

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA



Disertační práce

2017

pplk. Mgr. Pavel Král

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

studijní program: Psychologie

studijní obor: Klinická psychologie

Disertační práce

Rozvoj diskrétní psychopatologické symptomatiky u účastníků  
zahraničních misí

Discrete Psychopathology Development in Foreign Military  
Mission Veterans

Školitel: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

2017

pplk. Mgr. Pavel Král

Prohlášení:

*Prohlašuji, že jsem disertační práci napsal samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze, dne 08. 03. 2017

Pavel

Král

Poděkování:

*Na tomto místě bych rád poděkoval svému školiteli prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D., DSc. za trpělivé vedení i za cenné rady, postřehy a připomínky.*

*Dále bych rád poděkoval všem, kdo mi byli nápomocni pokládáním dobrých a inspirativních otázek, zejména pak PhDr. Markétě Zajícové.*

*A v neposlední radě bych rád poděkoval za možnost účastnit se jako psycholog několika zahraničních misí a tím poznat téma, o němž píše, nejen z pohledu vědy*

Název práce: Rozvoj diskretní psychopatologické symptomatiky u účastníků zahraničních misí

Autor: pplk. Mgr. Pavel Král

Katedra: Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

### **Abstrakt:**

Nasazení vojáků v zahraničních misích bezesporu představuje významnou zátěž spojenou s rizikem ohrožení jejich fyzického i psychického zdraví. Pokud jde o zdraví psychické, je jako největší rizikový faktor tradičně uváděn stres, který je v misi přítomen takřka permanentně a množství stresorů je nepřeborné. Pozornost klinických psychologů, psychiatrů i výzkumných pracovníků, byla v souvislosti se zahraničními operacemi a s nimi spojenými obtížemi cílena především na PTSD, depresi či rozvoj závislostí. Nicméně se ukazuje, že vojáci trpí i jinými psychickými obtížemi. Předkládaná práce není zaměřena na nozologické jednotky, ale dílčí symptomy, převážně neurotické. Vstupní výzkumnou hypotézou je, že porovnáme-li populaci vojáků, kteří vyjeli do zahraniční mise s těmi, kdo do ní nevyjeli, najdeme mezi jednotlivými skupinami významný rozdíl. Očekáváme, že ti, kdo se zúčastnili zahraniční mise, budou vykazovat vyšší míru psychopatologické symptomatiky. Pravděpodobně subklinické a tedy v zásadě diskretní, nicméně přesto vyšší než je tomu u těch, kteří do mise nikdy nevyjeli.

Sběr dat proběhl formou dotazníkového šetření. Použit byl dotazník neurotické symptomatiky N70. Jde o dotazník o sedmdesáti položkách popisující tzv. neurotickou symptomatiku. Je rozdělen do sedmi škál po deseti položkách - Anxieta, Deprese, Obsese – Fobie, Hysterie, Hypochondrie, Vegetativní labilita a Psychastenie. Dále jsme použili vlastní dotazník o 25 položkách zjišťující další subjektivně prožívané negativní změny, které vojákům nasazení v misi (dle jejich názoru) přineslo.

Výzkumný soubor zahrnoval české vojáky z povolání a byl rozdělen na několik podskupin: (1) Ti, kdo v misi dosud nebyli (n=521), (2) ti, kdo byli v zahraničí nasazení jednou nasazení (n=521). Tyto dvě skupiny byly vyšetřeny v rámci povinných rutinních vyšetření dotazníkem N70. Dalším dvěma skupinám byly dotazníky administrovány přes internet. Šlo o (3) skupinu vojáků z povolání, kteří za sebou mají jednu misi (n=196) a výzkumu se zúčastnili dobrovolně. Této skupině

byl rovněž administrován dotazník N70. Další (4) skupina byla tvořena opět vojáky z povolání, kteří za sebou mají jednu misi (n=174), výzkumu se zúčastnili dobrovolně a byl jim administrován námi sestavený dotazník.

Data všech skupin byla následně porovnána mezi sebou i s obecnou populací. Výsledky ukazují, že skupina novodobých válečných veteránů prožívá více diskrétní psychopatologické symptomatiky než jejich kolegové, kteří se zahraničního nasazení nikdy nezúčastnili. Tato symptomatika je převážně úzkostná a psychastenická. Svou intenzitou nevybočuje z populační normy, nicméně i tak je mezi těmi, kdo v misi byli a kdo v ní nebyli statisticky signifikantní rozdíl. Zjištěné výsledky jsou diskutovány v souvislosti s jejich generalizovatelností a implikacemi pro praxi.

**Klíčová slova:**

Vojenské mise, Psychopatologie, PTSD, Deprese, Úzkost, Armáda

Title: Discrete Psychopathology Development in Foreign Military Mission Veterans

Author: LTC. Pavel Král

Department: Department of Psychology, Charles University , Faculty of Arts

Supervisor: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

**Abstract:**

Deploying soldiers in foreign missions undoubtedly represents a significant burden associated with the risk of harm to their physical and mental health. Regarding the mental health, stress represents the most significant risk factor traditionally associated with the deployment. In fact its influence during the deployment tends to be continuous since the amount of different stressors is plentiful. Traditionally, the attention of clinical psychologists, psychiatrists and researchers associated with foreign operations and their possible consequences was targeted mainly on (the) PTSD, depression or addictions. However, it appears that the soldiers also suffer from other mental health disorders. This thesis is focused not on disorders but their partial symptoms, predominantly neurotic. Initial research hypothesis presumes that if we compare the population of soldiers who have been deployed in a foreign mission with those who have not been deployed we will find (the) significant differences between the groups. We expect those who have been deployed to show a higher rate of psychopathological symptoms, probably subclinical and therefore discrete, but still more prevalent comparing to those who have never experienced the military mission environment.

The data have been collected through the questionnaire survey, using the N70 questionnaire aimed at neurotic symptoms. It consists of 70 items divided into 7 scales - Anxiety, Depression, OCD - phobia, hysteria, hypochondriasis, vegetative lability and Psychastenia. Additionally, we used our own questionnaire consisting of 25 items, detecting further subjectively experienced negative changes and outcomes of the deployment.

The research sample included Czech army military professionals and was divided into four subgroups: (1) Those who have not been deployed (n = 521), (2) those who have been deployed once (n = 521). These two groups were examined during a compulsory routine psychology assessment by N70 questionnaire. The other two groups were assessed via the Internet. Group (3) consisted of military professionals who have been deployed once and their participation in the research was on voluntary basis (n = 196). This group was also assessed by the N70 questionnaire.

The last group (4) was also formed out of professional soldiers who have been deployed once (n = 174), their participation in the research was voluntary and they were assessed by our own questionnaire.

All groups were then compared among each other and with the general population. The results show that a group of modern veterans experience more discreet psychopathological symptoms than their colleagues who have never been deployed. These symptoms are mostly anxious and psychastenic. Their intensity does not exceed the population norms; nevertheless, the differences between those who have been and those who have not been deployed were statistically significant. Findings are discussed with regard to their general validity and practical implications.

**Key words:**

Military Missions, Psychopathology, PTSD, Depression, Anxiety, Army



# Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>13</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>14</b>
<b>MOŽNOSTI ZKOUMÁNÍ DŮSLEDKŮ ZÁTĚŽE</b> .....	<b>14</b>
<b>KLINICKÝ vs. GLOBÁLNÍ POHLED</b> .....	<b>17</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>18</b>
<b>1. Zahraníční mise</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1. Podmínky na misi</b> .....	<b>20</b>
1.1.1. Psychická zátěž.....	24
1.1.2. Luciferův efekt.....	25
<b>1.2. Péče o účastníky zahraničních misí</b> .....	<b>27</b>
1.2.1. Psychologické vyšetření před vstupem do armády .....	28
1.2.2. Psychologická péče v rámci vojenské služby .....	29
1.2.3. Psychologické vyšetření před zahraniční misí.....	30
1.2.4. Psychologická péče v průběhu nasazení.....	32
1.2.5. Psychologická péče po návratu.....	34
<b>1.3. Důsledky účasti v misi</b> .....	<b>36</b>
1.3.1. Technické parametry návratu.....	37
1.3.2. Dopady na rodinu.....	38
<b>2. Zdraví</b> .....	<b>40</b>
<b>2.1. Duševní zdraví</b> .....	<b>42</b>
<b>2.2. Stres</b> .....	<b>44</b>
2.2.1. Proměnné ve zvládnání stresu .....	45
2.2.2. Bojový stres .....	47
2.2.3. Ponávratový stres.....	49
<b>3. Psychopatologie</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1. Etiopatogeneze</b> .....	<b>52</b>
3.1.1. Organická poškození.....	52
3.1.2. Hereditární vlivy .....	53
3.1.3. Environmentální vlivy .....	53
<b>3.2. Symptom, syndrom, porucha</b> .....	<b>54</b>
<b>3.3. Psychopatologické symptomy</b> .....	<b>56</b>

<b>3.4. Psychopatologické syndromy .....</b>	<b>57</b>
<b>3.5. Psychické poruchy .....</b>	<b>58</b>
3.5.1. F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....	58
3.5.2. F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových a psychoaktivních látek .....	59
3.5.3. F20-F29 Schizofrenie, schizotypní porucha a poruchy s bludy .....	59
3.5.4. F30-F39 Afektivní poruchy .....	60
3.5.5. F40-F48 Neurotické a somatoformní poruchy a poruchy způsobené stresem.....	61
3.5.6. F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory .....	62
3.5.7. F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	62
<b>3.6. Posttraumatická stresová porucha.....</b>	<b>64</b>
3.6.1. Symptomy.....	65
3.6.2. Průběh, prognóza, prevalence.....	66
3.6.3. Definice dle MKN 10.....	67
3.6.4. Definice dle DSM 5 .....	68
3.6.5. Komorbidita.....	69
3.6.6. Metody diagnostiky PTSD .....	69
3.6.7. PTSD v armádě .....	72
<b>4. Diskrétní symptomatika &amp; účast v misi.....</b>	<b>76</b>
<b>4.1. Návykové látky .....</b>	<b>78</b>
4.1.1. Alkohol.....	79
4.1.2. Nikotinismus .....	80
4.1.3. Drogy .....	81
<b>4.2. Návykové a impulzivní chování.....</b>	<b>82</b>
4.2.1. Gambling.....	83
4.2.2. Sexuální kompulze .....	83
4.2.3. Riskantní/Rizikové chování.....	85
4.2.4. Agresivita.....	86
<b>4.3. Poruchy spánku .....</b>	<b>86</b>
<b>4.4. Úzkostná symptomatika .....</b>	<b>89</b>
<b>4.5. Depresivní symptomatika .....</b>	<b>91</b>
4.5.1. Suicidalita .....	93
<b>4.6. Well-being.....</b>	<b>95</b>

<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>98</b>
<b>5. Úvod.....</b>	<b>99</b>
<b>6. Cíle výzkumu a hypotézy.....</b>	<b>101</b>
<b>7. Metody.....</b>	<b>103</b>
<b>7.1. Použité diagnostické a výzkumné nástroje .....</b>	<b>103</b>
<b>7.2. Organizace sběru dat, výzkumný soubor.....</b>	<b>104</b>
<b>7.3. Zpracování získaných dat.....</b>	<b>108</b>
<b>8. výsledky.....</b>	<b>110</b>
<b>8.1. Porovnání dat získaných při vyšetření před zařazením do pohotovosti. 110</b>	
8.1.1. Porovnání dílčích škál.....	111
8.1.2. Porovnání napříč položkami.....	112
<b>8.2. Data získaná přes internet.....</b>	<b>114</b>
<b>8.3. Dotazník zaměřený na další symptomy .....</b>	<b>118</b>
<b>8.4. Analýza škál dotazníku N70 napříč jednotlivými skupinami 121</b>	
8.4.1. Anxieta .....	122
8.4.2. Deprese.....	123
8.4.3. Obsese – fobie .....	124
8.4.4. Hysterie .....	125
8.4.5. Hypochondrie .....	126
8.4.6. Vegetativní labilita .....	127
8.4.7. Psychastenie .....	128
<b>8.5. Shrnutí výsledků.....</b>	<b>128</b>
<b>9. Diskuse.....</b>	<b>129</b>
<b>9.1. Metodologická omezení .....</b>	<b>129</b>
<b>9.2. Porovnání získaných dat s populační normou .....</b>	<b>133</b>
<b>9.3. Analýza škál dotazníku N70 .....</b>	<b>135</b>
9.3.1. Anxieta .....	135
9.3.2. Deprese.....	135
9.3.3. Obsese – fobie .....	136
9.3.4. Hysterie .....	136
9.3.5. Hypochondrie .....	137
9.3.6. Vegetativní labilita .....	137

9.3.7. Psychastenie .....	138
9.4. Webový dotazník.....	138
9.5. Porovnání se zahraničními výzkumy.....	139
9.6. Úvaha nad hypotézami .....	141
9.7. Limity výzkumu .....	142
9.8. Další směřování .....	143
<b>10. Závěr .....</b>	<b>145</b>
10.1. Nejdůležitější zjištění.....	146
<b>11. Seznam použité literatury .....</b>	<b>148</b>
<b>I. Příloha 1.....</b>	<b>189</b>
<b>II PŘÍLOHA 2.....</b>	<b>192</b>

## SEZNAM ZKRATEK

AČR – Armáda České republiky

CNS – Centrální nervová soustava

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EU – European Union (Evropská Unie)

ICD – International Classification of Diseases (totožné s MKN)

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí (totožné s ICD)

MO – Ministerstvo obrany

NATO – North Atlantic Treaty Organisation (Severoatlantická aliance)

OCD – Obsedantně-kompulzivní porucha

OOpP AVZdr – Odbor operační psychologie Agentury vojenského zdravotnictví

PRT – Provinční rekonstrukční tým (Mise Afghánistán)

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

TBI – Traumatic Brain Injury (Traumatické poškození mozku)

UNPROFOR – United Nations Protection Force (Mise Balkán)

VZP – Voják z povolání

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Nasazení vojáků v zahraničních misích bezesporu představuje významnou zátěž spojenou s rizikem ohrožení jejich fyzického i psychického zdraví. Pokud jde o zdraví psychické, je jako největší rizikový faktor tradičně uváděn stres, který je v misi přítomen takřka permanentně a množství stresorů je nepřehledné.

### MOŽNOSTI ZKOUMÁNÍ DŮSLEDKŮ ZÁTĚŽE

Při hodnocení zátěže, kterou konkrétní mise pro daného jedince představuje, zpravidla začínáme sledovat už období před misí (tzv. **predeployment**), což je doba, v níž typicky probíhá výcvik vojáka, zaměřený přímo na samotné nasazení v misi. Kromě toho by však voják měl v tomto období mít prostor, aby připravil všechny své záležitosti (rodinné, vztahové, finanční, pracovní, majetkové, atd.) na to, že po dobu tří až šesti měsíců (případně i déle) bude mít významně sníženou (až žádnou) možnost do nich nějak účinně zasahovat. To vše je značně náročné. Další zátěž pak ještě představuje fakt, že právě díky výcviku, který může trvat i půl roku, už je vojákovo nakládání s časem velmi omezeno před samotným nasazením. Pokud tedy chápeme odloučení jako jeden z významných stresorů, tak často nezačíná působit až s odjezdem do mise, ale výrazně dříve.

Pokud jde o misi samotnou (tzv. **deployment**), při popisu a hodnocení míry zátěže postupujeme buď tak, že hodnotíme jednotlivé fáze mise (adaptační fáze, období vlastního fungování v misi a období před návratem), z nichž každá je charakterizována jiným druhem zátěže, nebo se snažíme popsat a kategorizovat všechny typy stresorů, které na jedince působí. V tom případě hovoříme o faktorech:

- **fyzikálních** (např. klima)
- **sociálních** (dlouhá doba pobytu na omezené ploše s omezenou variabilitou sociálního kontaktu)

- **kulturních** (kultura, náboženství a pravidla sociální interakce dané země jsou mnohdy pro vojáky nepochopitelné a obtížně přijatelné)
- **subordinačních** (vztahy s nadřízenými a podřízenými, problematika plynoucí z případné nedůvěry vůči velitelům nebo jejich neschopnosti či nekompetentnosti)
- **rodinných a vztahových** (voják má zároveň dobrou a současně omezenou možnost kontaktu s rodinou a blízkými – může s nimi být prakticky denně v kontaktu (telefon, email, sociální sítě), ale zároveň nemá možnost přímo zasáhnout do dění doma)
- **vojenských** (voják je někdy nedostatečně vycvičen na plnění úkol, podmínky v misi nejsou z vojenského hlediska ideální)
- **bojových** (zde máme na mysli zvýšenou míru nebezpečí, které plyne z rizik charakteristických pro válečné oblasti – raketové a minometné útoky, přestřelky, ostřelování z protipancéřových zbraní, nástražné výbušné systémy)
- **zdravotních** (pobyt v zemích s odlišnou hygienickou kulturou a jiným klimatem s sebou nese riziko různých nákaz, které nemusí být samy o sobě nebezpečné, přesto mohou být značně obtěžující)
- **pracovních** (charakter práce může být v misi zcela odlišný od toho v „domácích“ podmínkách, v misi je zcela jiné rozložení práce a volného času, navíc oboje může být velmi stereotypní)

A konečně je tu období po návratu, označované jako **postdeployment** či **reunion**, v němž je hlavním úkolem veterána začlenit se zpět do „normálního“ života. To nebývá snadné, a to hned z několika důvodů. Jednak vojáci často očekávají, že se vrátí přesně tam, odkud odjeli a neuvědomují si, že vše, co zanechali doma, se tam nějakým způsobem dále vyvíjelo a měnilo. Je pro ně často těžké přijmout skutečnost, že k mnoha rozhodnutím došlo bez jejich souhlasu či dokonce vědomí, že jejich partnerky si třeba našly nové zájmy a přátele, že se musely naučit postarat se o záležitosti, jež byly předtím výhradně starostí partnera,

že děti vyrostly, že se změnil vztahy a rozdělení rolí na pracovišti, mezi přáteli atd. Další komplikací bývá fakt, že po misi disponují vojáci relativně velkým obnosem peněz, což pro méně vyzrálé či sociálně nedostatečně ukotvené jednotlivce může představovat obtížně zvládnutelnou situaci (jsou popsány případy navrátilců, kteří dokázali utratit celou výplatu z mise během několika dní a ještě se zadlužit). A konečně je třeba zmínit fakt, že život v misi, jakkoli je náročný a nebezpečný, je zároveň pohodlný, neboť vojenský režim s sebou nese nutnost starat se jen o „svěřené úkoly“ a tím zároveň otvírá možnost přistupovat k mnoha činnostem (v civilu běžně prováděným) jako k úkolu někoho jiného.

