platí pro ty konflikty, které nazývám tradiční, a dále pro válku ve Vietnamu a svým způsobem pro Perský záliv. Zatímco v těchto konfliktech je voják takřka den, co den vystaven vysoké zátěži a s tím souvisejícím stresem, je svědkem traumatických událostí, či má alespoň důvodnou obavu, že jim vystaven bude, v mírových misích (alespoň pokud se týká oblasti bývalé Jugoslávie) tomu tak není. Naši vojáci byli vystaveni traumatickým událostem jen velmi zřídka, nárazově a vždy se to týkalo jen omezeného počtu příslušníků vojenské jednotky. Často zmiňovaný stresor, typický pro oblast bývalé Jugoslávie, je svědectví s etnickými čistkami, resp. S jejich důsledky. Vojáci, převážně však jiných národností byli pověřováni exhumací a otevíráním hromadných hrobů. Celkem shodně udávali tuto zkušenost jako velmi zátěžovou. Samostatnou kapitolu pak tvoří oddíly určené pro likvidaci nášlapných min.

Výskyt ASP je znám především z období dvou chorvatských ofenzív. Psychologové se však mnohem častěji potýkali s problémy související s psychosociálními podmínkami mise, tak jak byly popsány výše (*Tichý, 1995*). Obecně se dá říci, že tyto problémy rezultovali do podrážděnosti, úzkostnosti, časté byly poruchy spánku a psychosomatické potíže - bolesti hlavy, zad, dyspeptické potíže, oprese na hrudníku,

ekzémy, kardiovaskulární problémy, častější infekce a zvýšená konzumace levného alkoholu.¹⁸

V kapitole č. 2 je zmiňována psychická reakce známá u vojáků operujících v zahraničí - dehumanisace. V této souvislosti bych rád zmínil zajímavý poznatek, že u nejméně 1/3 bývalých účastníků mise lze pozorovat výrazné xenofobní tendence, které s opakováním mise narůstají především u starších vojáků z povolání. Zjistilo se, že xenofobie zde úzce souvisí s úzkostností a s osobními problémy (*Hendrych, 1998*).

Výzkum zaměřený na psychické poruchy způsobené službou v misi se v naší republice zatím nedělal. Určité zkušenosti s PTSP u veteránů z oblasti bývalé Jugoslávie udělala ÚVN v Praze - Střešovicích, ale není možné říci, kolika procent vojáků se týká.

5.4. Závěr

Od války v Bosně uplynula nejkratší doba, de facto tento konflikt stále trvá. Vzhledem ke svému charakteru nepředstavuje pro vojáky mírových misí tak hutný komplex traumatických zkušeností. Psychické problémy souvisí převážně s každodenním životem jednotky, kterou tvoří takřka výhradně muži a jenž je odloučena od domácího prostředí. Fakt, že naši vojáci jsou dobrovolníci, způsobil, že díky psychologickému výběru jsou do jednotky zařazeni jen psychicky odolní jedinci. Psychosociální důsledky života v mírové misi se projevují především v oblasti rodiny, jenž je odchodem vojáka značně narušena. Další komplikace po návratu z mise souvisejí s hledáním nového zaměstnání a s přizpůsobením se na život v normálních podmínkách.

Poruchy vyvolané traumatickou zkušeností nemají hromadný ráz, týkají se vždy jen omezeného počtu vojáků, v časově omezené době. Mezi hlavní stresory patřily dvě chorvatské ofenzivy, jenž znamenaly mnoho mrtvých a zraněných převážně z řad civilistů. Hrůzná zkušenost s etnickými čistkami není typická pro české vojáky. Velkému stresu jsou však vystaveni ti, jenž mají za úkol zbavit zemi nášlapných min.

Armáda zatím nezaujala jasné stanovisko v otázce psychosociální péče o misionáře a jejich rodiny, přestože poptávka tu je.

KAPITOLA VI.

PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE O VOJÁKY

6.1. Prevence

Jeden z důležitých faktorů podílejících se na vzniku nějaké reakce na stres je očekávatelnost takovéto události. Pokud je řeč o civilních podmínkách, jde to velmi těžko. Jak si představit přípravu pasažérů letadel, či vlaků ve smyslu, že může dojít ke katastrofě, jenž bude vypadat patrně tak a tak a při níž bude ohrožen život jejich, či jejich blízkých? Lze, a je dokonce nutno, připravit však ty, kteří se se stresovou situací patrně setkají při výkonu svého povolání. Mám zde na mysli především požárníky, záchranné týmy, policisty a v neposlední řadě ty, jimž je věnována tato práce - vojáky.

6.1.1. Výběr a výcvik lidí vystavovaných traumaticky stresovým situacím

Prvním krokem jak předejít vzniku a rozvoji psychických poruch v souvislosti s prožitým traumatem, je výběr, který zohlední jeden ze dvou nejdůležitějších faktorů spouštějících ASP, či PTSP. Tím je osobnost.

Bez rozdílu, zda se jedná o armádu, záchranný sbor, hasiče ap., se používají standardní osobnostní dotazníky (např. SPARO, DOPEN,...aj.), jenž si kladou za cíl eliminovat již v počátku, ty jedince, jejichž psychický stav by mohl zkolabovat v kritických situacích. Ačkoli je psychodiagnostika již dávno zaběhnutou psychologickou disciplínou, určitý faktor omylu, či nepřesnosti, je třeba mít na paměti.

S výcvikem je situace ještě spleťtější, než s testováním. Jak připravit člověka na to, že bude v situaci přímého ohrožení života, bude svědkem smrti, či zranění svých přátel a bude mít jen omezené možnosti této situaci čelit? Každého jednotlivce prověří až onen klíčový moment. Něco se však přece jen dělat dá. Především jsou to školení, kdy je podrobně popisována jak ASP, tak PTSP. Jsou zmiňovány vlivy, které zvyšují pravděpodobnost jejich výskytu - nadměrné pití kávy, kouření, nedostatek spánku, odmítání jídla a pití ad. Dále jsou tyto profesionálové cvičeni rozpoznat na sobě příznaky

nějaké traumatické poruchy, společně s tím, jak v takovém případě postupovat a na koho se obrátit.

Tato práce si však neklade za cíl jen podrobně referovat o formách reakce na stresovou situaci, to je patrně nejvážnější, ale ne jediná odpověď na válečnou zkušenost. Ve třetí kapitole byl zmiňován moment, kdy se vietnamský veterán vracel domů a narážel na vlnu nepochopení ze strany rodiny a přátel. Ti se zase nemohli vyrovnat se změnou, jaká se s jejich blízkým udála za dobu jeho služby. O tom, jak tento negativní důsledek války, pokud možno, zminimalisovat, hovoří následující oddíl

6.1.2. Rodinné trauma - analýza a psychosociální podpora¹⁹

Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, častým důsledkem válečné zkušenosti jsou problémy v manželství. Ať už voják zažije v průběhu svého nasazení traumatickou událost, či nikoli, samotný fakt, že opouští rodinu na dobu několika měsíců stačí pro vznik rodinného traumatu. Připočteme - li to, že je zde reálné riziko toho, že se nevrátí, je jasné, že takováto situace rodinu silně zasáhne. Armády, které jsou v současné době zaangažované do mírových akcí, tento fakt znají a snaží se míru rodinného traumatu pokud možno zminimalisovat. Než však přistoupíme k rozboru psychosociální péče, zanalyzujme si k čemu v rodině dochází.

Analýza

Vyjděme ze základního faktu, že voják opouští rodinu na dobu několika měsíců. Z toho automaticky vyplývá pocit ztráty na všech zúčastněných stranách. Nadále tedy budeme sledovat:

1) Typ ztráty

2) Reakce - před odjezdem

v průběhu nasazení

po návratu

3) Stadia - pocity, symptomy, chování ...

Podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové existují šest základních stádií reakce na ztrátu:

- a) šok
- b) hněv, odmítání
- c) smlouvání
- d) akceptace
- e) emoční bolest
- f) adaptace

Rodina se o odjezdu vojáka dozvídá zpravidla několik týdnů, či měsíců před odjezdem a takřka až do dne D se nalézá ve druhém stadiu - odmítání, či třetím - smlouvání (muse bude třeba zrušena, vyberou někoho jiného ...). Z toho vyplývá, že až do odjezdu se hovory záměrně vyhýbají tématu odchodu, rodina se snaží, aby život šel dál, beze změny, jakoby se nic nestalo.

Asi týden před odjezdem dochází k emočnímu stažení a atmosféra v rodině je velmi napjatá.

Všechny podstatné věci, které se záměrně potlačily a neprobraly - možnost smrti, otázky sexuální, chod domácnosti, atd. - se objeví v momentě, kdy se letadlo s vojákem odlepí od země. Teprve tehdy obvykle dochází k čtvrtému stádiu - akceptaci.

Následuje 1 - 6 týdnů tzv. citových zmatků, kdy se rodina dostane u vojáka až na druhé místo, neboť náročnost situace si to vyžaduje a rodina si zvyká na život bez muže.

Pátá fáze - emoční bolest je posléze vystřídána adaptací. Po tomto období se dostaví rutina, která končí 2 - 3 týdny před koncem. Rodina se u vojáka opět dostane do popředí, což nelze podceňovat, neboť to může představovat jak vážné ohrožení samotného vojáka - klesá jeho bojová připravenost - tak i celé jednotky. Za války ve Vietnamu se tomuto stavu říkalo "homecoming syndrom"(syndrom vojáka, co jde domů).

Rodina se nachází v ambivalentním postavení. Je samozřejmě nadšena, nepřipouští si možné komplikace, a když ano, doufá, že se samy nějak vyřeší. Na druhou stranu se

obává, zda život půjde tak jako dřív a v neposlední řadě mnohdy pociťuje zlost na vojáka, že byl tak dlouho pryč.

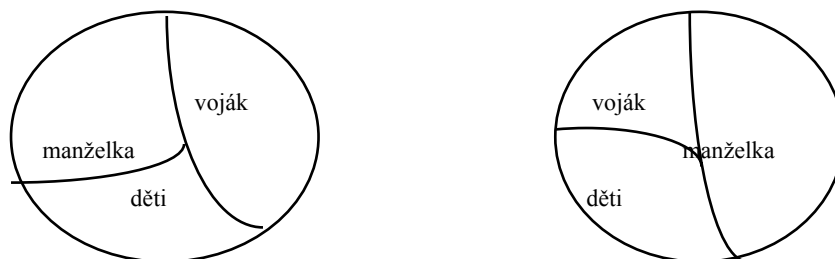
Návrat odstartuje cosi co by se dalo nazvat jako druhé líbánky. Ze zkušeností je známo, že bývají hodnoceny lépe než první, neboť partneři už mají více zkušeností. Ty však končí 1 - 2 dny po příjezdu, kdy se objeví první problémy.