Všechny popsané zátěžové faktory (jejich výčet zcela určitě není konečný) mají samozřejmě vliv na duševní zdraví účastníků mise a veteránů. A to nejen v úzce zaměřeném pohledu týkajícím se převážně rozvoje posttraumatické stresové poruchy (což je nejčastěji jmenovaná nozologická jednotka spojená s nasazením v zahraniční misi). V některých armádách (např. USA) se diagnóza posttraumatické stresové poruchy dokonce stává nežádoucí, protože je příliš zjednodušující a díky velmi přesně stanoveným diagnostickým kritériím ji paradoxně často nelze použít v případě pacientů, u nichž jsou některé symptomy zastoupeny velmi silně, jsou prokazatelně vázány na jejich nasazení v misi, ale nesplňují všechna diagnostická kritéria. V případě válečných veteránů se tak stalo běžným používání (politicky korektního) termínu posttraumatický stres či různé typy tzv. syndromů (balkánský, syndrom války v zálivu, kambodžský, atd.).

Výše popsaný (obvyklý) způsob zkoumání a popisu náročnosti misí a jejich důsledků se výborně hodí pro primárně výzkumně zaměřená pracoviště, pro nejrůznější statistická zkoumání a pro účely těch, kdo potřebují znát globální faktory a nepersonalizované generalizované trendy. Nicméně pro klinickou praxi tento postup zcela vhodný není, neboť není dostatečně senzitivní k individu a jeho přínos pro diagnostiku či terapii konkrétního životního diskomfortu konkrétního jedince, je v podstatě nulový.



## KLINICKÝ vs. GLOBÁLNÍ POHLED

Zatímco pro účely plánování a řízení (případně odškodňování či „standardizovanou“ systematickou péči o velké množství osob) je výhodné, pokud všichni trpí v zásadě stejnou nemocí, mají stejné problémy a univerzální diagnózu, pro individuální péči je samozřejmě zapotřebí přístup diametrálně odlišný.

Současným (klinickým) trendem je tedy zaměření se i na jiné (heterogenní) psychopatologické symptomy, které byly dříve vnímány (pokud vůbec) spíše jen jako možné komorbidity. U veteránů často nenajdeme nějakou dobře definovatelnou poruchu (ve smyslu nozologické jednotky), ale spíše různé potíže na úrovni syndromů či dokonce pouze symptomů. Často zaznamenáváme sníženou kvalitu života, narušené mezilidské vztahy, poruchy soustředění, abúzus (či škodlivé užívání) alkoholu, depresivní symptomatiku, úzkosti, rozvoj obsedantně-kompulzivních potíží, sexuální dysfunkce, gamblerství, sociální invalidizaci, aj.

V rámci klinické práce je tedy výhodnější nevytvářet nutně nové nástroje a postupy zaměřené výhradně na „misionářskou“ populaci, ale použít (případně samozřejmě přizpůsobit) stávající (fungující) diagnostický i terapeutický systém.

## TEORETICKÁ ČÁST

*„Bojové zkušenosti jsou jedinečným zdrojem poučení, cena za jejich získání je však nesmírně vysoká.“*

## 1. ZAHRANIČNÍ MISE

Zahraniční mise jako takové je možné dělit podle nejrůznějších kritérií. Rozdělíme-li je dle toho, kdo je pořádá, organizuje a financuje, jedná se pak o dvě významné skupiny – mise humanitárních organizací a mise armádního původu, případně mise kombinované, jejichž organizace je nejnáročnější (Franke, 2006) a jejichž cílem je ochrana obyvatelstva a udržení či nastolení mírové situace (McRae & Hubert, 2001). Mise je však možné rozlišovat i na základě jejich cíle - na humanitární, mírové, rozvojové, bezpečnostní, pozorovatelské aj., např. v Lógaru v Afghánistánu působil v letech 2008-2013 Český provinční rekonstrukční tým (PRT), jehož cíle byly zejména rozvojové, ale i stabilizační a podpůrné, je tedy evidentní, že cíle se spíše kombinují, než aby existovalo samostatné zaměření dílčích výjezdů (Hynek, Eichler, & Majerník, 2012; Stehlík, 2014).

Mezi stabilní účastníky humanitárních misí patří Červený kříž, Člověk v tísni či například organizace Lékaři bez hranic, která operuje v krizových oblastech a zajišťuje péči pro všechny zúčastněné bez ohledu na příslušnost k bojujícím stranám (Frontières, 2004). Státní zahraniční mise v České republice zajišťuje zejména Ministerstvo obrany prostřednictvím Armády České republiky, ale i Ministerstvo zahraničních věcí (Kořan & Ditrych, 2012).

Samotný pojem mise není v českém právním řádě nijak jednoznačně zakotven, je možné vycházet z literatury zahraniční, kde je mise definována jako souhrn aktivit, které jsou organizovány mimo domácí půdu za účelem ochrany lidských životů, majetku, zvýšení kvality života místního obyvatelstva či pomoc při mimořádných a katastrofických událostech (Cahill, 2003).

Zaměření této práce je cíleno převážně na účastníky z řad vojáků z povolání, jejich situace je totiž typická tím, že jsou na misi vysláni rozkazem v rámci náplně své pracovní činnosti, nikoliv dle principu dobrovolnosti, jak je to běžné u misí pořádaných humanitárními organizacemi. Možnost vyslání na zahraniční misi je zakotvena v přímo v zákonech ČR (Zákon č. 219/1999 Sb., o ozbrojených silách České republiky, ve znění zákona č. 546/2005, Zákon 221/1999

Sb. O vojácích z povolání) a je samozřejmě i součástí smluv o služebním poměru vojáků (jak uvádí webová stránka [www.kariera.army.cz](http://www.kariera.army.cz)).

Po roce 1989 a vzniku československé, později české, profesionální armády a zejména po vstupu do severoatlantické aliance (NATO) se zahraniční nasazení našich vojáků začalo rychle rozvíjet. Mimo jiné jednotky, je ve světě velmi oceňováno české vojenské zdravotnictví; přímo polní nemocnice byly nasazeny i v prvních misích v Jugoslávii (UNPROFOR). Konkrétně se jednalo o Kosovo, Záhřeb i Slavonii, později následoval Kuvajt, Irák a dlouhodobě operují čeští lékaři, farmaceuti a zdravotníci v Kábulu v Afghánistánu (Dohnal, 2014).

Dle zpráv Ministerstva obrany a AČR jsou čeští vojáci aktuálně nasazeni právě v Afghánistánu, na Sinajském poloostrově, v africkém Mali, v Sýrii i Izraeli, ale i v Kosovu, Bosně a Hercegovině, Somálsku a středomoří. Zároveň drží hotovosti v rámci skupiny NATO a EU, kde jsou v případě potřeby připraveni k plnění požadovaných úkolů.

Délka zahraničního výjezdu se v českém prostředí značně liší, technická podpora v podobě údržbářů a opravářů vojskové techniky vyjíždí jen na dobu nezbytně nutnou pro opravy, tedy v řádu dnů až přibližně dvou týdnů, zdravotníci, speciálně vojenští chirurgové, vyjíždí na čtyři až pět měsíců, standardní délkou pobytu v misi je však měsíců šest. Dřívější návrat, tzv. repatriace, je možná v případě výjimečných rodinných důvodů, v případě zranění, při zhoršení psychického stavu nebo při závažném porušení kázeňských pravidel a vojenských řádů, či pro spáchání trestného činu. Oproti tomu jsou např. američtí vojáci dislokováni v zahraničí na výrazně delší dobu, obvykle se jedná o jeden rok (Vevera, Král, & Tichý, 2012).

### **1.1. Podmínky na misi**

Životní podmínky jsou v rámci mise výrazně odlišné od běžných a standardních, což je způsobeno nejen odlišným kulturním, jazykovým či geografickým prostředím, ale především sociálně-politickou situací, která obvykle

nutnost mise iniciuje. Účastníci se dostávají do zón válečných či krátce před- a po-válečných, případně jsou přítomni v čase politických zvrátů a změn mocenských systémů nebo si jejich přítomnost vyžádala jiná krizová situace, obvykle živelné pohromy, např. povodně či zemětřesení. Ve všech případech je však prostředí význačné nejistotou, nestabilitou a sníženými podmínkami kvality života (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

Podmínky na misi lze pracovně rozdělit do několika bazálních kategorií, ačkoliv v úvodu teoretické části jsme je třídili podrobněji:

- Pracovní
- Prostředí (geograficky, kulturně)
- Mezilidské vztahy
- Kontakt s domovem

Z **pracovních podmínek** lze uvažovat nejen o systému organizace práce, směnnost a podobně, ale zejména je potřeba brát v potaz, že nasazený voják, ačkoliv má zrovna například osobní volno, tedy nevykonává žádnou služební činnost, stále setrvává ve stavu pohotovosti, neboť kdykoliv může být poplachem povolán k plnění povinností. Nasazení trvá tedy nepřetržitě 24/7. Důležitým faktorem je i vnímaná smysluplnost práce, která se dle různých teorií (např. SOC, Sense of Coherence) (Antonovsky, 1993) promítá do zdraví jedince v jeho širší podobě, well-beingu.

Neméně důležitá je i pracovní náplň, tedy zda je jedinec vyslán do zahraniční operace na obdobné pozici a funkci, jakou vykonává i v rámci svého domovského útvaru či je v něčem odlišná a vyžaduje další (a delší) adaptaci na nové podmínky. Obdobně může do celkové zátěže interferovat i materiálně technické vybavení a provozuschopnost dostupného materiálu, stejně jako celková úroveň logistického zabezpečení na misi.

Do pracovních podmínek lze zařadit i charakteristiky týkající se zdravotnictví. Mise probíhají obvykle na územích se sníženou dostupností lékařské péče, s horšími hygienickými podmínkami, a tím zvýšeným rizikem nákazy.

Závažným onemocněním typu HIV či malárie je preventivně předcházeno, avšak méně nebezpečné zdravotní obtíže typu nachlazení či střevních nákaz jsou výrazně čtenější a bezpochyby narušují běžné denní fungování jedinců.

**Podmínky prostředí** (fyzikální, sociální, kulturní) jsou častým důvodem a předmětem stížností vojáků navracejících se ze zahraničního nasazení. V případech afrických a blízkovýchodních států se jedná o výrazně vysoké teploty, při nasazení na Islandu stížnosti obvykle směřují na extrémně silný vítr a nedostatek slunečního svitu. Kverulace se objevují i směrem ke kvalitě stravy, ať již přidělových balíčků (MRE, Meal Ready to Eat), tak i k na místě připravovaným, vařeným jídlům.

Kulturní specifika jsou neopomenutelnou proměnnou, jež zasahuje do délky aklimatizace a adaptace. Vojáci jsou před odjezdem seznamováni s kulturními zvyklostmi, přesto je situace a podmínky, zejména např. přístup k dětem, velmi často překvapí. Toto překvapení v nich nezřídka přetrvává i po návratu.

Mezi důležité charakteristiky prostředí patří i ty sociální. Například ubytování, co se týká kvality postelí a matrací, ale zejména i uspořádání ubytovacích a lůžkových prostor. Je rozdílné pokud tráví jedinec noc v prostoru s 16 dalšími kolegy nebo zdali jsou ubytování po dvou, kde je míra soukromí a intimity alespoň o něco vyšší. Situaci pěkně vykresluje úryvek z románu izraelského autora o situaci po návratu z frontové linie: „Nejúžasnější na tom ale byla ta samota kolem. Po několika nekonečných dnech mezi množstvím lidí zase sám. Nikde ani živáčka. Hebké ticho. Dokonce i hukot tryskáčů pohltilo šumění vln.“ (Jehošua, 2008).

Pravděpodobně nejdůležitější charakteristikou prostředí jsou podmínky bojové, kam spadá i míra bezpečnosti a bezpečí. I mírová mise (jakkoli je tento politický termín z vojenského hlediska protimluvem), pokud je vykonávána na zaminovaném území, nebo tam, kde je často vyhlašován raketový či minometný poplach, může být náročná, nehledě na nasazení plně bojová, při kterých jsou možnosti útoku a ohrožení života na denním pořádku.

**Mezilidské vztahy** hrají významnou roli, již proto, že člověk je primárně bytostí společenskou, nýbrž především proto, že v bojových podmínkách je základním předpokladem úspěšného fungování jednotky vzájemná důvěra, spolupráce a sevcíčenost jejich příslušníků. I proto je v současnosti většina kontingentů složena z příslušníků jednoho útvaru (tzv. organická jednotka), případně doplněných o jedince dílčích specializací z jiných útvarů. Před nasazením do mise probíhají standardně různá cvičení, jejichž cílem je nejen zvýšení technické, vojenské a bojové připravenosti, ale i nárůst integrity a homogenity jednotky jako celku.

Vzhledem k hierarchickému uspořádání a direktivnímu způsobu vedení v armádě jsou klíčové vztahy asymetrické, resp. subordinační, tudíž jde o vztahy mezi nadřízenými a podřízenými. Krucialní je důvěra podřízených ve schopnosti a kompetence svých velitelů, možnost se spolehnout na adekvátnost a přiměřenost jejich rozkazů i objektivnost hodnocení. Z opačného pohledu je těžiště v „poslušnosti“ a v důvěře, že vydaný rozkaz bude vykonán bezchybně a v celém rozsahu.

Vztahy jsou ovlivněny nejen mírou osobních sympatií a antipatií, ale i výše uvedenými podmínkami prostředí, jakými jsou např. míra intimity a vlastního prostoru, možnost opouštět základnu nebo zda je pohyb omezený jen v daném prostoru.

**Kontakt s domovem** je v dnešní době již zpravidla zprostředkováván pomocí internetového připojení za využití běžných, civilních aplikací, kterými jsou např. WhatsApp, Viber, Skype nebo Facebook. Lze tedy říci, že kontakt je možné zprostředkovat prakticky na denní bázi, otázkou však zůstává jeho kvalita. Stejně jako je důležité zmínit, že korespondenční zapojení do aktivit rodiny nemůže v žádném případě plně nahradit běžný a reálný kontakt (Newby et al., 2005). Naopak leckdy vede paradoxně ke zhoršení vztahů, protože umožňuje vznik a eskalaci konfliktů tím, že se vojáci snaží na dálku řídit život rodiny doma.

Specifickou situací při pobytu v zahraničí jsou svátky. V našem prostředí se jako nejdůležitější jeví ty vánoční. Již během první světové války (v historii války nezdávka končily s prvním napadnutím sněhem) došlo ke zvláštní situaci vánočního příměří, někdy také lyricky označovanou jako „vánoční zázrak“, kdy nejen že se na frontě zpívaly koledy, objevily se stromečky a zapálené svíčky, ale dokonce v některých případech vojáci přestali bojovat a vydali se popřát nepřátelské armádě krásné svátky, dokonce se předávaly i dárky (Weintraub, 2001). Tím, že mise jsou povětšinou dlouhodobé, je běžné, že příslušníci AČR tráví Vánoce působením v zahraničních operacích. Obecně se ve vyprávěních shodují na odlišné atmosféře svátků oproti běžnému průběhu, mívají vánoční stromeček, bramborový salát, obvykle večeří i rybu, avšak jinou než je kapr, a samozřejmě více než kdy jindy zmiňují výrazný stesk po domově a rodině (Deckerová & Marek, 2016). Nicméně tím, že mise jsou zpravidla maximálně půlroční, nedostávají se do situací běžných jako např. u amerických vojáků, kteří během roční mise promeškají všechny ritualizované dny svých rodin (svátky, narozeniny...)

### **1.1.1. Psychická zátěž**

Za jednotící znak zátěže v průběhu mise je často považován strach o život, který se v různých podobách objevuje v myšlenkách a ideacích vojáků. Avšak i v případě, kdy strach ze smrti či z možnosti úmrtí absentuje, je nutné to vzít v potaz a akceptovat jako důležitý fenomén, dále s tím pracovat. Protože oba stavy ovlivňují nejen duševní naladění a tím potenciál rozvoje psychopatologie, ale interferují i do vlastní výkonnosti (Baštecká, 2005).

Obavy o život nejsou zdaleka jediným specifickým misí, jsou příznačné zejména pro bojová uskupení, avšak existují i jednotky, které neplní bojové úkoly a jejichž příslušníci jsou více ohroženi pocitem nudy a bezmoci. Často dochází k tomu, že jednotky, úkolová uskupení či celá základna jsou v izolaci, což v průběhu delší doby pobytu také nepříznivě ovlivňuje psychický stav vojáků (Nový, 2012).

Existuje několik modelů psychické zátěže účastníků zahraničních misí. Jak již bylo uvedeno výše, často se jedná o kombinaci dvou typů stresorů: akutních,



v praxi tedy nejčastěji bojových či traumatických a chronických v podobě konfliktu rolí či absence rodiny (Lamerson & Kelloway, 1996). V regresním modelu, který vznikl na základě longitudinální studie americké armády v průběhu mírových misí v bývalé Jugoslávii, bylo definováno pět základních stresorů, kterými jsou: izolace, nejednoznačnost nebo nejasnost situace, bezmoc, nuda a nebezpečí nebo hrozba (Bartone, Adler, & Vaitkus, 1998)

Stres z účasti v misi se může manifestovat v podobě nevhodných (neadaptivních) copingových (vyrovňovacích) mechanismů, jakým je např. kouření. Pravděpodobnost takové reakce se zvyšuje s prodloužením délky mise, opakovaným nasazením a při vystavení bojovým situacím (B. Smith et al., 2008). Tyto faktory je tedy třeba brát v potaz při plánování misí i při plánování rozsahu a dostupnosti péče o jejich účastníky.