Když přemýšlíme o tom, co se odehrálo v rodině během vojákovy nepřítomnosti, dospějeme k problematice rolí, či vymezených teritorií (viz obr. 1). Zatímco byl voják pryč, část jeho teritoria si rozdělila manželka a děti. Voják tedy přichází do prostředí, kde jsou jeho kompetence značně okleštěny. To bývá zdrojem velmi vážných problémů. Souvisí to se získáním manželčiny soběstačnosti o které již byla řeč v kapitole č. 3.

Aklimatizace pak trvá 4 - 6 měsíců. (Týká se vojáků sloužících v mírových jednotkách OSN v devadesátých letech, jejichž operační nasazení je v délce max. jeden rok.)

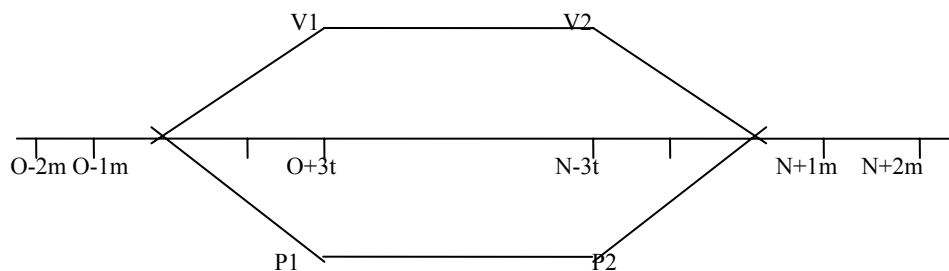
Obr. 1

- 1) Před odjezdem 2) Po návratu



Psychosociální podpora

Jako ilustraci psychosociální podpory zvolím belgický model, který je využíván při práci s vojáky nasazovanými především do mírových operací OSN. (viz obr. 2)



- Před nasazením

Zhruba dva měsíce před nasazením (O - 2m) se vybírá tzv. management v boji proti stresu. Do něj jsou jmenováni klíčoví lidé z armády. Ti jsou vycvičeni na speciálním kursu, který trvá 3 - 5 dní, v poskytování první pomoci ve stresových situacích. Dále z lidí, kteří zůstávají doma vznikne skupina pro rodinnou podporu. Ti projdou zhruba dvoudenním výcvikem zaměřeným na základní principy psychosociální podpory rodiny.

Jeden měsíc před odjezdem (O - 1m) se koná tzv. "100% setkání", kde se sejdou jednak vojáci vybraní pro misi a jednak jejich nejbližší (nemusí se jednat jen o manželky - rodiče, partneři atd.). Toto setkání probíhá obv. v přátelské atmosféře, jsou pozváni známí mediální umělci a lidé, jakkoli zaangažovaní do mise mají možnost navzájem probrat své pocity, zjistit, že podobné starosti mají i jiní a definitivně si připustit že k odloučení prostě dojde.

V době před odjezdem jsou vojáci upozorňováni na základní chyby, ke kterým v rodinách dochází, jsou vyzýváni aby se svými blízkými hovořili o výše zmíněných tématech, které s odchodem souvisejí, i o tak choulostivých situacích jako je možná smrt, či zranění, sexuální otázky atd.

-V průběhu nasazení

Dva až tři týdny po odjezdu se koná jak s vojáky, tak s jejich partnery setkání (V¹,P¹), které si klade za cíl, pomoci jim při hledání nových rolí:

V¹: Jak být otcem a manželem na dálku?

P¹: Jak být matkou bez otce? Jak být manželkou bez manžela?

Dva až tři týdny před návratem se koná meeting (V²,P²), kde se jednak dohodne podobné setkání jako před odjezdem (N + 1m) a proberou se otázky:

V²: Jak se přizpůsobit domácímu prostředí

P²: Jak dosáhnout opětivé harmonie v rodině

Debriefing (viz níže) se koná jedním měsícem po návratu (N + 1m). Jeho program by se dal stručně vyjádřit v těchto bodech:

a) Úvod a přivítání v rozsahu cca. 30 min.

b) Diskuse ve dvou oddělených skupinách - vojáci a partneři

(cca 2h)

c) Společné plenární zasedání. (cca 1h)

Smysl spočívá v tom, že měsíc je dost dlouhá doba, aby se problémy objevily a tak se zde mohou probrat s lidmi ve stejné situaci, tak jak tomu bylo před odjezdem. Navíc se zde klade zvláštní důraz na to, aby lidé byli schopni vidět v celé akci smysl.

6.1.3. Debriefing

Jak už bylo řečeno v kap.2, jedním z hlavní požadavků člověka, který byl vystaven traumatické události, je mít možnost o ni mluvit a tím ji odžít. Toto se v žádném případě netýká jen vojáků, ale všech, kteří byli nějak psychicky zraněni (podobně ohroženými skupinami jsou hasiči, pracovníci záchranné služby, policisté apod.). Jednou z metod, jak umožnit těmto lidem vyrovnání se se stresem způsobeným traumatem je tzv. debriefing²⁰.

Provádí se v určitém časovém odstupu od stresové situace a klade důraz na následující body

1) Znovupochopení - nic není jako dříve

2) Smysl - jaký to vše mělo smysl

3) Trauma bylo zažito společně (vojenskou jednotkou, hasičským sborem ap.)

Debriefing si klade za cíl následující:

1) Znovuprožít traumatickou událost společně s kolegy v časové posloupnosti, tak, jak se odehrála

2) Vybudovat zpřetrhanou síť vztahů a kontaktů, které byly událostí (např. vojenskou misí) zpřetrhány.

Na psychologa provádějícího debriefing jsou kladeny některé zvláštní požadavky. Tím, že člověk vystavený traumatu nejdříve očekává pomoc od kolegů a přátel, měl by být psycholog "jedním z nich" (voják, hasič, policista ...). Ačkoli se to zdá nedůležité je v této souvislosti třeba mít na paměti i takové maličkosti jako oblékání. Jako naprosto nevhodné se považuje klinické prostředí a psycholog v bílém plášti. Proto se debriefing provádí pokud možno v místě vlastním lidem, se kterými se debriefing koná.

Výše zmíněná belgická armáda provádí se svými vojáky, nasazenými v mírových jednotkách OSN, debriefing, který se odehrává asi jeden měsíc po návratu z mise. V průběhu dvou hodin, kdy se pracuje odděleně s vojáky a partnery se kromě traumatických zkušeností, jež psycholog neřeší na úrovni jednotlivce, ale skupiny, otevírají tabuizovaná témata (sex v době mise, pohl. choroby donesené vojáky, rodinné problémy ap.). Po uplynutí oněch dvou hodin se obě skupiny sejdou a zvolí si mluvčí, kteří témata a závěry, ke kterým se došlo v jednotlivých skupinách obecně přednesou. Tím dochází k nesmírně významnému efektu, kterým je **legitimizace toho, co se stalo**.

6.1.4 Vojskoví psychologové²¹

Práce vojskovéhoho psychologa v sobě zahrnuje všechny tři složky psychologické péče, o níž je v této kapitole řeč - prevence, krizová intervence a terapie. Kromě toho vojskový psycholog reaguje na aktuální situace, ke kterým v jednotce dochází. (Vojskový psycholog spadá obvykle na jeden pluk, v nižších seskupeních mívá svého zástupce z řad vyškolených laiků). Tím se má na mysli - mezilidské vztahy, soukromé problémy vojáků intra, či interpersonální, problematika zneužívání psychotropních látek ap.

O profesi vojskového psychologa je třeba zmínit důležitý fakt, že většina armád má tendenci spíše školit v psychologii profesionální vojáky, než rekrutovat civilní psychology (tzv. americký model).

Vojskový psycholog, podobně jako duchovní, působí kromě své profese ještě jako jakýsi poradce velitele a prostředník mezi ním a vojáky. Má tedy určitou výhodu v hierarchické prostupnosti (viz níže). Jak ji využije je na něm. Rozhodně by však měl včas podchytit a zabránit častému dojmu, že je jakýmsi "špionem" velení (*Strašák, 1996*).

6.1.5. Vojenští kaplani

Jednou z podstatných složek péče o duševní komfort vojáků nasazených v bojové situaci je postava vojenského kaplana. Jeho práce vojenského duchovního se dá rozdělit do třech částí. V té první vystupuje v podstatě v podobné roli jako psycholog, tedy přináší do dané situace určitý lidský rozměr. Díky svým jistým privilegiím (kněžské a lékařské tajemství) nabízí vojákům možnost ventilovat své problémy ať už ryze osobní, či přímo související s jejich danou situací. Bylo by však velkou chybou zaměňovat roli duchovního na této úrovni s psychologem. Pravdou je, že se tyto funkce mnohdy překrývají, ale je třeba si uvědomit z jakých výchozích pozic kaplan či psycholog k vojákovi přistupují.

Druhá rovina na které vojenský duchovní působí, je pozice jakéhosi poradce velitele. Poskytuje mu řekněme etický rozměr a navíc má díky své pozici, která je do jisté míry překračující vojenskou hierarchii, přímé spojení jak s velitelským sborem, tak i s mužstvem. Tato prostupnost dává vojákům vyjadřovat se skrze vojenského kaplana, aniž by jejich hlas musel projít skrze tři, čtyři i více hodnostních stupňů. Jedná se jak o jakousi obecnou náladu, tak i o pocity, či názory jednotlivců, které pak vojenský duchovní může, samozřejmě anonymně, sdělit veliteli a od něj si naopak vyslechnout jeho důvody, které jej přiměly udělat takové, či jiné rozhodnutí a ty pak určitou formou přetlumočit vojákům. To, že tato role má jistě příznivý vliv na celkovou atmosféru v jednotce, není třeba příliš zdůrazňovat.

Třetí role je pak ryze duchovního rázu. Vojenský duchovní je samozřejmě v posádce v pozici kněze a uspokojuje duchovní potřeby nábožensky založených vojáků. Zde je nutno dodat, že vojenští kaplani jsou v armádě obvykle vyslanci všech církví zapojených v ekumenickém hnutí. Tedy nerozhoduje konfese duchovních - forma i obsah jejich práce by se neměli navzájem lišit.

Zde je namístě dodat, že onen duchovní rozměr se obráží ve všech třech rolích. Bylo by chybou, domnívat se, že v prvních dvou případech působí duchovní jako psycholog. Dělá sice podobnou práci v mnoha ohledech, ale je především kněz.

6.2. Psychologická intervence v okamžiku traumatické události

Pro názornou představu je třeba si zde vymezit prostor, který máme na mysli. Jedná se o okamžik, kdy traumatická situace probíhá, či čas bezprostředně po ní. Zde platí, že oběti jsou všichni, kteří byli takovéto situaci vystaveni - tedy i psychosociální pracovníci. U nich se však očekává, že riziko je poněkud nižší, vzhledem k jejich výcviku. To platí do jisté míry o všech profesionálech - záchranáři, hasiči, vojáci, ap.

Je značně obtížné zde hovořit o nějakých zaběhlých a ověřených principech, neboť prostor i čas, k nim vymezený, nedávají příliš možností. V kapitole č. 2 jsou rozděleni lidé dle chování v traumatické situaci. Profesionál by se měl v první řadě obrátit na ty, kteří i v krajním okamžiku jednají bez známek šoku, či paniky a ty pověřit úkoly. Jednak tím získá cenné spolupracovníky a navíc jim dá možnost aktivně se podílet, neboť pasivita spíše přispívá k negativnímu zpracování.

Lidé s "tunelovým viděním" potřebují vedení. Jdou takřka za kýmkoli, kdo působí jistě a ví co dělat. Zde je dobré využít lidi z první skupiny. Jednak se zabrání případným zmatkům a navíc to dodá těmto lidem výše zmíněnou aktivitu. Důraz je třeba položit na alespoň minimální pocit bezpečí. Toho lze i v krajně vypjatém okamžiku dosáhnout tónem hlasu, vhodně zvolenými slovy, či fyzickým kontaktem (ne poplácávání po ramenou - působí nervosně) (*De Soir, 1999*).

Lidé v šoku mohou být nebezpeční jak pro sebe, tak pro ostatní. I zde platí co nejrychleji je dostat do bezpečí a dále postupovat podle standardních metod, které pro šok platí:

- teplo
- tišení (bolesti, či dodání pocitu bezpečí)
- tekutiny
- transport

Šok se může projevit ve dvou extrémech:

Stupor - strnutí, člověk není schopen se pohnout a hrozí zde tak reálné nebezpečí, že neunikne životu ohrožující situaci. Je jasné, že se bude chovat naprosto pasivně k naší pomoci a vše tedy bude záležet na nás. Na druhou stranu nám však nebude bránit v naší práci (*Tichý, 1996*).

Hyperaktivita - takový jedinec se může projevat od zmateného pobíhání, či vykonávání nesmyslných činností, až po agresivní ataky vůči všem zúčastněným. Někteří odborníci do této skupiny řadí i hysterické záchvaty, které se v kritických situacích objevují. Na druhou stranu matka, která má oprávněný strach o své dítě, či o něj přišla, má plné právo chovat se hystericky a její reakce je tedy v podstatě normální. Otázku zda používat v těchto případech medikaci nechávám k úvaze psychiatrům. Důležité je vědět, že hyperaktivní jedinci mohou vnést do situace pořádný zmatek a strhnout další. Proto je dobré je co nejrychleji, v rámci možností, dostat mimo aktuální prostor. (Otázka zda je možno použít fyzické násilí je nevyřešena, ale všichni ti, kteří se ocitli v kritické, či traumatické situaci, mi potvrdili, že se tak děje, pokud není jiné východisko. Př. Při povodních na Severní Moravě bylo občas nutno omráčit hyperaktivního jedince aby se neutopil, či nestrhl s sebou ostatní)

Následně po traumatické události je nutné vytvořit podmínky pro co nelepší emoční abreakci. Lidé jsou vyzváni mluvit o tom, co zažili, jak to na ně působilo, co cítili. Silné emoční reakce - pláč, hněv ap. zde plní velmi důležitou funkci "hlavního ventilu". Opět se klade důraz na fakt "mluvit a znovuprožít". Čím dříve se s tím začne, tím lépe.

Zajímavý poznatek v této situaci získali vojenští kaplani, kteří mají dobré zkušenosti s následnou modlitbou, jako formou emočního vyrovnání.²²

6.3. Psychologická intervence při akutní stresové poruše

Hovoříme-li o psychopatologických důsledcích traumatické události, nejedná se o zármutek způsobený ztrátou ať už blízké osoby, či životního stylu. Ten, pokud je přiměřený kulturnímu prostředí, tvoří přirozenou reakci, která nemá s psychopatií nic společného a není na místě proti němu jakkoli zasahovat.

Běžný průběh traumatické události a stav psychiky následně poté není obvykle považován za emocionální, či mentální poruchu, nýbrž se jedná o běžnou funkci mysli. Jde o obranný mechanismus, který člověku umožňuje vyrovnat se s mimořádným vypětím, kdy mu hrozí bolest, či dokonce smrt. Jeho přirozené reakce jsou potlačeny, takže může pokračovat v činnosti. Bez tohoto mechanismu, by ho vypětí situace překonalo. Východiskem z takovýchto stresových situací je pak potřeba jedince mluvit.

Při objevení se symptomů ASP je však již pozdě pouze na "vypovídání se". Zde musí nastoupit skutečná psychoterapie. Léčebný postup při akutní traumatické poruše způsobené válečným stresem stojí na třech pilířích (*Solomon and Benbenishty, 1992*):

- 1) Včasnost - být u vojáka u nějž se objevily příznaky co nejdříve je to možné
- 2) Blízkost - být co nejbližší bitevnímu poli a jednotce, která se v něm nachází
- 3) Naděje - systematicky dodat důvěru v rychlé znovuobnovení původních funkcí²³

Vlastní léčba probíhá v těchto fázích (*Bleich et al., 1992*):

- Odhad a orientace v situaci

- a) Stanovit symptomy a odhadnout jejich možný dopad na interpersonální vztahy
- b) Určit, zdali i ostatní (rodina, spolubojovníci ap.) jsou, či by mohli být tímto problémem zasaženi. Pokud možno, při vlastní terapii pracovat s rodinou/skupinou, než individuálně.
- c) Dát zvláštní důraz na oblasti, které alespoň minimálně fungují: Těmito oblastmi je nejlépe začít.
- d) Pamatovat, že množství symptomů nijak neovlivňuje prognosu a výsledek psychoterapie

- Základní terapie

Co nejdříve zaktivovat ty složky, u kterých je to možné - lidské a organizační zálohy. Všechny osoby se mohou stát terapeuty, pokud jsou dobře zaškoleni a zorganizováni.

Komunikace

Spustit komunikaci na jednoduché úrovni. U agitovaného, či naopak utlumeného pacienta začít i dotykem.

Znovunastolení osobní kontinuity

a) Základní potřeby - jídlo, pití, spánek. Dbát na vhodné oblečení, osobní hygienu a ostatní základní potřeby. Tyto činnosti souvisejí s terapií jako kterékoli jiné a patří do terapeutického plánu.

b) Orientace - Orientovat pacienta v situaci ve které se nachází, co bude následovat, kdo jste vy a proč tu jste, jak dlouho to potrvá atd.

c) Význam - popisovat situaci jako normální adaptační proces. Vyjádřit dobré očekávání, bez zmiňování možných problémů a komplikací.

Zpracování traumatických událostí

a) Vyprávění příběhu - nechat pacienta vyprávět dokud má potřebu a dokud není jasný obraz toho, co se stalo. Zaplnit případné mezery v paměti. Pomoci vytvořit adaptabilní teorii o tom, co se vlastně stalo.

b) Uznání emocí - během vyprávění pojmenovat a prodiskutovat emoce s tím související, především strach, zlost, zármutek a vinu. Jestliže má pacient problémy s pojmenováním emocí a hovorem o nich, je třeba jej informovat o emočních aspektech takovéto události (Např. "Většina lidí by se v takové situaci bála. Jak jste se cítil vy ?")

c) Zabývání se emocemi - Aktivně pacientovi pomoci udržovat snesitelnou úroveň emočního nebuzení pomocí:

1) Princip odstupu a vystavení emocím .Užitečná technika je poradit pacientovi, aby si promítl své emoce na obrazovku televizoru - pro získání odstupu a naopak vstoupil do obrazovky - pro pocit vystavení.

2) Postupně nechat pacienta volně se pohybovat od modu pozorování po vystavení. Toto praktikovat až po míru nesnesitelné bolesti.

3) Pokud je pocit viny tak velký, že znemožňuje celkovou normalizaci, akceptovat ji a pokusit se ji odčinit pomocí symbolického rituálu.

d) vytvořit psychoterapeutickou strukturu

1) V této fázi by měla být frekvence sezení maximálně tři až čtyři devadesátiminutová setkání za týden

2)Opakovat cyklus v následujících sezeních dokud se nedosáhne stabilisace

3)Emoční abreakce - neustálé opakování technik zaměřených na emoce, by mělo zabránit tomu, aby jimi byl pacient znovu a znovu traumatizován.

4)Cyklus ukončit tehdy, když pacient může o událostech volně hovořit.

e) Hypnosa - velmi účinný způsob léčby ASP, díky níž je možno velmi rychle stabilisovat takové symptomy jako je vysoké nabuzení, aby bylo možno dosáhnout relaxace pro pružnost myšlení a chování a jejich podpora skrze sugesci a zvýšený terapeutický raport. Člověk postižený ASP je obvykle značně sugestibilní a výsledky se tedy objeví velmi brzy.

f) Farmakoterapie - v akutní fázi se doporučuje užít farmaka jen tehdy, není li stabilisace možná užitím technik psychologické intervence

g) Funkční kontinuita - nechat pacienta v akci, i kdyby to mělo být na velmi elementární úrovni

h) Interpersonální kontinuita - vytvořit podpůrnou skupinu z lidí blízkých pacientovi, či s podobnými problémy

i) Psychoterapeutovo vystupování

1)Za všech okolností budit kompetentní a autoritativní (nikoli autoritářský) dojem. Pacient musí vědět, že se může o terapeuta opřít.

2)Pokud se psychoterapeut zabývá více případy najednou, je nezbytné dělat jen to na co sám stačí. Práci je možné pověřit jednotlivé členy podpůrné skupiny. Vždy je lepší investovat čas do supervise ostatních, než dělat vše sám.

Pro lepší představu zde uvedme příklad ASP, která se demonstrovala velmi dramaticky, což je pro naši potřebu vhodné, neboť se tím stává velmi názornou. V roce 1973, během války mezi Izraelem a Egyptem, byl polní psychoterapeut přivolán k vojákovi, který vykazoval všechny příznaky ASP. Ležel na korbě nákladního automobilu, hyperventiloval, plakal, potil se po celém těle a mumlal cosi nesrozumitelného. Jeho spolubojovníci stáli starostlivě kolem něj, nedbajíce okolní palby. Zběžným pohovorem

zjistil, že postižený voják vykazoval již několik dní známky tenze, nejedl, nespál, nepil nic jiného, než kávu a velmi kouřil.