Obecně se tedy intenzita psychické zátěže a rozvoj neadaptivních copingových mechanismů, ale i pravděpodobnost rozvoje duševních onemocnění, zvyšuje s narůstající délkou nasazení, při nasazení opakovaném a při přímém vystavení se bojovým či traumatickým situacím (D. G. Baker et al., 2009; Sareen et al., 2007; B. Smith et al., 2008). Svou roli hraje i věk vojáka a míra finanční kompenzace (Vevera et al., 2012).

Psychická zátěž však překvapivě nekončí návratem domů. Ačkoliv již člověk není vystaven specifickému prostředí, případně bojovým podmínkám, čelí opět zcela odlišné realitě než té, na kterou byl před výjezdem zvyklý. Přesně v duchu Hérakleitova výroku: „Nevstoupíš dvakrát do téže řeky,“. Mohlo dojít ke změnám v procesech fungování rodiny a domácnosti, v přátelských kontaktech i volnočasových aktivitách (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

### **1.1.2. Luciferův efekt**

Tento fenomén, který byl popsán roku 1971 psychologem Philipem Zimbardem v rámci jednoho z nejznámějších psychologických experimentů - Stanfordského vězeňského experimentu - říká, že mnohé brutální činy nejsou dílem lidí s duševní poruchou či psychiatrickou diagnózou, ale konají je zcela

obyčejní (normální) lidé v důsledku tlaku okolností a možnosti posouvat hranice. Obecněji řečeno, že se nejedná až tolik o osobnostní predispozice, ale především o situační proměnné, které ovlivňují výsledné chování (Haney & Zimbardo, 1998; Zimbardo, 2011).

Nejen samotný experiment, který v mnohém porušoval etické standardy (a díky němuž se začala důsledněji řešit otázka etiky psychologického výzkumu) (Blass, 1999; Brady & Logsdon, 1988), ale i interpretace výsledků a jejich dopady na lidské smýšlení, které jako by bylo zbaveno odpovědnosti za vlastní činy a cítilo se být pouze taženo okolnostmi a situací, začalo v posledních letech ztrácet na vážnosti. Závěry se zdály být přílišně generalizující a neodpovídající realitě, vyvstávaly pochyby, zda jsou výsledky experimentu validní a reprezentativní pro dnešní společnost (Krueger, 2009; Zimbardo, 2011).

V roce 2004 však došlo k obnovení diskuzí a také k opětovnému důkazu platnosti Luciferova efektu, když bylo zjištěno nelidské zacházení se zajatci v irácké věznici Abú Ghraib ze strany amerických vojáků. Při hlubším zkoumání bylo zjištěno, že pachatelé násilí nejsou psychicky nemocní ani zvýšeně agresivní, disociální nebo jinak predisponovaní k mučení a týrání jiných lidských bytostí. Závěrem bylo, že se mnohdy „jen“ přizpůsobili chodu věznice, která měla od počátku tvrdá pravidla, kde nebyl zaveden kontrolní mechanismus dodržování listiny základních práv a svobod; a za konečnou podobou chování dozorců, kteří vězně nejen fyzicky týrali, ale i psychicky ponižovali, stál rozkaz, jehož požadavkem bylo „udržet pořádek“ (Apel, 2005; M. Brown, 2005; Miles, 2004; Zimbardo, 2011).

Prokázání vlivu Luciferova efektu však nezabavuje dozorce trestně-právní odpovědnosti, má být spíše vysvětlujícím principem a přinášet ponaučení do další, nejen vězeňské, ale i vojenské a vojensko-misijní praxe (Zimbardo, 2011). V této práci je uveden Luciferův efekt jako jedna z možností, které mohou komplikovat působení v misi. Armáda je postavena na direktivním vedení, podřízení vojáci musí příkazy bezvýhradně poslechnout a vykonat, ohradit se proti nim mohou až později (Osiel, 1998). V případě absence kontrolních činitelů a mechanismů se situace může snadno opakovat a bezesporu vzniklá kognitivní disonance (Festinger, 1962)

mezi rozkazem a vlastním úsudkem, potažmo svědomím, hrozí vyústěním rozvoje psychopatologických příznaků (Doris & Murphy, 2007; Forter, 2006).

## 1.2. Péče o účastníky zahraničních misí

Velení armády (i jiných organizací působících v zahraničních operacích) si je zajisté vědomo psychické náročnosti zahraničního nasazení a důsledně dbá na přípravu, prevenci rozvoje obtíží i na případnou péči o účastníky misí. Cíle péče nejsou však jen čistě altruistické, ale svou roli hraje i stránka finanční. Jednak je zapotřebí zajistit kvalitní a zkušené odborníky, kteří budou dalším předávat své zkušenosti a budou schopni sami se zahraniční operace znovu zúčastnit a to je podmíněno právě dobrým psychickým i fyzickým zdravím. Na straně druhé je třeba zabránit situaci, kdy by bylo třeba vyplácet vysoké částky na odškodném za případné trvalé zdravotní následky.

Z hlediska somatické péče je nejen českým účastníkům věnována velká pozornost, od před-výjezdního vyšetření, očkování i edukaci, přes přítomnost lékařů či alespoň středního zdravotnického personálu v jednotlivých kontingentech až po akademickou sféru, tedy studie zaměřující se na prevenci, aktuální trendy a efektivní léčbu (Leung-Shea & Danaher, 2006; Smetana, Smetana, Vacková, Pek, & Chlíbaek, 2005).

Podobně je zajišťována a organizována i psychologická péče. Psychologické vyšetření je, jak už bylo zmíněno, důležitou součástí již při výběru rekruta do pozice vojáka z povolání, je však zároveň součástí komplexního vyšetření před i po účasti na zahraniční misi. Psycholog (nebo kaplan či tzv. pracovník humanitní služby) funguje i jako součást některých armádních útvarů. Cílem jeho či její činnosti je především prevence a edukace (Adler, Bliese, & Castro, 2011) ale i případná krizová intervence (Gordana & Milivoje, 2007), v neposlední řadě je vojákům poskytována cílená péče psychiatrická (Cozza & Hales, 1991).

Příprava před nasazením kontingentu probíhá v několika krocích. Primární je základní odborná a vševojsková příprava, kam spadají základní vojenské

dovednosti, jako jsou střelba z osobních zbraní, hod granátem, zdravotnická příprava, topografie, obrana proti zbraním hromadného ničení, chování v zaminovaném prostoru atp. Od úrovně velitelů družstev k vyšším velitelským funkcím pak probíhá příprava velitelská, jejíž náplní je seznámení se základy managementu lidských zdrojů, leadershipu, atp. Specialisté se účastní vybraných kurzů k získání či zlepšení odborných dovedností. Po skončení základní fáze přípravy jednotlivce je přikročeno ke společné přípravě, družstev, čet a rot. Cílem je zvýšení koheze jednotek, integrace jedinců v kolektivu, následuje sladění a prověrka v podobě odborného taktického cvičení. Hlavní funkcionáři a specialisté odjíždí na stáž do místa určení, aby se podrobně seznámili s prostředím a konkrétními požadavky. Posledním krokem je vystrojení vojáků a následné uložení věcí do přepravních kontejnerů a jejich odeslání do místa nasazení (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

Konkrétní průběh, kvantita, frekvence, styl a způsob péče o vojáky se nicméně liší stát od státu, armáda od armády. Konkrétně je odlišný např. i přístup k padlým. Některé země k nastalé situaci přistupují čistě byrokraticky, jiné dbají na zachování památky a úcty, což pomáhá zejména „pozůstalým“ vojákům, kteří nadále vykonávají službu (Baštecká, 2005). V této oblasti mají výhodu země s dlouhodobou a kontinuální vojenskou tradicí. V jejich armádách jsou pro takové situace vytvořeny standardizované a neměnné, leckdy dlouhá desetiletí staré, postupy a rituály. Dále budeme podrobněji věnovat psychologické péči v podmínkách českých ozbrojených sil.

### **1.2.1. Psychologické vyšetření před vstupem do armády**

Péče o vojenské profesionály začíná dokonce ještě před nástupem do výkonu služby vojáka z povolání. Primární prevence totiž spočívá (mimo jiné) ve výběru jedinců, kteří budou schopni snášet vysokou emoční zátěž a zároveň podávat stabilní výkon a kteří nejsou primárně psychopatologicky deviantní. Mělo by se jednat o osoby dostatečně emočně stabilní, osobnostně dobře strukturované a integrované, výkonově i intelektově průměrné až superiorní, bez známek

psychopatologie klinické signifikance. Výběr kvalitních osob do řad armády je axiomatickou predispozicí pro účast na zahraničních misích (Klose, 2010).

Z výše uvedeného je možné výběr osob do řad AČR charakterizovat jako tzv. negativní, jehož cílem není výběr těch ideálních a nejnadanějších jedinců, ale právě eliminace uchazečů s hrubou patologií, kteří evidentně nejsou schopni zastávat ani základní funkce, jakými může být např. pomocná práce ve skladu.

Vstupní vyšetření se samozřejmě neskládá pouze z posouzení psychické způsobilosti, ale zahrnuje i vyšetření tělesné a fyziologické. Konkrétní náležitosti upravuje vyhláška o posuzování zdravotní způsobilosti k vojenské činné službě (357/2016 Sb.), kde jsou popsány stupně zdravotní klasifikace (A-způsobilý bez omezení; B – schopen, ne pro I, II, III; C – schopen s omezením; D – nezpůsobilý). Vyhláška upravuje i standardy lékařské prohlídky u odvodního a přezkumného řízení, obsahuje základní biochemické vyšetření (krve, moči), interní, neurologické, chirurgické, ale např. i stomatologické zhodnocení zdravotního stavu (Ministerstvo obrany & Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

Z pohledu samotných uchazečů bývá psychologické vyšetření tím nejobávanějším (Stehlík, 2014), je náročné z hlediska času i samotného procesu. Začíná se obvykle absolvováním cca dvouhodinové počítačově administrované testové a dotazníkové baterie, po němž následuje pohovor s psychologem (Klose & Hoffmann, 2008). V rámci pohovoru jsou snímána anamnestická data, rozebrány výsledky psychodiagnostických metod, ale je empiricky zkoumána i afektivní stabilita a schopnost seberegulace ve vyhrocených situacích (Stehlík, 2014). Ve výsledku je necelých 40 % uchazečů o službu vojáka z povolání shledáno psychicky nezpůsobilým (Klose & Hoffmann, 2008).

### **1.2.2. Psychologická péče v rámci vojenské služby**

Psychologickou péčí o vojáky (i jejich blízké rodinné příslušníky) centralizovaně zajišťují psychologové Odboru operační psychologie Agentury vojenského zdravotnictví (OOpP AVZdr), který vznikl v roce 2013. Pozornost je cílena na vojáky, jejich rodiny a občanské zaměstnance Ministerstva obrany a AČR,

spočívá především v psychosociální péči, psychologickém poradenství, krizové intervenci, ale i edukační a výcvikové činnosti, human resources managementu a leadership managementu (Nový, 2013).

První setkání s psychologickou přípravou a péčí čeká vojenského rekruta již na tříměsíčním kurzu základní přípravy ve Vyškově, kde je v posledních letech uplatňován moderně vystavěný program, který vznikl díky mezinárodní spolupráci v rámci států spadajících do severoatlantické aliance (NATO). Jedná se o kompaktní, dobře srozumitelný i realizovatelný vzdělávací plán, skládající se ze 4 modulů, jež na sebe navazují. Jak již jeho název napovídá (Trénink duševního zdraví), byly vybrány ty psychické dovednosti, jež umožňují zdokonalení díky cvičení, trénuje především psychická odolnost, týmová spolupráce, ale i schopnost funkční komunikace svého psychického stavu a případného diskomfortu, např. konkrétně pro tyto účely je vymezena barevná škála od zelené (jsem OK) po červenou (nejsem OK), voják tedy může říct méně bolestné a devalvující „jsem v oranžové“ než popisovat, že „je dnes trochu posmutnělý, lehce dráždivý a nejráději by si vlezl zpět do postele“. (Král, 2016).

### **1.2.3. Psychologické vyšetření před zahraniční misí**

Profesionální vojenská služba je náročná z hlediska fyzické a odborné přípravy, zvláště před plánovaným nasazením. Proto je neopomenutelnou součástí výcviku vojáka i příprava psychická a psychologická. Předpokladem je, že každý sloužící voják by měl být schopen nasazení na misi, každý z povolávaných s tím souhlasí v rámci podepisovaného závazku (jak již bylo zmíněno).

Během psychologického vyšetření jsou již pouze screeningově měřeny osobnostní rysy, intelekt a výkon v zátěži, těžiště práce však leží v klinickém rozhovoru (Ministerstvo obrany ČR, 2003). Z výše uvedeného vyplývá, že osobnostní i intelektové charakteristiky by měly být, vzhledem k jejich relativní stálosti v čase, v pásmu normy, ovšem výkonnostní komponenta může fluktuovat. Tedy jedinec, který při přijetí podával výkon v pásmu nadprůměru, se může nyní

nacházet v nižším průměru. Cílem je odhalit možné příčiny a pokusit se predikovat, do jaké míry bude ovlivněn reálný výkon během vojenského nasazení.

Jasnou kontraindikací proti výjezdu, tedy statutem „psychicky nezpůsobilý pro účast v zahraniční misi“, je třeba i komplikovaná rodinná situace, ať se již jedná o zdravotní stav rodičů, manželské problémy či špatný psychický nebo zdravotní stav dětí. Obecně je jakékoliv vybočení ze standardního sociálního nastavení důvodem pro zvýšenou obezřetnost při posuzování způsobilosti. U vojáka, který je nucen opustit nevyřešenou či nezajištěnou situaci, je totiž předpoklad, že bude mentálně a kognitivně neustále vázán mimo své úkolové nasazení. Tím se ve vojenském působení stává nejen zbytečným, ale mnohdy i nebezpečným. Z těchto důvodů je doporučovaným postupem uvolnění z aktuálního nasazení a předpoklad umístění v další rotaci. Z hlediska praxe se konkrétně jednalo např. o situaci, kdy manželka vojáka v důsledku onemocnění zemřela a v rodině zůstal nezaopatřený syn ve starším školním věku, voják (manžel a otec) byl shledán v tomto stavu jako (aktuálně a dočasně) psychicky nezpůsobilý pro účast v misi.

Oproti tomu jsou situace rozchodů, případně rozvodů, které by se mohly jevit v obdobném světle, ale v takovém období může být výjezd do zahraniční mise nahlížen v pozitivním duchu, tedy jako předěl, možnost odpočinku od problémů, vzdálení se od krizové situace. Takové situace tedy běžně nejsou překážkou, za předpokladu, že je psychický stav dobrý – jedinec nejeví známky zvýšeného depresivního či anxiózního ladění, neobjevují se suicidální ideace atd. Nicméně zde je třeba poznamenat, že ze zkušeností víme, že odjezd do mise a z toho pramenící odloučení partnerů problém zpravidla nevyřeší.

Někdy expertizní psychologické vyšetření pro určení způsobilosti účasti v zahraniční misi zaujímá i poradenský rozměr psychologické práce. Vojáci z povolání, zejména ženského pohlaví, se dotazují, jakým způsobem seznámit rodinu, především děti, s nově vzniklou situací a plánovaným odloučením, a jak s nimi v průběhu mise komunikovat (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

Výše uvedené informace zhruba vykreslují postup při vyšetření ve vojenské nemocnici, jež je základem pro akceptaci vojákovy způsobilosti ve vyjíždějším útvaru. Nicméně i operační (dříve označovaní jako vojskoví) psychologové Odboru operační psychologie se podílejí na psychologické přípravě a péči o vojáky před nasazením v misi (Nový, 2013). Jednou z užívaných metod, která slouží k analýze vzájemných (asymetrických) vztahů, je moderní, dynamická, real-time fungující platforma sociometriky a sociodiagnostiky, pojmenovaná sociomapování (Bahbouh, 2011). V jednoduše srozumitelné grafické podobě prezentuje vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy kontingentu v jejich různých dimenzích – zkoumána může být např. vzájemná důvěra, znalosti, blízkost a četnost kontaktu (Hrbata, 2013). Nástroj lze využít při sestavování dobře fungujícího týmu, k detekci kritických míst a osob, ale i při krizové intervenci a případné nápravě (Bahbouh, 2011; Hrbata, 2013).

#### **1.2.4. Psychologická péče v průběhu nasazení**

V počátku 20. století (konkrétně během Krymské války) se objevily snahy poskytovat psychologickou či psychiatrickou péči co nejbližší frontové linii. Důvody nebyly až tak altruistické, cílem bylo především maximální zkrácení doby, kdy je voják neschopen služby a zrychlení jeho návratu do aktivní služby. Nehledě na to, že se ukázalo, že pokud je voják odsunut do zázemí, výrazně to snižuje šanci, že bude navrácen na frontu. Tzv. předsunutá psychiatrie se zakládala na třech pilířích: blízkost, bezprostřednost (rychlost) a očekávatelnost (proximity, immediacy, expectancy; PIE). Tato bezprostřední intervence splnila svůj účel (Vevera et al., 2012).

Jedním ze základních principů krizové intervence, který je v bojových podmínkách aplikován, je debriefing. Jedním z jeho úkolů je získat faktické informace o průběhu bojového útoku nebo o nastalé krizové situaci, nezanedbatelným cílem je ale i snížení míry akutně prožívaného stresu u účastníků. Debriefing obvykle probíhá v podobě skupinové diskuze, je fokusován na ventilaci prožitků, katarzi a emoční zpracování traumatizující osobnosti, dále i na normalizaci heterogenních prožitků. Mohou padat otázky typu „co pro Vás bylo



nejhorší?“ nebo dotazy směřující k somatickým a psychickým symptomům (Arieh Y. Shalev, Peri, Rogel-Fuchs, Ursano, & Marlowe, 1998; Vevera et al., 2012), součástí je i edukace o strategiích zvládnání stresu (Deahl et al., 2000). Na tomto místě je třeba poznamenat, že debriefingem míníme debriefing „Mitchellovského“ typu (George S. Everly & Jeffrey T. Mitchell, 1999; George S. Everly, Jr. & Mitchell, 2000).