Toto chování by mohlo být demoralizující pro celou jednotku. Intervence byla zaměřena tedy jak na pacienta, tak i na celou jednotku. Velitel byl požádán, aby empaticky promluvil k jednotce, probral minulé události a nechal vojáky, aby se k nim vyjádřili. Dále určil dva vojáky, kteří se od psychoterapeuta naučí, jak v takovéto situaci postupovat a zastoupí jej, až on tam nebude. Poté se obrátil k pacientovi a kladl mu jednoduché otázky, aby jednak připoutal jeho pozornost a dále tím, že jej nutil mluvit, dostal pod kontrolu jeho hyperventilaci. Následovalo jednoduché relaxační cvičení. Pomáhající vojáci byli požádáni, aby pomohli pacientovi najíst se a napít, zatímco s ním psychoterapeut dále mluvil. Pacient hovořil o tom, jak velkou má úzkost o svou rodinu, jak těžce zvládá narůstající napětí, jak bezmocný a osamělý se cítil během plnění svých povinností. Byl ujištěn, že se jedná o normální reakci na stres, dehydrataci, hlad, kofein a nikotin a že se dá rychle do pořádku pokud bude více dbát o svoje tělo a navíc mu v tom bude pomoheno jeho spolubojovníky. Po rozhovoru s velitelem, kterému bylo navrženo raději nechat vojáka ve službě s náležitou psychosociální podporou jeho druhů, psychoterapeut odešel. Jak on tak i jednotka byli svědci značného zlepšení a to už tři hodiny po zásahu. Kontrola provedená šest měsíců poté ukázala, že se neobjevily žádné příznaky PTSP. Klíčovým v tomto případě bylo to, že voják zůstal dále ve službě (nebyl podporován pocit bezmoci) (*Bleich et al., 1992*).

6.4. Terapie zpožděné reakce na trauma

Tento oddíl předesílám tím, že se nejedná o PTSP (viz. kap. č. 2). O její terapii bude řeč níže.

Zpožděná reakce se může objevit v horizontu let i desetiletí po vlastní události. Může se objevit v podobě stimulu, který se podobá, či jen symbolizuje stimul originální. Jedná se o okamžiky traumatu, krize, či ztráty. Terapie se musí zabývat jak současným problémem, tak tím co symbolizuje. Intenzita s jakou působí staré či současné zranění indikuje, čím se bude terapeut zabývat nejdříve a co může odložit na později (*Bleich et al., 1992*).

6.5. Terapie PTSP

Válka, holokaust, ap. jsou charakteristické dlouhodobým vývojovým efektem, který vytváří předpoklady k vzniku chronické PTSP, což znamená především ztrátu sociálních dovedností, a patologické sebepojetí. PTSP je výsledkem dlouhodobého procesu v oblasti intra i interpersonální, přičemž dochází k jakémusi lavinovitému efektu, kdy jeden symptom spouští další a postupně se vytváří celkový obraz poruchy, kde jsou jednotlivé symptomy provázány spleť vzájemných vazeb a kauzalit do takřka nepřehledné spleti. Na příklad, nabuzené chování a vtíravé myšlenky ruší spánek, čímž nabourávají primární cyklus reagující na střídání dne a noci což způsobuje poruchy nálad (ty se mění obvykle ve spaní), koncentrace a podrážděnost. Intra i interpersonální vzorce se fixují a vytváří další specifické syndromy (syndrom naučené bezmocnosti aj.). Psychoterapeutická podpora a léčba je velmi náročná a jedině nedirektivní, trpělivý a citlivý přístup může tento, v pravém slova smyslu, psychosociální pád zastavit. Léky v těchto případech mají jen podpůrnou funkci a i přes řadu výzkumů a let práce na této problematice, je třeba říci, že zkušenosti s osvědčenými postupy jsou stále nedostatečné.

6.5.1. Co dělat a čeho se vyvarovat při léčbě PTSP

1) Zmapování situace

Zmapovat somatické, intra-personální, inter-personální a organizační složky, společně s možnými risiky, která by mohla stav ještě více zkomplikovat. Rozpoznat nezasazené oblasti a identifikovat aktuální, či potenciální zdroje podpory. Mít na zřeteli premorbidní faktory. Zvážit možnou podporu ze strany rodiny, či blízkých.

2) Farmakoterapie

Farmakoterapie může účinně pomoci tam, kde hrozí přechod k chronicitě. Antidepresiva a analgetika jsou nejčastěji užívané látky při léčbě PTSP. Některé studie se také zmiňují o dobrých zkušenostech s benzodiazepiny a lithiem.

3) Stadia psychoterapie

Následující stadia se doporučuje užít se značným ohledem na flexibilitu. U rigidních pacientů se však radí, pokud možno, držet se jich.

- a) Navázat s pacientem partnerský vztah. Rezistentní pacienti mají často velmi pesimistické mínění o jim nabízené pomoci. Kvalitní vztah pomůže terapeutovi tento postoj změnit
- b) Zastavit lavinovitý nárůst symptomů a stabilizovat celkový obraz. Zde je třeba dát pozor především na oblast "potlačování". Ne vždy je pacient schopen informovat, že se něčemu vyhýbá. Dělá to totiž mnohdy podvědomě. Doporučovanými postupy jsou relaxace, kognitivně-behaviorální přístup, paradoxní intervence ("Dělejte vše pro to, abyste neusnul, místo toho pište vše co vás napadá" - tím se získá materiál o tom co spánek ruší), direktivní rodinná intervence ("byl bych rád, kdybyste se tomto týdnu třikrát připojil k rodinné večeři" - tím se získá dobrý materiál o rodinném klimatu) pro obnovení rodinných rolí a rutiny.
- c) Obnovení ztracených behaviorálních schopností. Pacient je procvičován v takových dovednostech jako je asertivita, komunikace s přáteli ap. Zde je dobré sledovat chování pacienta k rodině a dětem. Často se tam objevuje agresivita a podrážděnost.
- d) Pracovat s traumatem metodou odcizení a vystavení, tak jak byla popsána výše.
- e) Pracovat s více obecnými osobnostními a myšlenkovými vzorci: tendence k závislosti, potlačování, somatisování ap.
- f) Být připraven na možné konflikty či relapsy, především v okamžicích stresu.

4) Týmová práce

Je nezbytné spolupracovat s lékaři, sociálními pracovníky, rehabilitačními odborníky, příp. s právníky, školou a dalšími složkami společnosti, kterých se to týká.

5) Vztah mezi pacientem a psychoterapeutem

Pacienti s PTSP mohou být resistantní a nespolupracovat. Často to souvisí s tím, že již mnoho lidí kolem nich se jim snažilo bez výsledku pomoci. Jsou tedy skeptičtí a mohou reagovat i podrážděně na psychoterapeutův optimismus. Opět se zde tedy doporučuje brát pacienta v pravém slova smyslu vážně a jeho problémy nezlehčovat.

Mnohé studie informují o tom, že řada pacientů má relapsy prostě proto, že nechtějí na svém stavu nic měnit. To o co jim jde je odškodnění, či uznání (v této souvislosti viz kap. 2 - požadavky k úřadům). Tato nevědomá negativní motivace je samozřejmě kontraproduktivní a může se neblaze projevit na psychoterapeutovi, který si situaci relapsu klade za vinu (*Bleich et al., 1992*).

Mezi další úskalí vztahu pacient - psychoterapeut pak patří přehnaná závislost jak na terapeutovi, tak na terapii vlastní (např. opakované noční telefonáty ap.). Zachování přiměřeného odstupu je problém, který se vyskytuje při každé práci s oběťmi traumatu.

6.5.2 Kognitivně-behaviorální terapie²⁵

PTSP se projevuje především v oblasti myšlení a jednání. V tomto typu léčby tedy terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáháme klientovi získat náhled a měnit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Léčba má vytvořit základ pro nové učení. Důležitou součástí je systematické řešení problémů. Klient je celou dobu informován o jednotlivých krocích psychoterapeuta a vzniká tak mezi nimi kooperativní vztah. Přenosové mechanismy se zde nepodporují. Terapie je časově omezená a směřuje k dosažení předem stanovených cílů. K hlavním rysům kognitivně-behaviorální terapie patří.

1) Časová omezenost

(dvacet - třicet sezení)

2) Otevřená aktivní spolupráce tvořící vztah mezi terapeutem a klientem

3) Východisko v teoriích učení

4) Zaměření na přítomnost

5) Zaměření na konkrétní, vymezené problémy

6) Zaměření na to, co je pozorovatelné a vědomé

7) Stanovení konkrétních, funkčních cílů

8) Směřování k soběstačnosti klienta: procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje si pocit vlastní kompetence

9) Důraz na vědeckost: sbírá konkrétní fakta, měří frekvenci, trvání i míru závažnost problémového chování, vytváří hypotézy a ty pak empiricky prověřuje.

Důležitou součástí jakéhokoli programu je kognitivně-behaviorální vyšetření - přesná diagnostika současných způsobů myšlení a chování. Ta zahrnuje jak přesnou charakteristiku současných problémů, tak faktorů, které jim předcházely a které mohou následovat.

Ke kognitivně-behaviorální terapii můžeme zařadit změnu atribucí a naučený optimismus, sebeinstrukční trénink, zvládání situací a řešení problémů.

- Atribuce je kognitivní proces, během něhož, člověk přisuzuje určitým událostem význam, který z nich přímo nevyplývá. Atribuce souvisí s tendencí člověka vysvětlit určitý jev a znát jeho smysl a příčinu.

Atribuční styl zdravého člověka je charakteristický tím, že přisuzuje pozitivním událostem obecný parametr, zatímco negativní jevy jsou pomíjivé a časoprostorově omezené. U pacientů s PTSP může však být tento princip narušen a jedinec má naopak tendenci k sebedopřívání. Pomocí domácích úkolů a terapeutických rozhovorů může dojít k úpravě v hodnocení skutečností jak v pacientově intrapersonální tak interpersonální oblasti.

Takto zaměřená terapie především pomáhá pacientům s již zmíněným syndromem naučené bezmocnosti, aby naopak získali naučený optimismus a vědomí vlastní zdatnosti.

- Sebeinstrukční trénink vychází z pozorování dětí, které se při hře často povzbuzují - "teď udělám bábovičku", ap. Tak je i pacient instruován, aby se nahlas, či v duchu neustále programoval - "srach je sice nepříjemný, ale překonám jej", ap.

- Trénink "očkování proti stresu" znamená záměrné vystavování se obtížným situacím a cvičí se v tom je zvládat, i když přicházejí neplánovaně.

- Trénink v řešení problémů spočívá v rozčlenění řešení na jednoduchý algoritmus, popis problému, alternativy řešení a praktické vyzkoušení.