Psychologové se českých zahraničních vojenských operací účastní již přes dvě desítky let, jsou standardně vysíláni s jednotlivými kontingenty. Vojškoví psychologové se tak podíleli na misích v bývalé Jugoslávii, Kosovu, Kuvajtu, Iráku i Afghánistánu. Psycholog v rámci výjezdu zastává nejen svou profesní roli, ale protože – stejně jako ostatní – je především voják, musí zvládat obecnou vševojskovou přípravu (Nový, 2013), je tedy v denním (a neformálním) styku se svými (potenciálními) klienty či pacienty.

Dle individuálních výpovědí nasazených psychologů je jejich práce s vyjíždějícími vojáky především edukační, setkávají se s nimi na cvičeních již před odjezdem (Ministerstvo obrany ČR, 2003), kde jim pomáhají se stabilizací situace doma, připravují je na kulturní střet a náročnost aklimatizace v novém prostředí, a před ukončením a odjezdem z místa určení opět probíhá edukace o různých možných scénářích při návratu domů. Jsou samozřejmě připraveni poskytovat krizovou intervenci v případě náročných životních situací. Převážnou většinu času se však snaží o udržení a rozvoj pozitivního klimatu mezi jednotlivými účastníky, udržení jejich psychické pohody, jež přispívá k akceschopnosti a připravenosti.

První psychologickou pomoc však (nejčastěji) poskytují i kamarádi a kolegové, popřípadě i velitel. Takový průběh vychází ze zásad vojskové psychiatrie, nesoucí zkratku BOJI (Blízko, Očekávání zdatnosti, Jednoduše, Ihned), které je uplatňována především v Norsku. Kolegové jsou kvalitní sociální oporou, zcela neinstitucionalizovanou péčí, jsou dostupní neustále – a to právě i v situacích krizových. Efektivitu psychologické péče v rámci jednotky není vhodné opomíjet ani podceňovat (Baštecká, 2005; Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2003; Michel, Lundin, & Larsson, 2003).

V průběhu nasazení je pro každou misi určen i tzv. styčný psycholog (opět z řad vojáků – psychologů Odboru operační psychologie), jehož úkolem je péče o rodinné příslušníky vojáků, kteří jsou toho času mimo republiku. Ti na něj či na ni mají telefonní i e-mailový kontakt a mohou se obracet v jakékoliv záležitosti či vyvstanuvší otázce (Nový, 2015).

Z amerických výzkumů vyplývá, že pokud jsou do nasazených jednotek integrovány týmy na podporu duševního zdraví (případně různé psychologické poradní týmy), ve kterých jsou uplatňovány principy tzv. předsunuté psychiatrie, je většina vojáků po prožití traumatické situace opětovně bojeschopná a v porovnání s těmi, kterým se takové (odborné) pomoci nedostalo, zůstávají i déle v armádě po návratu ze zahraniční operace (Bliese, Thomas, McGurk, McBride, & Castro, 2011; N. Jones, Fear, Jones, Wessely, & Greenberg, 2010). Stěžejním tématem však zůstává, jak najít optimální hladinu mezi ochranou jedince před opětovnou traumatizací versus navrácením do pracovní činnosti, jak nejdříve je to možné. Je potřeba taktéž brát v potaz, že na rozdíl od civilních podmínek, jsou ty bojové zcela specifické trvalou přítomností (nabitě) zbraně a v případě rozvoje suicidálních myšlenek mohou mít fatální důsledky (Vogel, 2011).

#### **1.2.5. Psychologická péče po návratu**

„Ponávratové“ psychologické vyšetření probíhá u českých vojáků po všech návratech z účasti na zahraničních misích, bez rozdílu délky trvání či zastávané funkce. Sezením s psychologem si tak prochází např. i navrátilivší technik po „krátkých“ deseti dnech mimo republiku. Samotné vyšetření obsahuje psychodiagnostické metody v podobě dotazníků, ale těžiště práce je v opět v klinickém rozhovoru (jako v každé kvalitní psychologické péči), v rámci kterého jsou detailně probírány bojové a traumatické situace, zejména jejich subjektivní prožívání.

Cílem vyšetření je primárně záchyt posttraumatické stresové poruchy (či rizika jejího rozvoje) či jiné dekompenzace psychického stavu. Je však také zaměřeno na screeningově-edukační činnost. V průběhu rozhovoru je vyšetřovaný

dotázán a upozorněn na možné výskyty diskrétních, negativních psychopatologických jevů jako jsou např. poruchy spánku, rodinné disharmonie či anxiózní symptomatika s možnou vegetativní složkou, stejně jako na možnosti jejich řešení.

Jen zcela výjimečně se stává, že voják vykazuje zřejmé příznaky posttraumatického stresu nebo rozvoje jiné psychopatologické symptomatiky, dle závažnosti stavu je buď indikován k hospitalizaci na lůžku psychiatrického oddělení dané vojenské nemocnice (tj. ovšem ve velmi krajním stavu, při podezření na auto či hetero- agresivní sklony a jde spíše o hypotetickou možnost, dosud se tak nikdy nestalo), častěji je však řešením kontrolní psychologické vyšetření v rozmezí dnů až týdnů po návratu. Pro válečné veterány je taktéž zřízena krizová, psychologická linka s 24hod pohotovostí.

Jak ve světě, tak i u nás se ukazuje, že validita takových vyšetření je nízká, výsledky jsou zkreslené, dominující je disimulace přítomných příznaků. Důvodem jsou obavy ze snížení zdravotní klasifikace až ukončení služebního poměru. V případě, že byl na totožném vzorku opakován sběr dat, avšak anonymně, byla prevalence udávaných symptomů deprese, PTSD, suicidálních tendencí a celkově zvýšené konzumace zdravotní péče, 2x až 4x vyšší než při předchozím vyšetření. Je však potřeba brát v potaz, že „response rate“ tohoto anonymního dotazníkového šetření byl 69 % (Alonso et al., 2004), tedy téměř třetina informací je nedostupná a lze uvažovat, že se zúčastnili především ti, které obtíže trápí a jejich ventilační potřeba je vyšší. Pro výzkumné a akademické účely lze jednoznačně doporučit anonymizaci, která zvyšuje validitu, avšak pro potřeby vojenského zdravotnictví je tento postup nemyslitelný.

Na druhou stranu je třeba říci, že ač se to tak může na první pohled jevit, primárním důvodem pro zavedení těchto rutinních screeningových ponávratových vyšetření není ze strany armád (včetně té naší) zájem o zdraví vojáků, ale příprava na případné budoucí spory o odškodné za poškození zdraví.

### 1.3. Důsledky účasti v misi

Zahraniční výjezd je bez nejmenších pochyb psychicky i fyzicky náročnou životní situací, která přináší mnoho změn nejen v akutní fázi v průběhu trvání operace, ale i v rámci celoživotního prožívání a chování. Bylo by však chybou předpokládat, že tyto změny jsou pouze negativního charakteru. Až 77 % vojáků totiž uvádí nějaké pozitivní důsledky účasti na misi, jako jsou např. čas na přemýšlení, možnost pracovat sám na sobě, ameliorace svých schopností a dovedností, ale i aditivní finanční zisky. Oproti tomu 63 % účastníků pozoruje i negativní dopady zejména v podobě zhoršení vztahů a pobytu daleko od domova, celých 47 % si uvědomuje obě strany mince (Newby et al., 2005).

Přespřílišná psychopatologizace účasti v misi není zcela relevantní, majoritní část vojáků má funkční kompenzační mechanismy a bojové nasazení u nich nezpůsobí rozvoj duševních chorob či jednotlivých symptomů (Litz, King, King, Orsillo, & Friedman, 1997). To potvrzuje i nález u téměř deseti tisíc britských účastníků operací v Afghánistánu, u kterých byla prevalence rozvoje PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) pouze 4 % (Fear et al., 2010), v českých podmínkách se jedná o číslo ještě nižší a pohybuje se v průměru okolo 1 % (Vevera et al., 2012). Je ovšem nutno si uvědomit, že ač je PTSD (v souvislosti s misemi) nejčastěji zkoumanou nozologickou jednotkou, není jedinou možnou komplikací. Avšak výzkumy zaměřující se na zdánlivě marginální zhoršení psychického stavu a na rozvoj diskrétní či minimální psychopatologické symptomatiky prakticky nejsou realizovány. To může být zapříčiněno mnoha různými důvody, od technických, přes obecně horší compliance vojáků až po důvody spojené s rentovými aspekty PTSD.

Pro posuzování zážitku traumatu je možné využívat, kromě dotazníkových metod, kde je zcela zřejmá možnost agravace (či v případě našich vojáků četnější disimulace), metody projektivního charakteru, jakými je např. Rorschachův test. Při jeho užití je patrná celkově nižší výkonnost kognitivního uchopení, snížená afektivní kontrola a akcentace úzkostných stylů prožívání. Laicky je pozorovatelná projekce témat, která jsou spojena s bojovým nasazením a traumatickým zážitkem (Lečbych, 2014).

Ve způsobu, jakým se jedinec vyrovnává se stresem, hraje nezanedbatelnou roli i prostředí, doba a kultura, v jaké vyrůstal; tyto faktory mohou působit jak protektivně, tak i negativně. S jistou nadsázkou lze tvrdit, že i způsoby reakcí a copingové strategie podléhají módním vlivům (Vevera et al., 2012). Ukázkou může být například vlna sebevražd, která následovala po vydání Goetheho Utrpení mladého Werthera (Pirkis & Nordentoft, 2011; Thorson & Öberg, 2003). Blíže problematice této práce stojí výskyt flashbacků u PTSD, které se v první polovině 20. století prakticky nevyskytovaly a jejichž přítomnost je dávána do souvislosti až s filmovým zpracováním (E. Jones et al., 2003).

Celkově se ale příznivě ukazuje, že většina psychických a sociálních problémů, které se rozvíjejí jako následek zahraniční mise, je přechodná a reverzibilní (Harvey et al., 2012). Často se mluví o stresové zátěži, posttraumatické poruše, ale nelze opominout, ani termín posttraumatického růstu, který je příznačný pro náročné životní situace, jakými jsou např. živelné katastrofy nebo nádorová onemocnění (Cordova, C, Carlson, & Andrykowski, 2001). Mezi pozitivní faktory přispívající k posttraumatickému růstu patří spiritualita, sociální podpora (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003), úroveň kognitivních funkcí (Zoellner & Maercker, 2006), ale i věk – čím mladší jedinec, tím vyšší pravděpodobnost osobnostního sebe-rozvoje po traumatické události (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003).

### **1.3.1. Technické parametry návratu**

Voják z povolání po návratu ze zahraniční mise nemá standardně právo na dovolenou navíc. Dle rozhodnutí velitele útvaru je mu přiřazen určovacím lístkem konkrétní počet dnů služebního volna. Voják má však nárok na tzv. preventivní rehabilitaci (Ministerstvo obrany ČR, 2003). Mnohým z nich však zůstává nevybraná standardní dovolená, vzhledem k účasti v misi i jí předcházejícím cvičením, nezdědka je tedy čeká i několik týdnů osobního volna.

Možnost opětovného nasazení je obvykle umožněno až po 1 roce po návratu, obdobně by i délka nasazení neměla přesáhnout 1 rok. Prodloužení

pobytu se povoluje jen ve výjimečných situacích, např. při předpokládaném ukončení mise do 6 měsíců po plánovaném návratu, případně při možnosti ztráty místa a pozice v misi – pokud neexistuje rovnocenná náhrada. Prodloužit působení lze vždy pouze se souhlasem daného vojáka a jeho útvaru. Za dostatečný důvod není považováno přání nasazeného jedince o prolongaci (Ministerstvo obrany ČR, 2003). Tato omezení mají preventivní charakter pro psychické zdraví vojáka i jeho rodiny (Adler et al., 2011).

### **1.3.2. Dopady na rodinu**

Ukazuje se, že pocit vzdálenosti od domova a zhoršení manželských, partnerských a rodinných vztahů je jedním z často vnímaných negativních konsekvencí účasti v zahraničních operacích (Newby et al., 2005), v některých případech pocit odcizení od partnera může narušovat kvalitu partnerského soužití po dobu až pěti let následujících po nasazení v misi (Harvey et al., 2012).

Nejsou to však pouze psychické problémy na straně nasazeného vojáka, se kterými se z mise vrací, s čím se musí on (ona) a jeho (její) rodina vyrovnat. V souvislosti s nasazením jednoho rodiče se objevuje i zvýšená úzkost jeho partnerky (partnera). Tato anxieta se následně přenáší na jejich děti. Na psychický stav dítěte má úzkost rodiče relativně velký vliv. Mimo jiné i proto, že je s ním v denním kontaktu a anxiózní symptomatika se projevuje v průběhu většiny běžných denních aktivit (McFarlane, 2009). Stres se nevyhýbá ani rodičům vojáků. I pro ně je nasazení jejich dětí velkou psychickou zátěží. Ta je např. pěkně ilustrována v beletristické knize – Žena prchá před zprávou (Grossman, 2013).

To, co potkává vojáky, se nevyhýbá ani jejich rodinným příslušníkům. Ženy nasazených vojáků se potýkají nejen s úzkostí a stresem z dlouhodobého odloučení, pocitu nejistoty či bezmoci, ale i u nich se setkáváme s rozvojem diskrétní psychopatologické symptomatiky. Naštěstí se často (na rozdíl od svých protějšků) nebojí vyhledat odbornou pomoc a o svých obtížích mluvit (Burgh, White, Fear, & Iversen, 2011).

Odloučení, nejen během zahraniční služby, ale i během pravidelných cvičení, je nejrozšířenějším stresorem, který ovlivňuje vojenské rodiny. Kromě toho, že je situace zátěží pro rodinu, zpětně ovlivňuje i sloužícího vojáka, dopady lze pozorovat na aktuálním výkonu, ale i v ochotě k dalšímu setrvání v armádě (Drummet, Coleman, & Cable, 2003; Wiens & Boss, 2006).

Výše uvedené negativní důsledky odloučení jsou s největší pravděpodobností způsobeny limitovaným způsobem komunikace a výrazným zvýšením prožitků pocitů nejistoty. Omezení komunikace tkví nejen v jejich četnosti a délce, ale i v obsahu, protože některé z operačních informací jsou tajné a kontrola dodržování bezpečnostních pravidel bývá přísná. Při analýze rozhovoru s 33 ženami nasazených vojáků bylo odhaleno na dvě desítky různých komunikačních mechanismů, nelze však tvrdit, že existují univerzálně platné postupy, jak komunikovat a jak vztah na dálku udržovat. Autor v závěru obecně doporučuje zaměřit se na individuální potřeby a zdroje pro udržení zdravého, kvalitního a naplňujícího vztahu (Merolla, 2010).

## 2. ZDRAVÍ

V předchozích kapitolách byl mnohokrát zmíněn stres, psychická zátěž, diskrétní či parciální posttraumatické projevy i samotná PTSD. V této bude detailně pojednána obecná i speciální psychopatologie, nicméně předtím by bylo vhodné se v krátkosti zmínit i o termínu a pojetí zdraví.

Zdraví je považováno za jednu z nejdůležitějších životních hodnot individuálních i celospolečenských. Jde o hodnotu umožňující jedinci rozvoj v jeho personifikovaných cílech. Navíc ale při naplnění kvality zdraví na individuální úrovni dochází i k rozvoji (zdraví) celé společnosti, k jejímu pokroku (Lau, Hartman, & Ware, 1986; Viner et al., 2012). Na zdraví není obvykle nahlíženo jako na cíl, ale spíše jako na podmiňující faktor, prediktor, pro ostatní dimenze kvalitního života.

Definice zdraví se v průběhu času značně změnila (a stále mění), vývoj směřoval od pojetí patogenetického směrem k salutogenetickému. Zdraví není pouhou absencí (příznaků) nemoci, ale stavem tělesné, duševní a sociální pohody. Místo termínu zdraví se zavádí termín **well-being** (bien-être, welfare, wellness), který lépe vyjadřuje obsah i nové pojetí (Callahan, 1973). Antonovsky (Antonovsky, 1979) ve své práci neodlišuje zdraví a nemoc jako dva protikladné a oddělené stavy, ale přistupuje k nim jako ke dvěma protilehlým pólům jednoho kontinua.

Zdraví tedy nejen že není pouhou nepřítomností nemoci, ale ani hodnocení stavu zdraví není objektivní záležitostí. Relativně nový přístup chápe prožitek zdraví jako zcela subjektivní záležitost (Harrington, 2012), je tedy na individuálním uvážení jedince, zda se považuje za zdravého či nemocného. To odpovídá i již uvedenému přístupu ke zdraví jako kontinuu (Antonovsky, 1979), obdobně i konceptu well-beingu (Diener, 2000; Diener & Chan, 2011).

Změna přístupu je i v pohledu na příčiny nemocí, který jde ruku v ruce s rozvojem vědy a medicíny. V historii byl původ onemocnění chápán převážně monokauzálně, zpravidla úrazem nebo bakteriologickou etiologií. Spolu s rozvojem techniky, preventivní péče a dalších oblastí, dochází k posunu k multikauzálnímu etiopatogenetickému přístupu, který mezi faktory řadí např. životní styl,



socioekonomický status, dostupnost péče, ale právě i psychickou pohodu (Harrington, 2012; Hewa, 2016).