Při aplikaci kognitivně-behaviorální terapie na pacienty trpící PTSP se musí dbát na určité specifické odchylky od terapie jiných pacientů. Je třeba si uvědomit, že takovíto klienti často jen velmi těžko připouštějí, že mají nějaký problém a že by měli vyhledat odborníka. Proto se doporučuje několik zásad.

- a) Provádět terapii pokud možno v domácím, či jinak známém prostředí.
- b) Nevytvářet umělé bariéry pomocí bílého pláště ap. Naopak snažit se působit co nejvíce dojemem "jsem jeden z vás".

Jak terapie PTSP vypadá v praxi dokumentuje následující příklad:²⁶

Gad, pětatřicetiletý, ženatý inženýr a svědek masivního bombardování během války v Libanonu v roce 1982, byl hospitalisován v roce 1985. Byl diagnostikován jako atypická psychosa a intensivně léčen antipsychotiky. Dříve zaměstnanec v průmyslu, začal Gad vynechávat práci kvůli somatickým problémům. Začal užívat alkohol jako tranquilliser proti vlivu depresivních epizod a halucinacím při kterých opět zažíval válečné trauma. Situace se zkomplikovala. Jeho manželka odešla z práce, ve snaze být mu nablízku a pomoci mu, ale časem se cítila frustrována minimálním výsledkem své péče. Hospitalisace toto ještě více zkomplikovala nejen tím, že oba partnery separovala a nabourala Gadovo sebevědomí, ale navíc negativními účinky psychofarmak. Změna diagnosy na PTSP způsobila Gadovo propuštění z psychiatrické kliniky a jeho další léčbu v denním stacionáři. Pár byl opět spolu a získal naději. Stabilisace byla určena jako první cíl. Během několika týdnů, byla choroba léčena antidepresivy a hypno-behaviorální terapií, relaxacemi, spánkovým cvičením a kognitivně-behaviorální terapií pro snížení podrážděnosti a spánkové deprivace zapříčiněné narušením cyklu den/noc. Pár byl instruován jak zlepšit situaci v domácím prostředí, mimo jiné i tím, že Gadova manželka opět nastoupila do práce. Nicméně Gadův perfekcionismus, rigidita a masochistický postoj tvoří trvale zdroj vulnerability.

6.6. Systém péče o veterány

Každá země má svůj systém péče o své vojáky, kteří byli nasazeni v nějaké bojové akci. V Evropě převládá model, kdy při vojenských nemocnicích jsou oddělení specializovaná na tuto problematiku. Zároveň s každým konfliktem se ustanovuje tzv. krizový team, obsahující lékaře, psychology, sociální pracovníky atd. Některé státy mají navíc ještě speciální centra přímo určená pro veterány. V Evropě je to např. Francie.

V USA, vzhledem k problematice Vietnamských veteránů vznikla tzv. Vet Centra²⁷. Kongres je zřídil v roce 1979 jako místa s velkým rozsahem služeb pro Vietnamské veterány. Těm se zde nabízí možnost psychoterapie, konzultací, pomoc závislým na návykových látkách, krizová intervence v akutních případech, poradna pro zaměstnání a vzdělávání a informace o různých veteránských organizacích. Vet Centra úzce spolupracují se zvláštními odděleními ve větších amerických nemocnicích, která jsou určena pro veterány, či s veteránskými asylovými domy. Personál zde tvoří obvykle psychiatr, dva až tři psychologové, dle velikosti úměrný počet psychoterapeutů, sociálních pracovníků a úředníků vyřizujících s tím spojenou agendu. Vzhledem k tomu, že od války ve Vietnamu byli američtí vojáci nasazováni do celé řady dalších konfliktů, nejsou dnes Vet Centra specialisována tak úzce a nabízejí pomoc všem, kteří mají problémy se svým někdejší nasazením. Není bez zajímavosti, že druhou největší početní skupinu tvoří veteráni z Perského Zálivu (www.va.gov).

Poměrně vyhledávanou formou pomoci jsou linky důvěry. Většinou se jedná o civilní zařízení, v některých zemích mají veteráni své vlastní. V případě akutního telefonátu, kdy volající vykazuje známky značných psychických problémů, používá se tzv. telefonní krizová intervence, která se soustřeďuje především na empatii a autenticitu ze strany terapeuta (*Knoppová et al., 1998*)²⁸.

6.7. Závěr

Pomoc obětem traumatických událostí je věc velmi náročná. Jako u všech jiných poruch a nemocí platí, že prevence dokáže zamezit rozvoji onemocnění. U veteránů nejde však jen o trauma způsobené bojem, ale i odloučením od rodiny a domova. Jeho blízcí doma jsou tak zprostředkovaně také obětí vojenské mise. Díky zkušenostem však již existují modely pro psychosociální podporu rodiny. Dobře udělaná intervence v případě ASP může zamezit rozvoji chronického onemocnění. Když už dojde k příznakům PTSP, je třeba mít na paměti, že pacientem je člověk jako každý jiný, pouze s tím rozdílem, že v

jeho životě se objevila zdrcující zkušenost. Základní psychoterapeutická pravidla zde platí jako všude jinde.

Armády zapojené do mírových operací, či jiných konfliktů pamatují na problematiku veteránů různou formou péče. Příkladem mohou být Vet Centra ve Spojených státech. Vzhledem k početnímu rozdílu veteránů se evropské země zaměřují spíše na vytváření zvláštních oddělení ve vojenských nemocnicích.

Práce s oběťmi traumatických stresových situací, je sice nezbytná, ale velmi náročná. Klade na terapeuta značnou zátěž a každý kdo se rozhodne s touto skupinou klientů pracovat, by si měl dát určitý čas na vyzkoušení a "osahání" této problematiky, neboť ne každý odborník, i přes profesní kvality, je schopen tuto práci vykonávat.

KAPITOLA VII.

PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE V ARMÁDĚ ČR

7.1 Psychologická služba v Armádě ČR

V době, kdy vznikala tato kapitola (únor 1999) byla těsně před dokončením ucelená koncepce psychologické služby v naší armádě. Zde jsou její hlavní zásady:

- Jednotně koordinovaná psychologická služba
- Psychologem může být jen universitně vzdělaný odborník
- Zřízení funkce hlavního psychologa a rady, složené ze zástupců psychologických směrů
- Vojsková, terénní psychologie, jako partner psychologie ve vojenském zdravotnictví
- Vojskový psycholog na stupni brigáda, eventuálně na vybraných praporech

Psychologická služba v Armádě České republiky by se dala rozdělit do čtyř oblastí:

1) Psychologie ve zdravotnictví - vojenské nemocnice.

Klinická oblast je zatím nejlépe profesionálně vybavená. Je řízena z lékařsko-psychologického oddělení ÚVN. Toto odvětví přečkalo obtížné období po roce 1989 a má úroveň srovnatelných pracovišť v armádách NATO.

2) Vojsková psychologie - psychologové u jednotek

Toto odvětví se potýká a řadou komplikací. Jednak zde občas stále pracují bývalí politrucci, kteří tu po změně režimu našli své nové působiště, dále, vzhledem k

nedostatečně definovanému statutu voj. psychologa, zde pracují i nep psychologicky vzdělaní vojáci.

3) Psychologie ve vojenském školství

Několik psychologů pracuje na vojenských vysokých školách jako pedagogové, či v různých složkách resortu obrany.

4) Psychologický výzkum

Základní psychologický výzkum se zatím v naší armádě neprovádí. Pokud se nějaké výzkumy přesto dělají, jsou v oblasti aplikované, spíše však sociální psychologie.

Připravovaná koncepce má za úkol tyto jednotlivé složky sladit a vymezit jejich pravomoce. Hlavní psycholog a ps. rada by je měli účelně koordinovat.

Otázka vzdělání bude ošetřena podmínkou absolvování universitního studia psychologie a počítá se s tím, že po nástupu nového odborníka z civilu, by jej čekaly praktické stáže jednak v ÚVN, dále u vojskových psychologů a samozřejmě na příslušném odboru MO, pro osvojení si určitých formálních norem. Tzv. Americký model, kdy vojenští psychologové pocházejí z řad profesionálních vojáků a teprve pak si dodělávají příslušné vzdělání, není u nás důsledně dodržován, a tak se dá říci, že vojenští psychologové jsou rekrutováni jak z vlastních armádních zdrojů, tak z civilu.

Výzkum by se měl v budoucnu zaměřit na sledování psychických změn pod zátěží a pomoci tak při standardizaci dotazníků a škál (*Preiss, 1998*).

7.2. Příprava, průběh a následná péče o vojáky nasazené do mírových akcí

7.2.1. Příprava

Každý dobrovolník musí projít kompletním psychologickým vyšetřením. To je v současné době v kompetenci Ústřední Vojenské Nemocnice - lékařsko-psychologického

oddělení. U uchazečů o činnost v mírových sborech se psychologická způsobilost zaměřovala na následující osobnostní kvality:

- přiměřená úroveň obecné inteligence - v obecné rovině jde zároveň o předpoklady k výkonu a učení;
- psychická odolnost v zátěži;
- anticipační regulace aktivit a chování - sleduje se předjímání důsledků vlastního chování pro sebe i pro jiné, preference středního stupně rizika a optimální hladina resistance vůči rušivým podnětům;
- pozitivní motivace - jde především o poznání životních hodnot, charakterových vlastností (úroveň sebecitu, sebehodnocení, zaměření osobnosti a přiměřeného stupně odpovědnosti);
- optimální úroveň adaptability - hlavně schopnost přizpůsobit se novým podmínkám a okolnostem života a činnosti
- vývoj psychopatologických rysů osobnosti - tj. vysoký stupeň agresivity, psychopatie, psychotismu, neurotismu, nepřátelského chování; (*Hromádka et al., 1995*)

K diagnostice slouží baterie psychologických testů IHAVEZ, DOPEN, SPARO, BDI a RAVEN. Dotazníky byly doplněny ještě kresbou stromu a postavy. V obecné rovině je psychická způsobilost k výkonu vojenské služby určena jako optimální integrace těch struktur a funkcí osobnosti, které spoludeterminují adekvátnost chování a vysokou efektivnost výkonu v podmínkách různého stupně a povahy psychické zátěže. Psychologické vyšetření se soustřeďuje na eliminaci těch jedinců, jejichž vulnerabilita je příliš velká a mohla by tedy vést k špatnému zvládnutí zátěžových okamžiků a situací spojených s mírovou misí. I přes to se však stávalo, že tímto sítím prošel voják, který by se správně mírové mise vůbec neměl zúčastnit. Případů, kdy testy prošel např. člověk s prodělanou psychotickou poruchou bylo minimum, častější však byly situace, že dobrovolník si zvolil misi jako způsob k vyřešení svých osobních problémů většinou v partnerských vztazích, ale byly i případy lidí závislých na drogách²⁹. Je jasné, že toto

není cesta k nápravě manželské krize, či podobných nesnází. Problémy se tím jen vyhrotí a takovýto voják je rozhodně psychicky oslaben (*Strašák, 1996*).