Důležitým termínem v pojetí zdraví je **vulnerabilita** neboli zranitelnost, jež je základní determinantou zdraví či nemoci. Individuální vulnerabilita se uplatňuje v etiopatogenezi každého onemocnění. Jednodušeji lze vulnerabilitu dělit na konstituční (vrozenou a získanou během prvních 6 měsíců života) a sekundární, jež vzniká ve věku pozdějším. Užívanější je však koncepce trojí vulnerability, kde první kategorii tvoří obecná biologická vulnerabilita, která je podmíněna geneticky, druhou kategorii tvoří obecná psychologická vulnerabilita, vznikající v důsledku vlastních prožitých raných zkušeností a formující bazální atribuční styly, třetí kategorií je pak vulnerabilita specifická psychologická, jež je zprostředkována osobami blízkými (tzv. significant others) (Bentley et al., 2013; Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014; Kebza & Poláčková - Šolcová, 2008).

Mezi další determinanty zdraví patří zejména sociální faktory, ať již na úrovni osobní, rodinné, komunitní nebo národní. Faktory ovlivňující zdraví působí již od dětství a silně korespondují s well-beingem v dospělosti. Klíčovými jsou na celostátní úrovni strukturální charakteristiky, jakými jsou přístup ke vzdělání, (ne)rovnost příjmů a národní bohatství (např. HDP nebo struktura spotřebního koše), dále do well-beingu obyvatelstva interferuje bezpečnost a míra podpory ze strany rodiny, kvalita vzdělávacích institucí, ale i podpora a kontakty s přáteli a blízkými (interpersonální vztahy). Tyto podmínky umožňují rozvoj a plné uplatnění individuálního potenciálu, čímž přispívají k well-beingu, a tak zvyšují i ekonomickou efektivitu země (Greenwood & Leeuw, 2012; Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012; Viner et al., 2012; World Health Organization, 2010).

Míra celkového zdraví je závislá na více faktorech, některé z nich již byly zmíněny v předchozích odstavcích, ale existují ještě dvě významné proměnné well-beingu, které jsou klíčové nejen pro zdraví obecně, ale i pro téma této dizertační práce, a o kterých pojednáme v následujících kapitolách. První z nich je zdraví duševní, jež tvoří bazální substrát ostatních procesů i individuálního prožívání.

Významnou kapitolou (a proměnnou) je ale především stres a jeho charakteristiky, které se podílí na efektivitě zvládnání zátěžových situací.

## 2.1. Duševní zdraví

Tak, jak je v psychologii běžné, je i koncept duševního zdraví z hlediska terminologie pojmem heterogenním. Jeho definice se zdá být ještě náročnější než definice zdraví obecného (Orel et al., 2012). Podobně, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, i duševní zdraví je spíše kontinuem mezi stavem plného zdraví a plné nemoci (Antonovsky, 1979), kde krajní polohy pólů jsou jasně diferencované oproti stavům ve střední oblasti, kde je hranice mezi psychickou nemocí a zdravím velmi nejasná (Rogers & Pilgrim, 2014).

Neostrost hranic mezi stavem duševního zdraví a duševní nemoci je v některých případech vysvětlována modelem taktéž kontinuálním, ale u dvou odlišných dimenzí, kde jednou dimenzí je zdraví a druhou je nemoc. Úplná absence psychopatologických symptomů tedy automaticky neimplikuje stav zdraví (Westerhof & Keyes, 2010). Objevují se případy, kdy člověk netrpí žádným psychickým onemocněním, přesto je nespokojený, nedaří se mu a jeho stav se nedá označit za „zdravý“ (M. Seligman, 2014). Ovšem ani přítomnost somatických obtíží nemusí nutně znamenat ztrátu duševního zdraví (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010).

Lze však tvrdit, že opakem duševního zdraví je stav nemoci, stav charakterizovaný přítomností psychopatologie (jíž bude věnována celá samostatná kapitola). Ovšem ani duševní zdraví (jak již bylo uvedeno) není jednoduše pouhou absencí psychopatologie nebo jejích symptomů, ale komplexem charakteristik, jež vedou k pozitivním důsledkům v životě jedince (Kelnarová & Matějková, 2014). Stav plného psychického zdraví je charakterizován přiměřeným vnímáním reality, pozitivním sebenáhledem i sebehodnocením, adekvátní mírou autonomie, trvalou prací na sobě (sebeaktualizace) a celkovou flexibilitou a adaptibilitou (Hartl & Hartlová, 2010).

V konkrétních projevech je duševně zdravý jedinec emočně stabilní, má dobrý management vlastních emocí (popř. je minimálně průměrně emočně inteligentní), je komunikativní (z perspektivy verbální i neverbální komponenty komunikace), jeho kognitivní schopnosti jsou dobře fungující (je tedy schopen přijímat a zpracovávat informace, plánovat, řešit problémy), jeho život má cíl i směr, dokáže sám sebe motivovat k výkonu, novým situacím se umí efektivně přizpůsobit a je celkově se svým životem spokojený (Kelnarová & Matějková, 2014).

I duševní zdraví lze definovat v pojetí well-beingu, tedy se třemi základními komponentami. Emoční well-being charakterizovaný spokojeností a prožíváním radosti v životě, psychologický well-being zahrnuje sebeaktualizaci v podobě individuálního fungování, sociální well-being je příznačný plnohodnotným společenským uplatněním a kvalitními interpersonálními kontakty (Westerhof & Keyes, 2010).

Míra duševního zdraví je ovlivňována různými sociálními, ekonomickými i fyzikálními podmínkami, které působí napříč životními stádii. Pozitivní korelace je patrná u většiny tělesných (sportovních) aktivit (Biddle & Asare, 2011), konkrétně např. jóga, která má i spirituální nadstavbu (Büssing, Michalsen, Khalsa, Telles, & Sherman, 2012). Efekt je však prokázán i u aerobních aktivit (Wipfli, Landers, Nagoshi, & Ringenbach, 2011). Vyšší míra „work-life balance“ je spojována s nižším prožíváním deprese, úzkosti a naopak vyšší spokojeností - jak v pracovním, tak osobním životě (Haar, Russo, Suñe, & Ollier-Malaterre, 2014). Tedy opět se jedná o komponentu s významnou pozitivní korelací se zdravím (Lunau, Bambra, Eikemo, Wel, & Dragano, 2014). Obdobné dopady má i aktivní pobyt v přírodě a zeleni (ideálně s přítomností vody) (Barton & Pretty, 2010). Svou nezanedbatelnou roli hraje i sebehodnocení, sebenáhled a seberozvoj (Neff, 2011; Paulík, 2010). Naopak negativně interferují do psychického zdraví stresogenní faktory a celkové stresové zatížení jedince (Harrington, 2012).

## 2.2. Stres

Stres je vnitřním stavem živého organismu, při kterém je tento organismus vystaven extraordinárně náročné situaci, je reakcí na poškození (nebo hrozbu takového poškození) nebo je to také souhrn duševních a tělesných reakcí na nepříjemnou (tj. extrémní) psychickou nebo fyzickou zátěž (Atkinson, 2003; Hartl & Hartlová, 2010).

Stresová reakce je hluboce zakořeněna v našich fyziologických odpovědích organismu, základní reakce boj nebo útěk (v angl. originále fight or flight) (Cannon, 1939) byla již mnohokrát popsána, mimo jiné i v animální říši (Ewbank, 1985). V posledních letech byla původně duální reakce rozšířena o třetí možnost – ztuhnutí či zamrznutí (freeze), které je z hlediska evoluce taktéž považováno za adaptivní mechanismus (Adenauer, Catani, Keil, Aichinger, & Neuner, 2010).

Stres lze rozčlenit do dvou základních kategorií, jsou jimi eustres a distres, první nese pozitivní konotát, druhý je však převážně záporného charakteru (Selye, 1976). Eustres je pozitivní zátěž, tento tlak vede k vyšší výkonnosti (ať již psychické či fyzické), vyšší motivovanosti a aktivitě, jeho dopady na život a fungování jedince jsou převážně příznivé (Selye, 1975). Jak již bylo řečeno, oproti tomu však stojí distres, jež je zatížením nadměrným, vedoucím k negativním důsledkům v podobě poškození zdraví (depresivní, úzkostné symptomy) či dokonce smrti. V případě dlouhodobého působení se i z eustresu může stát distres a vézt k rozvoji patologie (Selye, 1975). Patologie se může manifestovat v podobě psychických potíží – narušení psychického zdraví (rozvoji diskrétní (i komplexní) psychopatologie), ale i některým ze somatických onemocnění, při kterých je psychická složka považována za významnou komponentu. Tato onemocnění se nazývají psychosomatická. (Levenson, 2007).

Události nebo situace, které vyvolávají stresovou reakci, se nazývají stresory. Mohou být biologicky (či evolučně) podmíněné, takovým je např. had nebo rozrušený medvěd, avšak v dnešní době spíše čelíme stresorům psychickým v podobě termínů, schůzek, finanční zátěže apod. nebo sociálním – vztahy, životní

styl nebo např. i kvalita a kvantita spánkového rytmu (Hilton, 2008). Holmes a Rahe (Holmes & Rahe, 1967) v šedesátých letech publikovali seznam stresujících životních událostí, kde je každé situaci přiřazeno bodové hodnocení od nuly do sta (0 – nejnižší zátěž, 100 – velmi vysoká zátěž), mezi nejzávažnější stresory se řadí například úmrtí partnera, rozpad vztahu nebo uvěznění, mezi stresory ale patří, vcelku (ne)čekaně, i Vánoce nebo rodinné návštěvy.

Obecně lze stresory rozčlenit na akutní a chronické, při akutní zátěži dochází obvykle k prudkému vzestupu aktivace organismu a mobilizaci sil, což může zvýšit jeho obranyschopnost, ale nelze vyloučit ani důsledek opačného charakteru. Chronický stresor je nebezpečný svým dlouhodobým působením, jehož vliv se projevují v drobných, méně nápadných změnách, avšak důsledky v podobě psychické zátěže či nemoci mohou být o to závažnější. Mezi nejrizikovější patří situace, které vznikají náhle a nepředvídatelně (obvykle se jedná o traumatické události) (Klimpl, 1998; Nash, 2011).

Psychická zátěž, která je popsána v předchozích kapitolách (zejména kapitole první), je pravděpodobně nejvýznamnějším zdrojem stresu v zahraničních operacích. K jeho rozvoji přispívají i odlišné klimatické podmínky a sociální kontext – změna životního stylu, jiné úkoly, a mnohé další. Situace nasazení v misi je typická náročnými životními obdobími, která jasně implikují zvýšenou stresovou zátěž (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

### **2.2.1. Proměnné ve zvládnání stresu**

Traumatická událost však nemusí vždy končit rozvojem PTSD nebo jiné psychopatologické symptomatiky. Vždy záleží i na osobnostní struktuře, jejich jednotlivých charakteristikách a rysech i celkovém přístupu jedince ke krizové situaci (Harrington, 2012). Svou roli hraje i životní styl, jídelníček nebo fyzická aktivita (Hilton, 2008). Zvládnání náročných událostí a stresu je označováno anglickým pojmem coping. Copingové strategie coby zvládací mechanismy se mohou dělit na vyhýbavé a nevyhýbavé, samotný termín coping však nemá ani

pozitivní či negativní konotaci – jedná se pouze o označení vyrovnávacích přístupů (Suls & Fletcher, 1985).

**Resilience** je obvykle překládána jako odolnost nebo nezdolnost jedince, jedná se o psychologický termín označující adaptivní vyrovnávání se se zátěžovou situací, laicky překládaný jako houževnost. Lidé s vysokou resiliencí přistupují aktivně k zátěžovým situacím, nevzdávají se snadno, při nebezpečných situacích nejsou apatičtí apod. (Křivohlavý, 2002; Rutter, 1987). Odolnost je, více než osobnostním rysem, procesem, který v čase fluktuuje, na jeho rozvoji a tříbení je možné pracovat již od útlého dětského věku (Hoskovcová, 2006).

Jedním z intervenujících faktorů může být např. i trojice osobnostních charakteristik – srozumitelnost, schopnost ovlivnit (zvládnutelnost) a smysluplnost (comprehensibility, manageability, meaningfulness), které se spojují v již zmíněný konstrukt prožitku osobnostní soudružnosti (**Sense of Coherence**) (Antonovsky, 1985; Křivohlavý, 2002).

Jiným konceptem je **Locus of control**, který je rozlišován na interní a externí. Obecně charakterizuje přístup jedince k životním situacím – do jaké míry si je vědom schopnosti ovlivňovat dění kolem sebe, do jaké míry věří, že to je on, kdo disponuje mocí a rozhodováním o svém životě, či jestli má dojem, že je událostmi a okolím spíše vlečen (Rotter, 1990). Vzhledem k jednoduché uchopitelnosti a aplikovatelnosti se teorie locus of control užívá v mnoha odvětvích, jak v práci personální (Spector, 1988), tak ale právě i v přístupu ke zdraví (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976).

Termín **hardiness** vznikl teprve koncem sedmdesátých let minulého století, v překladu se jedná o tvrdost či pevnost, obdobně jako Sense of coherence, se skládá ze tří dimenzí. První z nich je pozitivní a motivační náhled na stresor – považování jej za výzvu (challenge), ochotu aktivní angažovanosti (commitment) a v neposlední řadě taktéž (opět velmi obdobně s Antonovského modelem) vědomí možnosti řídit události a ovlivnit situaci (control) (Kobasa, 1979; Křivohlavý, 2002). Konstrukt hardiness se uplatňuje především v medicíně, bývá uváděn

v souvztažnosti k nemocím, zejména infaustním diagnózám (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Ouellette Kobasa, Maddi, Puccetti, & Zola, 1985).

Při copingu hraje důležitou roli i tak banální a populárně vědecky rozšířený koncept, jakým je dimenze **optimismus - pesimismus**, kdy první zmíněný pól je samozřejmě prospektivním prediktorem úspěšného zvládní zátěže a taktéž pozitivně koreluje s vyhledáváním sociální podpory a příznivých aspektů stresoru (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). I v případě, že se jedinec považuje (nebo je okolím považován) za pesimistu, existuje možnost tréninku optimismu, tzv. naučený optimismus (M. E. P. Seligman, 2011), recipročně však existuje i protipól, naučená bezmoc(nost) (Maier & Seligman, 1976; M. Seligman, 1972).

Výčet charakteristik, které se podílejí na copingových mechanismech a intervenují do nich, by byl samozřejmě delší. Výše uvedené jsou základní, často skloňované rysy, dispozice či procesy, jež jsou uváděny v literatuře, týkající se duševního zdraví i psychické zátěže (Křivohlavý, 2002). Mezi další proměnné lze uvést vlastní **sebedůvěru a sebehodnocení** (Dumont & Provost, 1999; Mullis & Chapman, 2000), vědomí vlastní (osobní) účinnosti (**self-efficacy**) (Bandura, 1977), míru **spirituality** (zejména ve vztahu ke zvládní bolesti) (Gall et al., 2005; Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007), ale třeba i **chování typu A** (Ivancevich, Matteson, & Preston, 1982; Schmied & Lawler, 1986; Stokols, Novaco, Stokols, & Campbell, 1978).

### 2.2.2. Bojový stres

Bojový neboli „combat stress“ je specifikem armádních zahraničních operací a vyskytuje se převážně u vojáků nebo dalších nasazených členů ozbrojených složek. Historicky jde o koncept velmi starý, první zmínky o něm nacházíme už v antickém písemnictví. Jako počátek moderního válečnictví bývá uváděna americká občanská válka. Během ní byl bojový stres pojímán více jako nostalgie a stesk po domově, během první světové války se hovořilo převážně o válečné neuróze či tzv. granátovém šoku (shell shock), v rámci druhé světové války dominoval termín bojová únava či vyhoření. Termín posttraumatická stresová

porucha se poprvé objevuje v DSM III jako reakce na potíže veteránů po válce ve Vietnamu. Reakce na bojový stres je jako seznam symptomů popisována po válce v Perském zálivu, zejména po operaci Pouštní bouře, charakterizována je jako očekávatelná a předvídatelná emoční, intelektová, fyzická reakce sloužících vojáků, kteří byli vystaveni stresujícím událostem během bojových či vojenských operací (Campise, Geller, & Campise, 2006).

Bojový stres je tedy spouštěn a asociován se specifickými situacemi, které se vyskytují ve vojenském prostředí, obvykle jsou spojeny s rizikem smrti nebo vážného zranění či přímo s úmrtím (Zahava, 2013). Podstatné jsou však i potenciálně traumatické situace, protože jak je známo nejen z teorií kognitivně-behaviorální psychologie, klíčová není situace samotná, ale její hodnocení a individuální prožívání (Monson & Fredman, 2012). Mezi potenciálně traumatické situace patří přestřelky a boj, dopravní nehody, situace mrzačení či mučení, najetí na improvizované výbušné zařízení (IED, improvised explosive device), samozřejmě také přímé a kontaktní boje, riziko hrozí i odstřelovačům (vzhledem k podstatě výkonu jejich činnosti) (Nash, 2011).

Obecně lze rozřadit bojové stresory do pěti kategorií, dle charakteristiky působícího podnětu nebo reakce. Prvním z uvedených jsou stresory tzv. *ohrožující* (možnost zastřelení během přestřelky), mezi dalšími jsou *zdrcující* (konfrontace s úmrtím kolegy), *neočekávané* (např. špatné zprávy z domova), *nejisté* (neznámé datum návratu nebo lokace působnosti či dalšího průběhu nasazení) a stresory či situace *nejednoznačné* (např. incident, při kterém nejsou pravidla postupu zcela jasně daná) (Klose et al., 2007).

Konkrétně se bojový stres a jeho prevalence odvíjí od vystavení se bojovým situacím, jakými je např. přímá střelba, a to ať už je jedinec cílem či sám střílel, zda viděl někoho zraněného či zabitého či části mrtvých těl, zda zažil nenávistné reakce civilistů, prožil situaci zajetí, týrání či mučení, viděl děti jako oběti boje, byl raněn atd., ale i to, zda tyto situace vnímal jako ohrožení vlastního života, jestli prožíval pocity nejistoty, strachu, které se mohou manifestovat v podobě obtíží se spánkem, flashbacky, smutnou náladou, pocity prázdnoty, beznaděje, ztráty



smysluplnosti, podrážděností, výčitkami svědomí, ale i častými změnami nálad. Výše zmíněné body zahrnuje i dotazník, jež je administrován po návratu a slouží jako podklad pro klinicko-psychologické vyšetření navrátilivšího se vojáka.

Akutní prožitky stresu mohou být vojákem pozorovány a prožívány jako nespokojenost, rozladěnost, fyzická nevykonnost, únava, která neodpovídá zatížení, celková nepozornost a neschopnost soustředit se, podněty působí rušivě. Jedinec může být výbušnější, dráždivější, jeho reakce na situace nepřiměřené. Z tělesných reakcí se mohou objevit obtíže s dechem, pocity tlaku na hrudník, bolesti hlavy (cefalgie), pocity na zvracení (nauzea) a závratě, ale i postupná ztráta chuti k jídlu (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

Jak vyplývá z předchozího, riziko rozvoje patologie nezávisí pouze na faktických událostech, ale i na kompenzačních mechanismech jedince, na jeho emoční stabilitě, resilienci, hardiness, vulnerabilitě i subjektivně vnímaném smyslu plněného úkolu (Agaibi & Wilson, 2005). Obě komponenty se promítají i do některých z diagnostických metod, které jsou určeny pro screeningové vyšetření po návratu z nasazení v zahraničí, jakým je např. Inventář rizik bojového nasazení a resilience (DRRI, Deployment Risk and Resilience Inventory) (Vogt, Proctor, King, King, & Vasterling, 2008).

### **2.2.3. Ponávratový stres**

Jak již bylo naznačeno, ukončením mise a návratem do domácího prostředí není zdaleka ukončeno působení stresogenních faktorů. I po návratu hrozí dekompenzace psychického stavu, a to logicky z několika důvodů (DeCarvalho & Whealin, 2012).

Jedním z nich je opadnutí akutní zátěže, pocitu ohrožení, připravenosti a bojeschopnosti, organismus jedince má tedy tendenci polevit, čímž vzniká prostor pro rozvoj stresové reakce a patologických procesů. Druhotně je válečný veterán konfrontován s novou situací, ať již rodinou či v jiných sociálních kontaktech, kdy si blízcí museli zvyknout na jeho absenci a přizpůsobit své činnosti a aktivity

takovému stavu. Navráťivší se voják tak může snadno zažívat pocity nedůležitosti, nahraditelnosti, nepotřebnosti či odmítnutí.

Onu nepotřebnost či odmítnutí může voják pociťovat i v intimním, sexuálním životě. Díky dlouhodobé separaci narůstá vzájemná nedůvěra, objevují se odlišnosti v představách o způsobu navázání na předchozí situaci v partnerském vztahu, může se objevit i odcizení partnerů. Běžně je prožívána úzkost, stres a rozdílnost očekávání (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

Tíživý a tísnivý pocit vzniká taktéž při konfrontaci běžné reality se zkušenostmi z válečného prostředí. Tento stav se týká obzvláště těch vojáků, kteří prošli těžkým, agresivním bojovým nasazením, setkali se s úmrtími svých blízkých, denním strachem o život. Při návratu se setkávají s nepochopením okolí, nikdo z rodiny a z přátel nerozumí tomu, co se odehrálo a jak lehce vypadá běžný život v porovnání s tím bojovým (Howard, 2007).

Dle příručky Ministerstva obrany může prožívání vojáka po návratu obvykle vypadat tak, že se cítí emocionálně vyčerpaný, nedokáže dobře spát ani odpočívat, má pocit, že jeho kamarádi jsou jiní, že celkově se všechny věci za dobu jeho nepřítomnosti výrazně změnil, sužují ho pochybnosti o věrnosti partnerky (či partnera). Nenachází u okolí porozumění pro to, co prožil, obecně se mu běžný život a starosti zdají dosti malicherné. Cítí se doma jako cizinec, jeho místo u stolu je obsazené, jeho domácí práce a činnosti si ostatní členové rodiny přerozdělili. Děti na něj reagují nejistě, zmateně a neobvykle. Vystávají otázky, zda to bude ještě někdy jako dřív, zda se někdy bude opět cítit normálně, jestli se vůbec zachoval a chová správně, jestli je možné nahradit ztracený čas (Ministerstvo obrany ČR, 2003).

### 3. PSYCHOPATOLOGIE

Stejně jako u předchozí kapitoly, je nutno začít u „zdraví a nemoci“. Dle definice světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organisation) je zdraví stavem komplexní fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouhou absencí nemoci. Na nemoc je tedy možné pohlížet jako na stav nepohody, který je hodnocen subjektivně (Breslow, 1972). Na mentální či duševní zdraví je nahlíženo jako na stav pohody, ve kterém jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se účinně vyrovnat s běžným životním stresem, zvládne pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispět své komunitě (Kessler & Üstün, 2004). Duševní nemoc tedy vzniká v okamžiku, kdy není naplněna byť jen jedna dílčí charakteristika této definice. V praxi se však uplatňuje spíše systém klasifikace nemocí pomocí nosologických jednotek a naplnění výčtu jejich diagnostických jednotlivých kritérií.

Např. u účastníků zahraničních misí se často mluví o posttraumatické stresové poruše (PTSD), jako by se jednalo o jedinou možnou komplikaci, která by mohla nastat (Afari et al., 2009; Wilson, 2004). PTSD je však, jak již název napovídá, poruchou, která vzniká spojením několika symptomů a řadí se do oboru speciální psychiatrie (E. Jones & Wessely, 2005). Cílem této práce je ovšem především deskripce diskrétní symptomatiky, zaměření tedy bude směřovat spíše k psychiatrii obecné. Vzhledem k definici výše zmíněné by ale bylo vhodné se v praxi zaměřit na stavy jakékoliv nepohody, které jedinec pociťuje.

Pro podporu zaměření se na diskrétní symptomatiku svědčí i rozsáhlá britská studie, kde rozvoj symptomů běžných psychických onemocnění převyšoval pravděpodobnost výskytu PTSD téměř pětinasobně. Konkrétní prevalence výskytu PTSD byla 4 % účastníků výzkumu (376 osob), diskrétní psychopatologická symptomatika se však rozvinula u 19.7 % členů ozbrojených složek (1323 osob) (Fear et al., 2010). Z toho vyplývá nutnost zaměřit a zacílit výzkumnou i klinickou pozornost k dílčí symptomatice.

Problémem je i samotná nejednotná terminologie. Historicky užívaný termín shell shock (šok z výbuchu granátu), byl vystřídán pojmem combat fatigue (bojová únava) nebo combat stress reaction (bojová stresová reakce), objevuje se i vágní a mírně pejorativní označení „válečná neuróza“ a mnohá jiná nová označení. Různé názvy sdružují ne příliš heterogenní symptomatiku, která je pravděpodobným prekurzorem rozvoje PTSD (C. MacDonald, 2003).

### 3.1. Etiopatogeneze

Vznik, resp. rozvoj duševních onemocnění i jednotlivých symptomů je multifaktoriální. V mnohých případech je konkrétní etiologie neznámá a zvažuje se právě interakce různých činitelů (Malá & Pavlovský, 2010). Skupiny příčin lze rozdělit do tří velkých skupin – organická poškození, hereditární vlivy a environmentální podklad (Jirák, Bob, & Papežová, 2009), avšak kategorizace naplňuje spíše edukační potřeby, rozvoj nemoci je totiž obvykle způsoben multikauzálně. Dle WHO se dělí faktory na biologické, psychologické a sociální (World Health Organization, 2001).

#### 3.1.1. Organická poškození

Organickým podkladem rozvoje duševních poruch mohou být přímo kraniocerebrální traumata, ke kterým může při účasti v zahraničních misích docházet relativně častěji než v prostředí domácím – neválečném (Wojcik, Stein, Bagg, Humphrey, & Orosco, 2010). Traumata mohou být přímá, jako jsou střelná poranění (průstřely, zástřely) či autonehody, tak i vznikající posttraumaticky, např. rozvojem otoku. Příkladem druhého by byl třeba normotenzní hydrocefalus (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Poškození centrální nervové soustavy mohou být zapříčiněna i onemocněním onkologického původu (Madhusoodanan, Danan, Brenner, & Bogunovic, 2004), dokonce se nemusí jednat ani o nádory přímo v mozkových strukturách, ale do psychického stavu jedince se promítají i další orgány, zejména pak žlázy s vnitřní sekrecí jako je štítná žláza či nadledviny (Reiche, Nunes, &

Morimoto, 2004; Wetterberg, 1983). Změny v psychice mohou být ovšem způsobeny i zdánlivě banálními cévními poruchami jaké způsobuje např. hypertenze či aterosklerotické plaky (Jirák et al., 2009).

Organická poškození způsobená novotvory či kardiovaskulárními onemocněními se samozřejmě účastníkům zahraničních misí nevyhýbají, výskyt je obdobný, jako je tomu v běžné populaci. Oproti ní se však u vojáků z povolání signifikantně zvyšuje riziko úrazů, vzhledem k povaze pracovní náplně i přímo účasti na výjezdech (Vasterling et al., 2012).

### **3.1.2. Hereditární vlivy**

Nelze opomíjet ani genetické faktory neuropsychiatrické zátěže, tvoří totiž podklad, na kterém se nemoc může rozvinout či nikoli. Mutace některých genů mohou být sledovány již v prenatálním stádiu vývoje dítěte (Kofman, 2002), ale většina kýžených informací z hlediska psychopatologie je sledována až anamnesticky (Malá & Pavlovský, 2010). Konkrétně se jedná o tentamen suicidii v širší rodině, výskyt psychiatrických a neurologických diagnóz, abúzus návykových látek či jiné atypické projevy v primární rodině (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Vzhledem k podstatě tohoto faktoru lze předpokládat obdobné rozložení v běžné populaci i mezi příslušníky ozbrojených složek.

### **3.1.3. Environmentální vlivy**

Vlivy životního a sociálního prostředí jsou zdaleka nejširší oblastí působení faktorů, ať již protektivních či škodlivých (Malá & Pavlovský, 2010). Jak již uvádí WHO, může se jednat o vlivy psychologické a sociální (World Health Organization, 2001), ale do etiologie nemocí se promítá i geografická poloha místa bydliště, životní prostředí, sociokulturní podmínky i spiritualita a mnohé další proměnné.

Z pohledu vojáka z povolání je sledována sociální ukotvenost v primární rodině, vrstevnické a partnerské vztahy, zaškolení a průběh vzdělávání z hlediska prospěchu, kázně i sociálních vztahů, důraz je kladen i na mapování abúzu návykových látek; tedy jedná se především o charakteristiky pokrývající sociální

faktory. Psychologické proměnné jsou při vstupním vyšetření do Armády České republiky mapovány pomocí psychodiagnostických nástrojů, zejména však klinickým rozhovorem, spojeným s pozorováním a analýzou anamnestických údajů.

Jedním z psychologických faktorů, který do průběhu nemoci může také interferovat, je i náhled nemocného na sebe sama, stigmatizace okolí je jistě skličující, avšak následky sebestigmatizace mohou být ještě výraznější (Ocisková & Praško, 2015; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007), pozorovatelné je to zejména u osob trpících schizofrenním onemocněním, jejichž sebestigma přesahuje míru stigmatizace sociálního pole (Ochoa et al., 2015). Stigmatizace se však netýká pouze nemocí samotných, ale i léčebných prostředků a postupů, psychologické či psychiatrické vyšetření není naší společností příliš pozitivně přijímáno (Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009), obdobně jako ani elektro-konvulzivní terapie (Mádlová, Kališová, & Zajícová, 2016).

Výjezd do mise je sám o sobě významným faktorem, který zvyšuje pravděpodobnost rozvoje psychopatologických projevů jedince (Fiedler et al., 2006). Vyznačuje se vytržením ze stávajícího prostředí, nutností adaptace v jiných geografických, klimatických i kulturních podmínkách, zvýšenou mírou stresu, kontaktem či potenciálním kontaktem se smrtí, téměř nepřetržitou pracovní dobou, která je spojena s režimovými opatřeními a omezeními, spočívajícími např. v trvalé abstinenci, fyzicky náročnou aktivitou a mnohými dalšími (rizikovými) proměnnými.

Nelze však opomíjet ani možné důsledky pro členy rodiny, kteří zůstávají ve stávající lokaci a pro něž je toto období význačné dlouhodobým odloučením od expata a zároveň strachem o jeho život, který se projevuje především ve zvýšení anxiózní symptomatiky (Lester et al., 2010).

### **3.2. Symptom, syndrom, porucha**

Toto rozdělení plní opět zejména didaktické účely, avšak i v praxi nachází své uplatnění, zejména proto, že je vhodné, aby vyšetřující psycholog či psychiatr

zaměřil svou pozornost na dílčí projevy, jejichž kombinací vzniká obraz typické poruchy (Hosák, 2015). V ordinacích a při vyšetřeních však nezřídka dochází k uplatňování kognitivních heuristik, což jsou různé zkreslující zkratky, které se uplatňují při rozhodování (Kahneman, 2011).

Stává se, že někteří kliničtí pracovníci usuzují čistě na základě svého vlastního (klinického) dojmu, bez podrobnější analýzy jednotlivých příznaků a komplexity situace. Z heuristik se může vyskytovat zejména heuristika reprezentativnosti a dostupnosti, první z nich vykresluje situaci, kdy je předmět či jedinec hodnocen na základě své podobnosti k nějakému ideálu či očekávání, v heuristice dostupnosti se odráží minulá zkušenost, resp. rychlost vybavení (Tversky & Kahneman, 1973, 1974).

Situaci lze ilustrovat na imaginárním případě vojáka, u kterého je při běžném vyšetření zjištěn problém se spánkem – častěji se v noci probouzí, ráno je unavený, pokud navíc situace nastala po návratu z mise, mohlo by se stát, že by byla tato problematika diagnosticky uzavřena jako PTSD (Maher, Rego, & Asnis, 2006), za uplatnění obou výše zmíněných heuristik. Problémy se spánkem jsou jedním z dílčích projevů PTSD (reprezentativnost), které se dají navíc po návratu z nasazení v zahraničí očekávat (dostupnost – první, co lékaře napadne, pokud vojáka vyšetřuje) (Tversky & Kahneman, 1974). V ideálním případě by byla situace hlouběji prozkoumána, byl by dotázán na výskyt dalších projevů, které naplňují diagnostická kritéria nozologické jednotky PTSD, ale byly by prozkoumány i další hypotézy vysvětlující vyšší četnost nočního probouzení, jakými by mohlo být např. podezření na onemocnění prostaty (Roscoe et al., 2007).

Jak již z textu i z uvedeného příkladu vyplývá, je vhodné se zaměřit na konkrétní symptomy a detailně prozkoumat různé aspekty dané situace, nelze však opomíjet ani syndromologické pojetí a přehled jednotlivých poruch, které nám předkládají, jakým směrem se zaměřit, a na jaké projevy se soustředit. Důležitost znalosti diagnostických kritérií a charakteristik jednotlivých poruch je nezanedbatelná i v rámci diferenciální diagnostiky. V rámci rozsahu této disertační práce je zapotřebí znalosti všech tří skupin (symptomy, syndromy, poruchy) pro

zajištění adekvátní diferenciaci mezi diskretní symptomatikou a komplexní poruchou.

### 3.3. Psychopatologické symptomy

Za symptom je považován jednotlivý příznak, patologický projev organismu, není u něj určována etiologie ani průběh (Hosák, 2015). Dle výskytu symptomů je určována porucha; jednotlivé symptomy je možné dělit na specifické, tj. ty, které jsou typické pro danou nemoc a symptomy nespecifické, kterými jsou např. poruchy pozornosti, jež se vyskytují u různých typů poruch. Jiný způsob dělení je na příznaky primární a sekundární, tzv. odvozené, které nejsou základním projevem daného onemocnění, ale jsou vyvolané dalším působením primárního onemocnění. Symptomy lze také diferencovat na ty, které verbalizuje a prožívá pacient, tedy symptomy subjektivní a na ty pozorovatelné a měřitelné (objektivní). V medicíně existuje samostatný obor zabývající se obecným studiem příznaků a jejich vztahu k diagnózám, nazývá se symptomatologie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Obecně lze narušení psychologických funkcí klasifikovat do dvou základních kategorií. Kvantitativní, tedy elevace či pokles, zjednodušeně a nepřesně řečeno, může se jednat o zrychlení či zpomalení (nebo zmnožení či úbytek) funkce. Poruchy kvalitativní jsou definovány změnou jakosti dané funkce, výskyt jevu, který se v normě nevyskytuje. Jedná se např. o změny obsahu myšlení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Malá & Pavlovský, 2010).

Symptomy duševních poruch jsou definovány u všech psychických funkcí lidského organismu. Jsou jimi vnímání, vědomí, myšlení, paměť, pozornost, emotivita a další (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Patologické stavy u jednotlivých funkcí budou v obecné rovině v této práci popsány jen okrajově, neboť jsou běžně dostupné v literatuře. Jejich výskytu u členů ozbrojených složek bude věnována samostatná kapitola dále v textu.



### 3.4. Psychopatologické syndromy

Syndrom je definován jako uskupení symptomů, které se typicky vyskytují společně (Hosák, 2015), ale ještě nenaplnují některou z nozologických jednotek klasifikací nemocí. Syndromologické pojetí nemocí je často důležité zejména v prvních stádiích projevů, kdy jsou příznaky spíše nespecifické a začínají teprve utvářet komplexní obraz nemoci, přesto již v tomto stádiu lze zahájit některé terapeutické postupy, ať již z řady biologických, zejména v podobě farmakoterapie, tak i z řady psychologických, zejména psychoterapie.