V Českém Krumlově, kde probíhá příprava vojáků pro tyto akce, existoval i psychologický výcvik, nicméně jak již bylo řečeno v kap. č. 6, zvýšit práh odolnosti proti stresu je takřka nemožné. Vlastní výcvik se tedy zaměřoval jednak na rozpoznání stresových reakcí a návod jak se v takové chvíli chovat a pak nácvik některých psychologických dovedností, mezi něž patří např. vyjednávání. V současné době se takováto příprava už nekoná.

7.2.2. Období nasazení

V misi (několik set lidí) je psycholog, který tam slouží po celou dobu jedné rotace - 6 - 9 měsíců. Jeho práce je nejen praktická intervence při reakcích na stres (ty netvoří ani polovinu jeho činnosti), ale i oblast poradenské psychologie - rodinné problémy, interpersonální vztahy, či toxikologie (riziko zneužívání psychoaktivních látek). V této souvislosti stojí za zmínku zajímavý poznatek našich vojskových psychologů, sloužících v Bosně. Před začátkem těchto akcí byla reálná obava, že vzhledem k tzv. Balkánské cestě (tranzit heroinu do Západní Evropy) dojde k infiltraci drog mezi vojáky. K značnému překvapení všech zúčastněných se tak v podstatě nestalo, a pokud ano, bylo to v tak malé míře, že to nepřesáhlo mez pouhého experimentu. Repatriace z důvodu abusu drog se týkaly výhradně lidí, kteří měli tyto problémy již před misí³⁰.

Postavení vojskového psychologa v Armádě ČR je srovnatelné s ostatními armádami NATO (viz kap. č. 6). Jistá specifika tu však jsou. Jak již bylo řečeno výše, v těchto funkcích občas slouží i bývalí armádní političtí pracovníci, kteří si po roce 1989 udělali jednoroční kurs pořádaný Vojenskou pedagogickou (dříve politickou) akademií. Občas se některý z těchto pseudopsychologů dostal i k našemu útvaru v Bosně. Tito lidé pak mnohdy neměli buď zájem, či znalosti, v krajním případě jim chybělo obojí, aby mohli účinně pomoci, v momentě, kdy je toho zapotřebí. Připravovaná koncepce psychologické služby v naší armádě, by měla tyto nešvary eliminovat.

Místo vojenského kaplana, jak bylo popsáno v minulé kapitole je v naší armádě jev více méně staronový, neboť tzv. feldkuráti sloužili již jak za Rakouska - Uherska, tak i v armádě Československé Republiky. V období II.sv. války jich několik pracovalo v našem zahraničním vojsku, ale s nástupem komunistické diktatury byla tato složka armády zrušena. Po roce 1989 se vojenští duchovní dostali na pořad dne v souvislosti s misí českých vojáků na území bývalé Jugoslávie. Ministerstvo obrany požádalo v této kauze Českou biskupskou konferenci o poskytnutí jednoho duchovního pro své potřeby. Prvním českým vojenským kaplanem se stal katolický kněz Mgr. Tomáš Holub.

Jeho práce odpovídá charakteristice vojenského kaplana v kapitole č. 6 - nebudu se tedy opakovat. Za zmínku snad jen stojí fakt, že vzhledem k armádním předpisům vojenský duchovní nemůže mít v armádě určité zájmy spojené s kariérou, neboť jeho působení v rezortu ministerstva obrany je na dobu určitou. Onen lidský rozměr o němž byla v souvislosti s touto profesí již řeč, je tím jen posilován.

7.2.3. Následná péče

Nejslabší článek psycho-sociální péče je ve fázi "po návratu". ÚVN má v plánu vyčlenění určité části právě pro potřeby navrátilců. Samozřejmě, že každý, kdo by po návratu z mise pocítil nějaké komplikace, může se na ÚVN, či jakoukoli jinou psychologickou instituci obrátit. Je v tom však velký háček zpočívající v, řekněme, osvětě. V naší společnosti neustále přetrvává iluze, že psycholog, či psychiatr je pro duševně nemocné lidi a i ten, kdo mnohdy má reálné problémy, si řekne "přeci nejsem blázen" a pomoc nevyhledá. K tomu se v rámci armády přidává další desinformace - vojenští psychologové jsou mezi vojáky považováni pouze za nástroj hodnocení a ne pomoci.

Jasně definovaný systém v péči o navrátilce zatím chybí. ÚVN má nicméně v plánu vytvoření matrice psychologické péče o vojáky, která by mimo jiné znamenala určité zautomatizování některých postupů. Např. voják předčasně repatriovaný by automaticky procházel psychologickým vyšetřením.

Vojáci, kteří se vrátili z mise a mají určité psychické problémy, nemusejí vyhledávat jen pracoviště v ÚVN. Mohou navštívit jakékoli odborné zařízení, zabývající se psychickými problémy. Řada veteránů se v této souvislosti obrací na linky důvěry (viz. kap. č. 6). Znovu zde musím tedy položit důraz na osvětu. Vojáci by měli být informováni o této možnosti a naopak odborní pracovníci na linkách důvěry, či civilních pracovištích proškoleni a připraveni na specifiku psychických potíží, vyplývajících z válečné zkušenosti.

7.3. Závěr

Tak jako všechny složky naší armády, musela i psychosociální péče projít restrukturalisací, resp. být nově vytvořena. I přes řadu sporných rozhodnutí a stylu činnosti je zřejmé, že v Armádě ČR se s touto složkou počítá a do budoucna projde ještě řadou změn. Určité pozitivní výsledky však tu jsou již dnes. Za všechny uvedu fakt, že v naší misi v Bosně není dosud zaznamenán jediný případ suicida, což většina zúčastněných armád říci nemůže³¹. Čím je to způsobeno je však sporné. Rozhodně bych si zde netroufal označit naši psychologickou péči o tamní vojáky, jako nejlepší, ale jistě hraje roli - v rámci možností - poctivě provedený výběr a výcvik a bezesporu i fakt, že na rozdíl od profesionálních armád, kde jsou "misionáři" z rozkazu, čeští vojáci si vybrali tuto službu dobrovolně.

Vzhledem k našemu připojení k NATO dojde patrně k určitému urychlení některých procesů a k většímu toku informací, jenž je nezbytný pro sladění této armádní složky s ostatními členskými armádami.

KAPITOLA VIII.

ZÁVĚR

Zkušenost s válkou je jedna z nejhorších, jakou může člověk zažít. Je jen velmi málo lidí, kteří dokáží tento zážitek zpracovat tak, že z toho pro ně neplynou důsledky. Většinu však zůstanou následky, jež ve větší, či menší míře narušují psychiku a brání člověku žít plnohodnotný život.

Cesta k uznání reakce na válečnou zkušenost nebyla snadná. Tak, jak jsou celá psychologie a psychiatrie obory celkem mladými, tak teprve v našem století se dá sledovat soustředěný zájem o poruchy zapříčiněné prožitým traumatem. Díky tomu, že dvacáté století bylo na války celkem plodné, bylo dost příležitostí tento jev studovat.

Člověk je vybaven tak, aby byl schopen snést určitou míru psychické zátěže. Existují však individuální rozdíly a míra tolerance je závislá na vrozených dispozicích i na naučených vzorcích chování. Pokud tyto mechanismy selžou, objevuje se u člověka různé symptomy, při jejichž současném výskytu hovoříme o syndromech, či poruchách.

Jak by tedy měla vypadat účinná péče o vojáka, jenž bude, je, či byl vystaven válečné zkušenosti. Na prvním místě stojí výběr uchazečů. Naše armáda tím, že není plně profesionální, má lepší pozici v tom, že vojáci, jenž se účastní bojových misí, jsou dobrovolníci. Zájem o účast v misích je celkem značný, a tak lze vybrat ty nejlepší. Tam, kde jsou vojáci povoláni rozkazem, je třeba dbát na to, aby lidé, kteří se chtějí stát profesionálními vojáky, byli schopni unést i situaci skutečného boje a dle těchto přísných kritérií byli do služby v armádě přijati, či nikoli. Psychodiagnostické metody pro odhalení vulnerabilních jedinců sice existují, ale je na nich stále co zdokonalovat. Rozhodně je nutné počítat s tím, že vždy projde určité množství lidí, kteří se v akci projeví jako neschopní, či rizikovní, a pak je nutné jejich včasné odhalení a repatriace. Výše zmíněné výběrové procesy jsou platné samozřejmě jen v té situaci, kdy není jednoznačně ohrožena bezpečnost země a kdy nedochází k mobilizaci záloh.

Vlastní příprava na bojovou zkušenost je velmi problematická. Zvýšit práh tolerance na stres není v tomto případě dost dobře možné. Důležitá je však edukační příprava, ve smyslu informování vojáků o podobách reakcí na trauma, či jiných psychických potíží, jenž se dotýkají práce ve válečné oblasti. Voják by měl znát preventivní druh chování, jež snižuje možnost vzniku potíží, měl by být schopen rozpoznat příznaky jednotlivých

poruch, a dále by měl vědět, jak se v takové situaci zachovat, na koho se obrátit, ap. Je na armádě, aby mu potřebné informace, či výcvik poskytla.

Voják však není jediný, koho se konflikt, byť z geografického hlediska mnohdy velmi daleko, týká. Jsou tu rodiny, manželky, blízcí, jejichž život je odchodem vojáka více, či méně narušen. V naší zemi zatím neexistuje formální psychosociální služba v rámci armády pro rodiny misionářů a myslím, že je to chyba. Ze strany rodinných příslušníků je toto vakuum pocíťováno nelibě a tlak na větší sepětí je znát. Je zřejmé, že v dohledné době bude tato služba v naší armádě vytvořena jednak z důvodu našeho připojení do NATO (v ostatních členských armádách tyto služby vesměs existují) a jednak z iniciativy rodin, jenž si přejí být více informováni a cítit, že armáda je respektuje.

Období vlastního nasazení je samozřejmě klíčové. Nabízí se zde svůdné tvrzení o přenesení veškeré odpovědnosti na vojskové psychology. To by bylo však příliš snadné. Dobré psychické zvládnání bojové operace je věcí všech. Špatný postup velení a nevyhovující spojení s domovem byly hlavními náměty stesků našich vojáků v Bosně. Pro dosažení určité úrovně psychické pohody jsou nespostradatelní vojenští duchovní. Práce samotných vojskových psychologů je velmi plastická. Díky své prostupnosti mohou (a měli by) fungovat jako poradci velitelů, čímž lze například čelit mnohdy technicky dobrým, z hlediska psychologie však nevyhovujícím rozkazům. Mezilidské vztahy, jenž vyplývají ze specifického prostředí vojenské jednotky, která je tvořena převážně muži, mají svá úskalí v podobě různě se projevující ponorkové nemoci, ale i tu je možno zvládnout tak, aby nenarušovala bojeschopnost. Důraz je zde třeba opět klást na výběr jedinců, pro něž práce a život ve větším kolektivu nepředstavuje vážnější problém. Nevyhovující jsou zde především ti jejichž skóre psychopatie a neurotismu je neúnosně vysoké.

Psycholog má také povinnost navrhnout repatriaci u těch vojáků, kteří se v průběhu nasazení ukázali jako nevyhovující, či u kterých došlo k rozvoji nějaké poruchy, nebo výskytu symptomů, jenž mají na jejich činnost příliš negativní dopad. Po jejich návratu domů by mělo následovat vyšetření a případně léčba. Pro Českou republiku bude tuto funkci do budoucna plnit patrně ÚVN.

Pokud dojde z důvodu traumatické události k reakci na stres, kladu zde důraz na:

1) Včasnost

2) Blízkost

3) Naději

S dodržением této triády, lze s úspěchem čelit většině akutních projevů především ASP a zabránění vývoje k chronicitě. Pokud to situace jen trochu umožňuje, je dobré nechat postiženého dál plnit své úkoly, i kdyby to mělo být v naprosto minimálním rozsahu. Případy PTSP jsou typické vesměs až pro období po návratu.

Tak jak je nezbytná psychologická příprava vojáků na nasazení ve válce, je třeba jim věnovat podobnou péči i v období před návratem. Za dobu jejich nepřítomnosti se změnila řada věcí, jejich rodiny získaly mnohdy nové dovednosti a i role budou místy jiné. Období po návratu bude, i přes radost ze shledání více, či méně náročné a je třeba se na něj připravit. I zde má psychologie co říci a riziko rodinných krizí, či dokonce rozpadů, lze touto cestou zmírnit. Rozhodně je chyba, pokud jsou vojáci vraceni domů bezprostředně z válečného pole, neboť nemají možnost emoční abreakce. Hledají pak tento způsob adaptace v prostředí, jenž nechápe důvody potíží a celý proces je tak značně ohrožen.

Pokud byl voják v období svého nasazení vystaven traumatickým událostem, je možné, že se u něj vytvoří PTSP. Jedná se o velmi nepříjemé a často až životně nebezpečné onemocnění, jehož léčba je sice zdoluhavá, nicméně dnešní psychoterapie již zná celou řadu metod, jak této poruše čelit, její symptomy zminimalizovat, či je dokonce přímo odbourat. Jako u všech chorob zde platí, že čím dříve je zahájena léčba, tím je lepší prognóza. Aby k tomu však došlo, je nezbytná zejména účinná osvěta, jenž vymýtlí názor, že "psycholog je pro blázný", dá lidem informace o tom, jak toto onemocnění vypadá a kam se obrátit o pomoc.

V neposlední řadě je namístě zmínit úlohu úřadů. Jejich postoj k veteránům má velmi významný vliv na zvládání zážitků z válečné operace. Vetráni jsou na téma svého nasazení velmi citliví a jakákoli oficiální devalvace, či negativní postoj může mít na jejich psychiku, troufám si tvrdit, až katastrofální důsledky. Ať už veterán prošel čímkoli, musí si být jist, že se zachoval správně a že zem, kterou reprezentoval, či bránil, jeho činnost uznává a váží si ji. Dodržování tohoto postoje neplatí však jen pro úřady jako takové, ale pro celou společnost. Sdělovací prostředky mohou na tomto poli napáchat velké škody, jak to ostatně dokládá příklad vietnamské války.

Závěrem bych se rád pokusil odpovědět na tři otázky, které jsem v úvodu této práce položil. Tedy:

1) Psychologická péče o veterány je dvacet let od vietnamského konfliktu lepší. Hodně práce se udělalo na poli psychodiagnostiky a terapie. Memento vietnamských veteránů přispělo k vytvoření více či méně propracovaných systémů psychosociální péče o vojáky nejen v armádách NATO. Nebyl to však jen Vietnam. Problematika mírových misí, jež zasáhla do života vojáků v devadesátých letech tento proces urychlila. Psychosociální pracovníci a lékaři se naučili pracovat nejen s oběťmi traumatických zážitků spojených s válkou, ale též s rodinnými příslušníky, odhalili vliv úradů na citlivou psychiku vojáka a vytvořili systémy péče o navrátilce.

2) Psychologické důsledky moderní války jsou více méně stejné, jako důsledky válek v minulosti. Dá se s jistotou tvrdit, že reakce na traumata spojená s bojem byly podobné jako dnes, snad jen jejich obraz se mohl lišit s ohledem na sociokulturní prostředí. Některá specifika současných konfliktů však stojí za zmínku. Jedná se především o stresory. Zatímco v minulosti se bojovalo na geograficky, pro vojáka, blízkém území, dnes armáda operuje mnohdy v oblastech klimaticky i kulturně natolik odlišných, že to může působit zátěžově. Dále se změnila motivační faktory, s nimiž voják odchází do války. Tradičně vlastenecké, či náboženské hledisko bylo vystřídáno často nečitelnými politickými záměry a opodstatněnost obětí se stává spornou otázkou. I to má vliv na zvládání válečných stresů. Vietnam byl první konflikt, kde byly v masovém měřítku nasazeny vrtulníky, což vedlo sice k úspěšnější záchraně raněných, ale stoupl počet invalidů, jejichž specifika jsou s psychosociálního hlediska opět nepřehlédnutelná.

3) Česká republika a její ministerstvo obrany o problematice veteránů ví a tvoří systém psychologické služby. Naše připojení k NATO by tento proces mělo urychlit. Slabiny tu však jsou. Chybí kvalitní péče o rodiny, občas se vojáci z misí vrací do domácího prostředí přímo, bez času na psychickou "demobilizaci", rezervy má vojsková psychologie a výzkum. I tak je však naše armáda v této oblasti srovnatelná s armádami jiných členských zemí a to v době, kdy uplynulo pouze deset let od pádu režimu, jež rozhodně psychologii nefandil.

Psychosociální péče o vojáky a veterány, tak jak jsem ji popsal, spolu s dalšími faktory, jež přímo, či nepřímo vyplývají z mé práce, by měla mít jasně definovaný systém. Své slovo zde musí říci především armáda, neboť do jejího rezortu tato skupina lidí spadá. V rámci občanské společnosti by však bylo jistě dobré nechat některé kompetence a činnosti na civilních zařízeních a institucích. Psychologické důsledky moderní války se v menší, či větší míře dotýkají nás všech. Myslím, že vojáci nejsou jen zaměstnanci armády, ale také ti, kteří se starají o bezpečnost republiky a zaslouží si tedy náš zájem, a bude-li to zapotřebí, i péči.

POZNÁMKY

1) Někteří česká literatura užívá též zkratku PSP. Zde byla dána přednost anglickému originálu, který je PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). Zkratku PTSP považují tedy bližší původnímu znění.

2) Jako diagnostická kritéria bylo použito MKN-10 z roku 1992, DSM-III-R z roku 1987 a DSM-IV-R z roku 1994. Původní záměr byl řídit se jen nejnovějšími diagnostickými kritérii (DSM-IV-R), ale většina pramenů, s nimiž jsem pracoval používá ještě starší DSM-III-R, která se však v podstatných rysech od DSM-IV-R neliší.

3) Tichý ve své kapitole sborníku Akutní telefonická intervence (Knppová a kol., Remedium, Praha 1996). Tuto kapitolu jsem měl ve formě rukopisu přímo od autora, který původní zdroj této statistiky neuvádí.

4) Podobně Koukolík a Drtilová ve své Vzpouře deprivantů (1996) uvádějí tyto údaje na straně 96, ale bez přímého odkazu na zdroj.

5) Následující údaje pocházejí z přednášky belgického vojenského psychologa Erica De Soir v lednu 1999, pořádané sdružením REMEDIUM na půdě psychoterapeutického centra RIAPS v Praze.

6) Příklad znám z vyprávění jiného vietnamského veterána.

7) Z dokumentárního filmu holandské televize věnovaného vietnamským veteránům trpícím chronickými stádii PTSP.

8) Stejně jako pozn. č. 6

9) Takto souborně vyjmenovává negativní stavy u vojáků Strašák (vojsový psycholog VÚ Chrudim) ve své práci Prevence sebevražd (1996) jenž sloužil jako interní materiál 6 mechanizovaného praporu IFOR. Zdroje popisů jednotlivých poruch Strašák neuvádí.

10) Úplná historie vietnamské války od Davida Welshe. (viz seznam literatury).

11) Stejně jako pozn. č. 10.

12) Stejně jako pozn. č. 10 a 11. Zhruba stejné údaje dokládá i Kulka.

13) Kulka a kol., Trauma And The Vietnam War Generation, NY, 1990 (viz seznam literatury).

14) Studie Bullmana a Kangové, kteří zkoumali souvislost mezi traumatickou, či jinak nepřirozenou smrtí a PTSP u vietnamských veteránů. Více se touto studií zabývám níže.

15) Závěrečná zpráva o výsledcích války v Perském zálivu, jenž byla vypracována zvláštní komisí na přímou žádost presidenta Spojených států. Tento dokument obsahuje cca. 500 stran komentářů k jednotlivým zdravotním důsledkům nasazení v operaci ODS. Své slovo zde měli snad všechny obory medicíny, zvláště internisté a neurologové, jenž se zabývali tzv. nemocí ze Zálivu, která byla patrně způsobena vystavení chemickým bojovým látkám a splodinám vzniklých při požárech ropných vrtů. K tomuto dokumentu jsem se dostal de-facto náhodou na internetu, vytiskl jsem jej a když jsem se chtěl k němu druhý den vrátit, bylo mi zděleno, že zmíněný dokument je tajný.

16) Studie Engela a kol. z roku 1993. (viz seznam literatury).

17) Veškeré údaje v této kapitole, pokud není uvedeno jinak, pocházejí dle své povahy ze tří zpráv z výzkumu, jenž prováděl odbor personálního marketingu při MO ČR. Výzkumy prováděl Dr. Hendrych a kol. (viz seznam literatury).

18) Znalosti o výskytu reakcí na stres u vojáků v Bosně jsem získal především od Mudr. Tichého z ÚVN Praha Sřešovice, a to jednak osobním rozhovorem a dále z jeho referátu určeného pro sjezd vojenských psychiatrů v roce 1995.