Syndromy jsou projevem aktuálního psychického stavu jedince, v obraze může dominovat jeden i více syndromů, je ale důležité pokusit se odlišit primární syndrom a syndromy přidružené, které dokreslují stav a přiléhají k základnímu narušení. Přitom je třeba mít na paměti, že jeden syndrom může být charakteristickým pro různá onemocnění, např. depresivní syndrom se může vyskytovat u depresivní fáze periodické depresivní poruchy, bipolární afektivní poruchy, ale i u posttraumatického stresu, poruchy přizpůsobení či jiných somatoformních neurotických poruchách, ale i v dalších skupinách onemocnění (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Mezi těmi nejdůležitějšími je možné zmínit syndrom abstinenční, anxiózní, depersonalizační, depresivní, fobický, hysterický, manický, obsedantní, paranoidní, ale i dříve uváděný organický psychosyndrom (Raboch & Pavlovský, 2013).

Pro příklad je uveden syndrom anxiózní, který je typický úzkostnou náladou v různé intenzitě, od vnitřně pociťovaného napětí až po úzkostný stav s vegetativním doprovodem, rozvíjí se od pocitů neklidu a napětí, po poruchy spánku a koncentrace, častá je i somatizace. Úzkost se obvykle vyskytuje společně s depresivním syndromem a je typická pro poruchy fobické, hypochondrické, obsedantně-kompulzivní onemocnění, neurastenie, ale i psychotická onemocnění, která jsou doprovázena bludy a halucinacemi (Praško, 2005, 2012)

### 3.5. Psychické poruchy

K diagnostice (nejen) psychických poruch se (v klinické a posudkové praxi) ve světě zpravidla užívají dvě klasifikace. V anglosaských zemích je upřednostňován diagnostický a statistický manuál psychických poruch, aktuálně v páté verzi (DSM – V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), oproti tomu v evropských zemích převažuje užití mezinárodní klasifikace nemocí v její 10. Revizi (ICD 10, International Classification of Disease, v češtině: MKN 10) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V České republice je užívána MKN 10, na základě diagnóz v ní uvedených jsou i jednotlivé zdravotní výkony propláceny pojišťovnou (v propojení s klasifikačním systémem DRG – diagnose related groups). MKN je společná pro všechna zdravotnická odvětví, jednotlivá onemocnění mají přiřazený alfanumerický kód, který začíná vždy písmenem – dle oboru, které je následováno třemi čísly; mezi prvním dvojčíslicím a poslední číslicí je tečka, která obvykle odlišuje jednotlivé subtypy daného onemocnění či poruchy (World Health Organization, 1992). Celý kód definuje onemocnění, tzv. nosologickou jednotku (Hosák, 2015). Psychické poruchy nalezneme v kapitole F, v rozmezí číselných kódů 00-99 (World Health Organization, 1992).

Vzhledem k tomu, že v následujících částech práce nebude poruchám jakožto komplexní psychopatologii věnována pozornost, budou v této části popsány jen stručně a s popisem výskytu či specifikací pro ozbrojené složky. Důvodem je i to, že detekce psychických poruch je jednou z hlavních náplní expertizní činnosti vojenských klinických psychologů.

#### 3.5.1. F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Z pohledu příslušníků ozbrojených sil se některé z nosologických jednotek F00-F09 stávají méně pravděpodobnými vzhledem k věku rozvoje, typicky Alzheimerova demence a demence u Parkinsonovy nemoci jsou příznačné počátkem ve vyšším věku (Lu & Bludau, 2011), kdy se již nepřepokládá aktivní

služba, natož účast v misi. Jiná mají srovnatelnou prevalenci s civilní populací, což se týká zejména onemocnění infekčních, metabolických, onkologických či geneticky podmíněných, např. Huntingtonova chorea (Rawlins et al., 2016).

Traumatická poranění mozku, která jsou doprovázená kognitivním deficitem v různých oblastech – paměť, pozornost, řeč, psychomotorické tempo nebo exekutivní funkce, jsou naopak problémy, které se ve vojenském prostředí vyskytují s vyšší četností (Elder, 2015) a při účasti v zahraniční misi se riziko může ještě elevovat (Regasa, Thomas, Gill, Marion, & Ivins, 2016). Armáda si je toho vědoma a věnuje dostatečnou pozornost vývoji a aplikaci ochranných prostředků (helmy) (Friedman, Epstein, & Gefen, 2016), zaměřuje se ale i na po-návratovou péči a strukturu rehabilitace (McCulloch et al., 2015; Walker et al., 2014). Na druhou stranu vývoj balistické ochrany paradoxně zvyšuje počet poúrazových stavů, neboť díky její vzrůstající kvalitě přežívají vojáci zranění, na něž by dříve zemřeli.

### **3.5.2. F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových a psychoaktivních látek**

Tematika závislosti je v armádním prostředí hojně diskutována, zaměřena je zejména na alkohol a kanabinoidy, ale opomíjeny nejsou ani jiné látky (Bergencico, 2015). Ačkoliv meta-analytická studie žen-veteránek nenašla statisticky signifikantní rozdíly v míře abúzu oproti civilistkám, tak bylo prokázáno, že nadužívání návykových látek je spojeno s prožitím traumatu, psychiatrickými a psychickými obtížemi a zároveň v důsledku závislosti narůstá suicidalita (Hoggatt et al., 2015).

### **3.5.3. F20-F29 Schizofrenie, schizotypní porucha a poruchy s bludy**

Vzhledem k tomu, že pro schizofrenii je typický věk rozvoje mezi 20 až 30. rokem života, resp. 25-30 (Malá & Pavlovský, 2010), může nemoc propuknout během aktivní služby vojáka. Výhodou je, že v pokročilé fázi ji nelze přehlédnout, avšak ve fázích prvotních se příznaky manifestují spíše osobnostmi změnami,

objevuje se kritičnost vůči okolí, nastraženost, kverulantní chování, verbální agresivita, což je i běžným, laickým okolím vyhodnoceno jako podivné (Chang et al., 2013; Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2013). I při krátkém klinicko-psychologickém či psychiatrickém vyšetření je floridní psychotická produkce bezpečně zachycena a dle legislativy platné v ČR je diagnóza schizofrenie důvodem pro neudělení či změnu zdravotní klasifikace, nemocný je tedy ze služby vyřazen a z armády propuštěn (Klose, 2010; Ministerstvo obrany & Ministerstvo zdravotnictví, 2016). Ukazuje se, že u válečných veteránů nedochází častěji k rozvoji schizofrenie oproti standardní populaci, avšak v případě jejího rozvoje fungují v každodenních aktivitách lépe (Thorp et al., 2012).

#### **3.5.4. F30-F39 Afektivní poruchy**

Poruchu nálady zažije v průběhu života přibližně jedna pětina populace, depresivní porucha je nejčastějším důvodem pracovní neschopnosti, antidepressiva patří mezi nejčastěji předepisované léky, komplexně lze tedy říci, že ekonomický dopad diagnóz F30-F39 je značný (Malá & Pavlovský, 2010; Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012). Z pohledu jedince jsou emoce zároveň hlavním dynamogenním činitelem lidského chování a součástí osobnosti, tím se jejich narušení promítá do veškerých dalších oblastí (Slaměník, 2011).

Vzhledem k četnosti výskytu afektivních poruch se jim nelze ani v armádním prostředí vyhnout. Plně manifestovaná deprese či mánie jsou dobře detekovatelné, protože daný subjekt selhává v sociálně-pracovním kontaktu, ovšem zachytit prvotní fázi je náročné, i proto že nemoc může propuknout v jakékoliv věkové kategorii. Nárůst depresivity je u vojáků mírně vyšší oproti civilnímu obyvatelstvu a je podmíněn stresovou či traumatickou událostí (Gadermann et al., 2012; J. F. Ikin et al., 2016). Ukazuje se, že účast žen ve vojenském prostředí zvyšuje i riziko rozvoje poporodní deprese (Yehia, Callister, & Hamdan-Mansour, 2013).

### 3.5.5. F40-F48 Neurotické a somatoformní poruchy a poruchy způsobené stresem

Stres, strach a úzkost jsou pojmy, které se objevují napříč diagnózami tohoto spektra, patří k běžným lidským emocím, obvyklým životním prožitkům. Za běžných a normálních okolností plní svou ochrannou funkci organismu; spouští fyziologické a vegetativní procesy, které alarmují organismus a připravují ho k akci. Strach je vázán ke konkrétnímu podnětu (pavouci, výšky, davu lidí aj.), úzkost může být vázána k nějaké situaci, ale zpravidla nemá jasně definovaný podnět, úzkost může být i anticipační, ta se objevuje již při představě konkrétní situace. Stres, strach i úzkost nejsou patologickými projevy, pokud pomáhají mobilizovat organismus, zajistit připravenost a podání maximálního výkonu, ale při extrémní reakci dochází spíše k paralýze a zneschopnění organismu, vegetativní reakce je příliš silná a nepříjemná než aby pomáhala k aktivaci, tehdy se reakce stává patologickou (Praško, 2005, 2012; Raboch et al., 2012).

PTSD je v rámci armádního prostředí nejčastěji skloňovanou poruchou spojovanou s misemi a vojáky, její prevalence je však nízká (Fear et al., 2010; Vevera et al., 2012), pravděpodobně z důvodu nenaplnění všech diagnostických kritérií, kterými jsou – rozvoj do šesti měsíců od traumatické stresové události, opakované a vtíravé vybavování nebo znovuprožívání traumatické události v myšlenkách, představách, snech, oproti tomu však neschopnost vybavit si některé okamžiky z průběhu traumatické situace, dále pak vyhýbání se podnětům, které by mohly znovuprožívání traumatizující události vyvolat a přítomnost alespoň dvou z těchto příznaků: poruchy spánku, podrážděnost, hypervigilita, poruchy koncentrace nebo nadměrná úleková reaktivita (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; World Health Organization, 1992).

Je možné předpokládat, že diagnózy spadající do ranku F4x budou mít v armádním prostředí vyšší prevalenci, neboť jejich rozvoj je spojován s náročnými životními událostmi, které jsou pro zahraniční výjezdy specifické. První stresující událostí v životě vojáka je ale už iniciální výcvik ve vševojskové přípravě, v případě premorbidně emočně stabilní osobnosti nehrozí ovšem dekompenzace

psychického stavu (Martin, Williamson, Alfonso, & Ryan, 2006). V posledních letech stoupá četnost úzkostných poruch u různých členů ozbrojených složek – členů armády, námořnictva i vzdušných sil (Lovering, Proctor, & Heaton, 2013), zajímavé je i to, že u některých členů leteckých posádek se dokonce rozvinula úzkostná symptomatika spojená s létáním (Goorney & O’connor, 1971) a ani symptomy psychosomatických, resp. somatoformních onemocnění se válečným veteránům nevyhýbají (Killgore, Stetz, Castro, & Hoge, 2006).

### **3.5.6. F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

Do této značně heterogenní kategorie spadají rozličné psychopatologické poruchy, které mají přesah do somatické či fyziologické symptomatiky, jak již název napovídá. Jedná se narušení tělesné konstituce, spánku a dalších fyziologických funkcí, případně duševní dysfunkce související se somatickými onemocněními (Orel et al., 2012).

Zdálo by se, že u členů armády se poruchy příjmu potravy vyskytovat nebudou, ale jednotlivé kazuistiky vztahující se k této problematice, se přece jen objevily (Kiselica, Brown Hangartner, & Lewin, 2015).

Naopak, četnost neorganických poruch spánku je výrazně vyšší, často se objevuje insomnie nebo zkrácení celkové doby spánku (Capaldi, Guerrero, & Killgore, 2011; Mysliwiec, McGraw, et al., 2013; Shattuck & Brown, 2013). Bohužel ani sexuální dysfunkce se členům armády nevyhýbají, erektilní dysfunkce a úzkost spojená se sexuální aktivitou se objevuje i u mladých vojáků (Wilcox, Redmond, & Davis, 2015); obecně u válečných veteránů, ať již trpí/trpěli PTSD či nikoliv, roste prevalence výskytu některé ze sexuálních dysfunkcí (Breyer et al., 2014).

### **3.5.7. F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých**

Lidé s poruchami osobnosti nepatří mezi lékaři a psychology k oblíbeným pacientům, zejména pro chronický a špatně léčitelný stav, ale i proto, že se často léčby dožadují, avšak mají tendenci upravovat si pravidla dle vlastních názorů.

Nezřídkou řeší nesouhlas s léčbou či postupem soudní cestou (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Základ poruch tvoří dysharmonický vývoj osobnosti, některé z osobnostních rysů či copingových strategií jsou nedostatečně rozvinuté, potlačené nebo chybí úplně a jiné jsou významně zvýrazněny, zpravidla se jedná o charakterové dispozice, které se promítají do behaviorálních projevů, kdy je jejich chování povětšinou maladaptivní a trpí jím jedinec sám či jeho okolí (Praško, 2003; Raboch et al., 2012). Do skupiny poruch F6x spadají i poruchy chování a sexuálního chování (World Health Organization, 1992).

Do armády by měli vstupovat jedinci bez osobnostní patologie, avšak mnohdy je diagnosticky náročné odlišit akcentované neboli zvýrazněné rysy od patologie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Cílem je však to, aby voják zapadl do svého týmu a daná jednotka vytvořila celek s dobrou kohezí (Boermans, Kamphuis, Delahaij, van den Berg, & Euwema, 2014), což vzhledem ke konfliktům vznikajícím v interpersonálních vztazích na podkladě některé ze specifických poruch osobnosti (Praško, 2003) prostě není možné a je tedy vhodné, aby byly tyto osoby odfiltrovány již v rámci výběrových řízení.

Otázkou zůstává, jak postupovat u poruch sexuální identity či u menšinových sexuálních orientací, výzkumy v armádním prostředí u válečných veteránů potvrzují vliv LGBT preferencí (Lesbian – Gay – Bisexual – Transsexual) na skupinovou a úkolovou kohezi (Moradi, 2009). Avšak homosexuálně a bisexuálně orientované osoby jsou standardní součástí armád různě po světě (Cochran, Balsam, Flentje, Malte, & Simpson, 2013), avšak u poruchy transsexuality vyvstává otázka trvalé hormonální medikace, která je v rozporu se zdravotními požadavky pro vstup do AČR i pro účasti v misi.

Za sadistický přístup lze považovat chování vojáků, které se vyskytlo v iráckém Abu Ghraib, avšak u jednotlivců nebyla zjištěna porucha sexuální preference tohoto zaměření (Weiss, 2009), sexuální preference ani upřednostňované praktiky nejsou obecně zjišťovány ani v průběhu výběrového řízení na pozici vojáka z povolání (Klose, 2010).

### 3.6. Posttraumatická stresová porucha

Vzhledem k zaměření práce je z hlediska psychopatologie jedním z nejdůležitějších termínů posttraumatická stresová porucha, které bude věnována (následující) samostatná kapitola.

Posttraumatická stresová porucha nebo také posttraumatický stresový syndrom (v textu uváděné jako PTSD, v angl. Posttraumatic Stress Disorder) je známá i jako reakce na závažný stres, vznikající v důsledku (jak již název napovídá) traumatické události. Postiženým může být přímý účastník, svědek události, ale i osoby jemu blízké (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Psychické trauma má devastující dopady na schopnosti emoční regulace, vede k disociativním procesům, které poskytují (subjektivně) odstup od zahlcujících emočních prožitků v důsledku traumatu (Vermetten & Spiegel, 2014). Mezi nejčastější důvody vzniku patří válečné konflikty, katastrofické události, nehody, zapříčinit ji však nemohou běžné konflikty a obtíže, ačkoliv jsou jistě také stresující (nevěra, rozvod, ztráta zaměstnání). (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; England, 2009).

Důležitá jsou ovšem nejen objektivní okolnosti dané situace, ale i subjektivní vyhodnocení, ačkoliv diagnostická kritéria (jak bude uvedeno dále) vyžadují přímé vystavení se stresující situaci, při které je zpravidla ohrožen život. Rozvoj PTSD záleží na individuálním, subjektivním prožitku situace. Pokud byl např. jedinec ohrožován sice pouze replikou zbraně, přesto mohl situaci vyhodnotit jako přímé ohrožení života, obdobně v případě dopravní nehody, při které subjekt utrpěl jen mírná poranění, může si uvědomovat, že byl ohrožen na životě a PTSD se rozvine (Wilson, 2004).

Mezi osoby s rizikem rozvoje PTSD patří oběti násilných trestných činů – fyzické napadení, sexuální obtěžování, znásilnění, bombové útoky nebo nepokoje, oběti války a mučení, uprchlíci, přeživší nehod, katastrof a bombových útoků, jedinci s diagnózou infaustního nebo život ohrožujícího onemocnění, účastníci dopravních nehod, děti týrané a zanedbávané a příslušníci ozbrojených složek (nebo s jejich aktivitou spojenými) – policisté, novináři, hasiči, zdravotníci, vojáci (i



ti, kteří již zaměstnání opustili), ohroženi jsou taktéž účastníci vojenských misí (a konfliktů) (Schlenger, Jordan, Caddell, Ebert, & Fairbank, 2004). Typ traumatu ovlivňuje riziko rozvoje PTSD, nejrizikovější jsou akty znásilnění, fyzické týrání, opuštění v dětství a v neposlední řadě taktéž bojové situace (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

### 3.6.1. Symptomy

Organismus je v chronickém očekávání život ohrožující události, aktuální stav je charakterizovaný masivním napětím, enormní aktivací organismu (nepřiměřenou), nastražeností, neklidem, jenž jsou ego-dystonní, nevyplývající a nesouznící s osobností traumatizovaného jedince, která může eskalovat až v hetero-agresivní chování (Látalová, 2013). Typické je nechtěné znovuprožívání bolestné situace v podobě flashbacků, snů, myšlenek i v somatických projevech, které zvyšuje míru prožívaného stresu. Mezi negativní symptomy je řazena emoční oploštělost, absence zejména pozitivních prožitků a celkové vyhýbání se interpersonálním kontaktům (Goulston, 2011). Výrazné jsou obtíže se spánkem, ať se již jedná o problémy s usínáním, přerušovaný spánek nebo probouzení se neodpočinutí (Lind et al., 2016; Yesavage et al., 2014). Objevovat se může i snížení sexuální apetence (libida) (Kolov & Ostapenko, 2013; Yehuda, Lehrner, & Rosenbaum, 2015).