19) Tak jako u pozn. č. 5 pocházejí údaje o rodinném traumatu a belgickém modelu psychosociální podpory ze semináře pořádaným sdružením Remedium v lednu 1999.

20) Ze zdroje uvedeného u pozn. č. 5 a 19. Metodu debriefingu dále zmiňují Alon a Bar-Yoseph (1997), Kaplan a Sadock (1991) a Solomon a Benbenishty (1986). (viz seznam literatury).

21) Záměrně užívám termín „vojsový psycholog“, neboť je to oficiální označení psychologů u vojenských útvarů. Termín „vojenský psycholog“ zahrnuje všechny psychology pracující v AČR - tedy i pedagogy, výzkumníky, klinické psychology ap.

22) Z rozhovoru s vojenským kaplanem ThMgr. Tomášem Holubem.

23) Tyto tři pilíře lze považovat za jakousi obecnou znalost, nicméně mým zdrojem těchto informací byla práce Solomona a Benbenishtyho z roku 1986, kteří popisovali postup a dosah včasného použití těchto zásad během války v Libanonu v roce 1981.

24) Základem pro popis léčby ASP i PTSP byla kniha Alona a Bar-Yosepha - Úvod do léčby PTSP, NY, 1997 (viz seznam literatury).

25) Viz Kratochvílový Základy psychoterapie, 1997.

26) Viz pozn. č. 24

27) O Vet Centrech jsou nejsoubornější informace na internetu, neboť američtí veteráni zde mají celou řadu zvláštních stránek. Oficiální adresa Vet. Organization je WWW. VA. GOV.

28) Knoppové Akutní telefonická intervence, 1996

29) Z rozhovoru s vojskovým psychologem Mgr. Miroslavem Strašákem, který jako psycholog v Bosně působil. Oficiální zpráva určená pro veřejnost o této problematice dosud nevyšla.

30) Stejně jako pozn. č. 29.

31) Pramenem je interní materiál 6, mechanizovaného praporu IFOR z roku 1996, vypracovaný Mgr. Strašákem. U jiných jednotek se počty sebevražd k tomuto datu pohybovaly v průměru okolo jedné až dvou.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. Kniha, monografie:

Alon N., Bar-Yoseph T.L.: An Approach To The Treatment Of PTSD, Brunner/Mazel, New York 1997

Kulka, R., A., Schlenger, W., E., Fairbank, J.,A., Hough, R., I., Jordan, B., K., Marmar, C., R., Weiss, D., S.: Trauma And The Vietnam War Generation. New York, Brunner/Mazel,1990

2. Část knihy, sborníky:

Diagnostical and Statistical manual of Mental Disorders,Ed.3,Revised.-ASD, PTSD, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987

Diagnostical and Statistical manual of Mental Disorders,Ed.4,Revised.-ASD, PTSD, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1995

Fullerton, C., S., Ursano, R., J.: Posttraumatic Stress Disorder, Acute and Long-Term Response to Trauma and Disaster. In: War-Related Psychopathology In Kuwait: An Assesment Of War-Related Mental Health Problems. by Weisaeth, L., Persistence of PTSD in Former Prisoners of War. by Page, W., F., Engdahl, B., E., Eberly, R., E.; Posttraumatic Stress Disorder Risk of Traumatic Deaths Among Vietnam Veterans. by Bullman, T., A., Kang, H., K., and Comorbidity of Substance Abuse and PTSD. by Hoffman, K., J., Sasaki, J., E., American Psychiatric Press, Washington DC, 1997, chaps. 6, 8 - 10, pgs. 91 - 121, 147 - 189

Kaplan, H., I., and Sadock, B., J.,: Synopsis Of Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1991

Knoppová, D. , a kol.: Akutní telefonická intervence. V: Akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha, aut. Tichý, V.,strany neznám, neboť jsem měl tuto kapitolu přímo od autora ve formě rukopisu, Remedium, Praha 1996

Kolektiv autorů: Vietnam. v: Předmluva Williama C. Westmorelanda, generála pozemního vojska v.v., nakl. neuvedeno, Praha, 1996, str. 8 - 9

Koukolík, F.,Drtilová, J.: Vzpoura deprivantů, Makropulos, Praha,1996, str. 96

Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha 1997

Mezinárodní klasifikace nemocí ve znění 10. decennální verze - Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum, Praha 1992

Welsh, D.: Úplná historie vietnamské války. Cesty, Praha 1995, str. 168 - 169,

Zvolský, P. a kol.: Speciální psychiatrie., Zvon, Praha 1996

3. Články

Bleich, A., Shalev, A., Shoam, S., Solomon, Z., Kotler, M.: PTSD: Theoretical and practical considerations reflected through Koach - an inovative treatment project. Journal Of Traumatic Stress, 5, 1992, 265 - 272

Burstein, A, Patrick, E., C., Greenstein, R., A., Daniels N., Olsen, K., Mazarek, A., Decatur, R., Johnson, N.: Chronic Vietnam PTSD and Acute Civilian PTSD. General Hospital Psychiatry 10, 1988, 245 - 249

Engel, C., C., Engel, A., L., Campbell, S., J., McFall, M., E., Russo, J., Katon, W.: Posttarumatic Stress Disorder Symptoms And Precombat Sexual And Physical Abuse In Desert Storm Veterans. The Journal Of Nervous And Mental Disease, 11, 1993, 683 - 688

Fontana, A., Rosenheck, R., Brett, E.: War Zone Traumas And PTSD symptomatology. Journal of Nervous and Mental Disorders 180, 1992, 748 - 755

Preiss, M.: Psychologie v České armádě - jak dál? Psychologie Dnes, 9, Praha 1998, 12

Solomon, Z., and Benbenishty, R.: The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon war. American Journal of Psychiatry 143, 5, 1986, 613 - 617

Solomon, Z., Bleich.: The Koach project for treatment of combat-related PTSD: Rationale, aims and methodology. Journal Of Traumatic Stress, 5, 1992, 175 - 193,

Southwick, S., M., Morgan III, C., A., Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A., L., Nagy, L., M., Charney, D., S.: Trauma-Related Symptoms in Veterans of Operation Desert Storm: A 2-Year Follow Up. Am J Psychiatry, 8, 1995, 1150 - 1155

Southwick, S., M., Morgan III., C., A., Nicolaou, A., L., Charney, D., S.: Consistency of Memory for Combat-Related Traumatic Events in Veterans of Operation Desert Storm. Am J Psychiatry, 2, 1997, 173 - 177

Strech, R., H., Marlowe, D., H., Wright, K., M., Bliese, P., D., Knudson, K., H., Hoover, C., H.: Post Traumatic Stress Disorders Symptoms Among Gulf War Veterans. Military Medicine, 7, 1996, 407 - 410

Sutker, P.,B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J., J., Errera, P.: Psychopathology In War-Zone Deployed and Nondeployed Operation Desert Storm Troops Assigned Graves Registration Duties. Journal of Abnormal Psychology, 2,1994, 384, - 390

4. Zprávy z výzkumů a další prameny

De Soir, E.: A Belgian Model For Psycho-Social Support Of Peace Support Operations. Bruxelles, 1998 - text k semináři "Psychologický management v situacích hromadného neštěstí se zvláštním zřetelem k vojenským operacím", RIAPS, Praha, 1999

Hendrych, J., Vlachová, M.: IFOR - Týden před odjezdem. Názory vojáků na některé otázky jejich účasti v zahraniční misi, část I. Oddělení výzkumů, Odbor personálního marketingu Hlavního personálního úřadu MO ČR, Praha, 1996

Hendrych, J., Vlachová, M.: IFOR - Měsíc před návratem. Názory vojáků na některé otázky jejich účasti v zahraniční misi, část II . Oddělení výzkumů, Odbor personálního marketingu Hlavního personálního úřadu MO ČR, Praha, 1997

Hendrych, J.: Bývalí účastníci zahraničních misí - Názory veteránů misí a jejich manželek na působení v misi a na problémy návratu ze zahraničí, část III. Oddělení výzkumů, Odbor personálního marketingu Hlavního personálního úřadu MO ČR, Praha, 1998

Hromádka, J., Hendrych, J., Drlík, Z., Kvapil, J., Klainová, H., Jandová, J., Tošenovský, V.: Kritéria psychodiagnostického výběru uchazečů o službu v jednotkách UNPROFOR, Oddělení výzkumů, Odbor personálního marketingu Hlavního personálního úřadu MO ČR, Praha, 1995

Strašák, M.: Prevence sebevražd. Interní materiál 6. mechanizovaného praporu IFOR, 1996

Tichý, V.: Některé poznatky z působení lékaře - psychiatra u Českého praporu Mírových sil OSN v bývalé Jugoslávii, referát ze sjezdu vojenských psychiatrů, 1995

THE PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF THE MODERN WAR

There are a lot of definitions of a war. From the psychological point of view it is necessary to say, that a war is a complex of traumas. Modern day warfare is different from the traditional forms of war, how it was understood until the half of our century. However the psychological consequences are quiet the same, but some stressors were changed. More people is saved thanks the new technology (helicopters, mobile army hospitals, etc.), but there are more invalids; the new arms can cause some specific reactions - shell shock. The soldiers go to fight for the reasons, that they often don t understand, to the strange country with absolutely different climate, landscape and people. It can be a stressor as well.

If we are thinking about the people, who are pulled to a war, we must not forget the family and social network of a soldier. The psychological care of them must be done in three stages:

- 1) Before a mission - Preparation
- 2) During a mission - In Process
- 3) After mission - Post Incident

ad 1) The first point is a selection of the people going to a mission. The psychologists must check their abilities for:

1. Stress Tolerance
2. Interpersonal Behavior
3. Adaptive Ability

Soldiers must be educated in a basic level of psychology - soldiers must learn how to recognize a ASD (Acute Stress Disorder) or PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), how to behave to be sturdy against stress, etc. Their families must be trained for a life without husband or father - Family Counseling

ad 2) Soldiers need good psycho-social care during a mission. It means there is a team being composed of psychologist, field priest, and of soldiers, who are laymen, but

specifically educated for this service - to be ready for situation, when professional is not near. Soldiers need a time for the emotional abreaction before the comeback. It is not good to send them home immediately from the combat.

Before the return the family must be informed about any changes and problems, which a soldier may bring with him. On the other side, a soldier should be educated about the changes in his family - especially roles. Both need training for well managing.

ad 3) Each army must be prepared for its veterans. Army hospitals should have special departments for these people. The famous problem of the veterans is the posttraumatic stress disorder. The modern psychotherapy knows how to help these men.

The veterans are very sensitive to the attitude of the authority. Vietnam War improved the bad results of negative attitude towards the veterans.

The problem of people that were in a combat is not a matter only of army. Soldiers protect our security and we must be prepared to help them. It is a social issue as well as a psychological issue.