Ač předmětem této práce je psychopatologie u vojáků, považujeme pro úplnost tématu za nutné zmínit ještě možné symptomy PTSD u dětí. U těch se mezi projevy PTSD objevuje znovu-přehrávání si situace, stereotypie v herních aktivitách, obecně se téma traumatizující situace objevuje ve hře dítěte (kresby, zpěv, role-play), vyskytují se děsivé sny bez zřejmého a dobře rozpoznatelného obsahu, na rozdíl od dospělých se obvykle nevyskytuje emoční oploštělost nebo strnulost, dětem se obvykle v řádech týdnů až měsíců zhorší školní prospěch. Výrazná je i amnézie, případně časové zkreslení traumatické vzpomínky. Děti jsou často traumatizovány jako svědci (např. domácího násilí) (K. C. Peterson, Prout, & Schwarz, 1991; Schwarz & Kowalski, 1991; Patrick Smith et al., 2007).

Stresová odezva na traumatickou situaci je však zcela standardní a normální, neměla by však trvat déle než několik dnů nebo týdnů, v závislosti na intenzitě traumatu a osobnostní struktuře postiženého (Matoušková, 2013). Odpovídající diagnostickou kategorií (dle MKN) je akutní reakce na stres, která vzniká v přímé návaznosti na mimořádnou situaci, oproti tomu je PTSD obvykle reakcí opožděnou nebo protražovanou. Oficiální diagnostickou kategorií se stala až v roce 1979 (World Health Organization, 1992).

### **3.6.2. Průběh, prognóza, prevalence**

Symptomy se obvykle objeví do 1 měsíce po traumatickém zážitku, ale v menším množství případů (necelých 20 %) může rozvoj nastat opožděně, v řádu týdnů až měsíců (McNally, 2003). V časných stádiích (prvních několik měsíců) je míra spontánní údravy organismu vysoká a četné příznaky vymizí samy od sebe (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991), ovšem u jedné třetiny případů nedojde k uzdravení ani po mnoha letech (Kessler et al., 1995).

V prvním týdnu po traumatu je obvykle přítomnost příznaků PTSD vyšší, mezi týdnem druhým až čtvrtým je závažnost symptomatiky dobrým prediktorem rozvoje poruchy, tato doba je tedy ideální pro psychologické vyšetření a počátek terapeutické péče, její začátek však není omezen žádným intervalem, profitovat z ní může postižený i po několika letech (Gillespie, Duffy, Hackmann, & Clark, 2002; Ruzek & Rosen, 2009; A. Y. Shalev, Freedman, Peri, Brandes, & Sahar, 1997).

Rozvoj a průběh PTSD nezávisí pouze na závažnosti traumatu, ale i na osobnostních rysech exponované osoby. Míra odolnosti vůči zátěži a stresu byla popsána v kapitole o zdraví, významné jsou charakteristiky odolnosti – resilience, hardiness, Locus of Control, Sense of Coherence i optimismus, které ovlivňují intenzitu reakce na stresor. Mezi osoby predisponované k rozvoji PTSD patří ty s negativními osobnostními rysy (McNally, 2003) a převažujícím negativním emočním laděním (Jakšić, Brajković, Topić, & Jakovljević, 2012), jedinci s rysy neurotickými, hostilní jedinci, ti s vyšším novelty-seeking a ti s vyhýbavým chováním (Jakšić et al., 2012). Dále jsou více ohroženy osoby s poruchami

osobnosti – zejména hraniční (Miller et al., 2012), ale i s různými úzkostnými poruchami (Jakšić et al., 2012; Wilson, 2004). Vyšší riziko rozvoje posttraumatu je u osob nezadaných nebo čerstvě rozvedených (M. Creamer, Burgess, & Mcfarlane, 2001).

Převažujícími postiženými jsou ženy, k mužům přibližně v poměru 2:1 (Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). Ženy jsou vulnerabilnější při katastrofách a nehodách (Ditlevsen & Elklit, 2012), ovšem z výzkumů vyplývá, že muži jsou častěji vystaveni náročným, stresujícím a traumatickým situacím (Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson, 2005). Prevalence rozvoje v německé populaci je asi 1 - 2 %, americké zdroje udávají obecnou prevalenci necelých 8 %, kde u žen je 10 % a u mužů je 5 %, poměr je tedy zachován stejně (Kessler et al., 1995), australské studie uvádějí 1.33 % prevalenci rozvoje PTSD, ovšem i zde jsou ženy náchylnější, a to opět přibližně 2x četněji než jejich mužské protějšky (M. Creamer et al., 2001).

### 3.6.3. Definice dle MKN 10

Diagnózu PTSD nalezneme v mezinárodní klasifikaci nemocí pod alfanumerickým kódem F43.1, mezi čtyři hlavní kritéria patří (1) **expozice** stresující a náročné situace, která by vyvolala stres v téměř každém, (2) **znovuprožívání** traumatického zážitku v podobě flashbacků, živých představ, snů či myšlenek a (3) **vyhýbání se** situacím, které jsou se stresorem spojeny nebo se mu podobají (toto chování by nemělo být přítomno před zážitkem traumatu). Přítomen by měl být alespoň jeden symptom z následujících: **amnézie** (částečná nebo kompletní) na danou událost nebo přetrvávání znaku (4) **zvýšené excitace a aktivace organismu** v podobě obtíží s usínáním (a spánkem celkově), výbuchy hněvu a vzteku, problémy s pozorností a soustředěností, hypervigilita a/nebo neadekvátně zvýšená stresová reakce. Příznaky se musí manifestovat **v horizontu 6 měsíců** od traumatické události (World Health Organization, 1992).

#### 3.6.4. Definice dle DSM 5

Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM – 5) je v diagnostice PTSD striktnější a uvádí následující kritéria, jež jsou platné pro dospělé, adolescenty a děti starší 6 let. Prvním zásadním kritériem je **vystavení se skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí**, buď jako přímý účastník, svědek, blízký rodinný příslušník nebo kamarád, případně při opakovaném vystavení nepříjemným detailům traumatické události (což se týká náhodných svědků, kteří jsou poté vyslýcháni nebo policistů, kteří výslechy a ohledání provádějí, netýká se to však expozice skrz média, filmové zpracování, apod.). Přítomný musí být také alespoň **jeden z následujících vtíravých symptomů**: opakující se, nežádoucí a nepříjemné vzpomínky nebo sny (spojené s traumatickým prožitkem), disociativní reakce, při kterých je traumatická situace znovuprožívána (flashbacky), duševní nepohoda nebo významná fyziologická reakce (prodloužená či intenzivní), která se objevuje při vystavení se podnětům, které asociují trauma. Dalším kritériem je **vyhýbavé chování**, to se objevuje směrem k myšlenkám a pocitům, ale i lidem, prostředí, aktivitám, atd.). **Změny kognice či emocí** v podobě amnézie (disociativní nikoliv následkem traumatického poranění CNS), přetrvávajícího negativní hodnocení vůči sobě samému i světu, zkreslená přesvědčení o příčinách traumatické události (sebeobviňování, obviňování ostatních), pokles nálady a celkového emočního vyladění, neschopnost příjemných emočních prožitků, snížení zájmu o jiné aktivity (i aktivity celkově), pocity odcizení se (ostatním lidem). **Změny afektivity a reaktivity**, mezi které jsou řazeny pocity podrážděnosti a afektivní výbuchy, lehkomyšlné (riskantní) chování – případně sebezničující, snížení prahu pro úlekovou reakci, hypervigilita, oproti tomu ale potíže s pozorností (hypoprosexie) a poruchy spánku. Porucha by měla trvat minimálně **1 měsíc**, neměla by být **vysvětlitelná fyziologickými** účinky nasazené medikace a měla by způsobovat klinicky závažné **snížení well-beingu** (nebo funkční narušení v oblasti sociální nebo právní) (American Psychiatric Association, 2013; Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

### 3.6.5. Komorbidity

Obecně lze obtíže, které jsou klíčové pro klasifikaci PTSD dle obou platných zdravotnických postupů, kategorizovat do dvou skupin. Jedná se o symptomatiku depresivního (anhedonie, apatie, podrážděnost, neschopnost pozitivních prožitků, trvalý pokles nálady) a úzkostného charakteru (myšlenky vtíravé, narušení pozornosti a aktivace, zvýšená iritabilita – snížení prahu citlivosti). Poruchy z výše uvedených trsů patří také mezi nejčastější komorbidní onemocnění (Aldemi, Dalbudak, & Topcu, 2015; Bowler et al., 2016; Campbell et al., 2007; Elhai et al., 2015; Flory & Yehuda, 2015; McMillan & Asmundson, 2016). Konkrétně se jedná o depresi, generalizovanou poruchu úzkostnou a panickou a dysthymii (Koenen et al., 2003). Mezi další nejčastěji přidružené obtíže patří nadužívání návykových látek, zejména alkohol a cigaret (Adams et al., 2016; Barrett, Teesson, & Mills, 2014; Roberts, Roberts, Jones, & Bisson, 2015, 2016), suicidální pokusy (Ramsawh et al., 2014; Rojas, Bujarski, Babson, Dutton, & Feldner, 2014).

### 3.6.6. Metody diagnostiky PTSD

Pro posouzení přítomnosti psychopatologické symptomatiky odpovídající profilu PTSD se využívají především sebe-posuzovací dotazníky, ale (jak je tomu v klinicko-psychologické praxi standardní) těžiště práce leží v rozhovoru a pozorování.

Krátkým screeningovým nástrojem je **PCL (PCL – PTSD Checklist)**, který byl vyvinut na základě CAPS (Clinician Administred PTSD Scale), s jejímiž výsledky koreluje na 0.9, a která je v oboru považována za zlatý standard (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996). Vývoj dotazníku byl prováděn na skupině účastníků dopravních nehod a obětí sexuálního násilí, validita byla zkoumána na skupině válečných veteránů z války ve Vietnamu, kde byla znatelně snížená přesnost oproti CAPS (Forbes, Creamer, & Biddle, 2001). Na základě těchto zjištění byly vyvinuty tři verze dotazníku, civilní, vojenská a pro specifická traumata, jež jsou časově stabilní (test-retestová reliabilita), vnitřně konzistentní a validní (konvergentní) (Wilkins, Lang, & Norman, 2011). Checklist vychází z kritérií DSM – 5

a obsahuje necelých 20 projevů (snadno srozumitelných, např. Cítím se „super nastraženě“ během toho, co držím stráž.), jednotlivé výroky jsou hodnoceny na pěti-bodové škále, kde 1 označuje nulové prožívání předestřeného symptomu a 5 je protipólem, tedy extrémním stavem (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997).

Jiným sebeposuzovacím dotazníkem je škála **PDS (The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)**, která byla vyvinuta pro využití v rámci klinické i výzkumné praxe. Škálu je možné administrovat od 13 let, její administrace obvykle netrvá déle než 15 minut a je k dispozici ve verzi počítačové i tužka-papír. Škála obsahuje 49 položek, na počátku je detekována krizová situace, následuje 17 položek označujících kardinální příznaky PTSD (dle DSM), které jsou hodnoceny na 4-bodové škále vzhledem k intenzitě prožívání za poslední měsíc, nakonec vyhodnocuje 9 oblastí z běžného fungování v životě a míru jejich poškození. Dotazník neobsahuje žádné validizační nebo korekční škály, které by detekovaly simulaci, disimulaci nebo agravaci příznaků (McCarthy, 2008). Reliabilita nástroje dosahuje dobrých hodnot jak pro vnitřní konzistenci (Cronbach  $\alpha=0.92$ ), tak i pro stabilitu v čase ( $r=0.83$ ), z hlediska validity bylo přistoupeno k „měření“ pomocí face validity (zdánlivá) (Powers, Gillihan, Rosenfield, Jerud, & Foa, 2012).

Kratší verzí, pouze 17-položkovou, je dotazník **PSS (PTSD Symptom Scale)**, jehož reliabilita dosahuje pouze uspokojivých hodnot (což je jasnou implikací u testů s takto nízkým počtem položek), test-retestová shoda je na úrovni 0,74 (Coffey, Gudmundsdottir, Beck, Palyo, & Miller, 2006), jeho velkou výhodou je právě rychlost administrace a dobré psychometrické vlastnosti v různých jazykových verzích (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993; Stieglitz, Frommberger, Foa, & Berger, 2001).

Speciálním nástrojem je škála **M-PTSD (Mississippi Scale of PTSD)**, která je navržena přímo pro osoby exponované bojovým situacím, je tedy vytvořena na míru prostředí vojenskému. Sebeposuzovací dotazník obsahuje 35 otázek, které jsou taktéž derivovány z DSM a posuzovány na standardní 5-ti bodové Likertovské škále (Keane, Caddell, & Taylor, 1988). Reliabilita i validita nástroje byly měřeny na válečných veteránech, tedy kýžené cílové populaci, a dosahovaly velmi dobrých

hodnot, např. vnitřní konzistence nástroje je 0,89 (Cronbach  $\alpha$ ), při metodě split-half jsou hodnoty mírně nižší, konkrétně  $r=0,80$  (Lauterbach, Vrana, King, & King, 1997).

Již zmíněná metoda **CAPS (Klinicky administrovaná škála PTSD)** je instrumentem pro strukturovaný rozhovor, který je rozčleněn do několika základních kategorií, které kopírují hlavní oblasti patologie u PTSD, jedná se o konkrétně o znovuprožívání události, vyhýbavé chování a uzavřenost, zvýšená aktivace a amnézie (Blake et al., 1995). Na turecké populaci byla zjištěna velmi dobrá úroveň vnitřní konzistence (Cronbach  $\alpha=0.91$ ) (hodnoceno pro celou metodu), ale pro nástroje založené na interakci s posuzovatelem je důležitějším ukazatelem inter-rater reliabilita, která vypovídá o míře shody posuzovatelů, a která i v tomto případě dosahuje uspokojivých až velmi dobrých hodnot, v hodnocení intenzity symptomů se koeficient korelace pohybuje mezi 0,82 a 0,99, koeficient konkordance (kappa) je 0,79 (Aker et al., 1990).

Škály z MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) se dají užít jako prediktory rozvoje PTSD (např. škála hypochondrie, psychopatická deviace nebo maskulinita-feminita), ale dotazník se dá využít i pro diagnostiku. Velkou výhodou, oproti všem předchozím škálám, je samozřejmě vyšší propracovanost a komplexnější výsledky, především ale validizační škály (Lees-Haley, 1992; Schnurr, Friedman, & Rosenberg, 1993).

Při vyšetřování dětí s podezřením na PTSD jsou užívány specializované nástroje, např. upravený instrument pro vedení strukturovaného rozhovoru CAPS-CA (Clinician Administred PTSD Scale for Children and Adolescents) (Nader et al., 2004) nebo upravený checklist chování CBCL - PTSD (PTSD Scale of Child Behavior Checklist) (Ruggiero & McLeer, 2000), v posledních dětech se pro děti běžně užívá UCLA PTSD Reaction Index (University of California at Los Angeles), který spadá do větší baterie (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004). Jak jsme již zmínili výše. PTSD u dětí se v této práci primárně nezabýváme, nicméně považovali jsme za důležité se o tomto tématu alespoň okrajově zmínit.

Většina z uvedených nástrojů pochází z anglosaské produkce a je založena na kritériích uvedených v DSM, dle doby vzniku od DSM – III po DSM – IV, ani jedna z uvedených metod není založena na struktuře PTSD uvedené v ICD/MKN – 10, avšak vzhledem k tomu, že rozdíly mezi nimi jsou zejména ve vyšší přísnosti americké verze, je možné výše uvedené dotazníky akceptovat i pro evropskou klasifikaci a diagnostickou praxi.

### **3.6.7. PTSD v armádě**

Posttraumatická stresová porucha je psychologický termín, který je v diskuzích o péči o válečné veterány skloňován nejčastěji, vytvářena je tím mírně zkreslená představa, že PTSD je jediné z psychických ohrožení vojáků. I ve výzkumných šetřeních je této tematické věnována výrazná pozornost, avšak v posledních letech se do popředí dostává i jiná psychopatologická symptomatologie.

Jedny z prvních výzkumů výskytu PTSD ve vojenském prostředí jsou datovány do 80. let minulého století, populací byli váleční veteráni z války ve Vietnamu, vzorek čítal úctyhodných 935 jedinců. U rezervistů byla porucha detekována u 2x více osob než u profesionálů (vojáků z povolání), konkrétně se jedná o hodnoty 10,9 % a 5,1 % (Stretch, 1985, p.). Právě během konfliktu ve Vietnamu se studie začaly zaměřovat především na problematiku PTSD (Wells et al., 2011).

V geograficky blízké, německé populaci, se výskyt PTSD pohybuje mezi 0,4 a 0,7 %, téměř 40 % „pacientů“ se zúčastnilo zahraniční operace, z toho 18 % bylo vystaveno bojové situaci, a přibližně 4 % byla vážně zraněna v boji nebo utrpěla perzistující poranění. Majoritní část vojáků, vykazujících příznaky, zažila fyzické týrání nebo sexuální zneužívání, případně byli psychicky traumatizováni. Vzorek čítal 117 jedinců (Bandelow et al., 2012).

Dominující zemí ve výzkumných šetřeních (ve vojenském prostředí) je však Amerika, především díky počtu nasazených vojáků; jen v Iráku a Afghánistánu se jich do roku 2011 vystřídal na dva miliony při třech milionech nasazení. Jedná se



tedy o nejrobustnější populaci západního světa, která je ovšem značně heterogenní – nejen v rozdílnosti věku, ale i pokud jde o konkrétní jednotky a jejich náplně i dle míry profesionalizace (Wells et al., 2011).

Účast na zahraniční misi je spojena s vyšší pravděpodobností výskytu PTSD oproti vojákům, kteří deployment nezažili. Toto pravidlo platí napříč všemi armádami a je potvrzeno v mnohých výzkumných statích (Bandelow et al., 2012; M. Creamer et al., 2001; Koenen et al., 2003; Vasterling et al., 2010), konkrétně je riziko rozvoje asi 3x vyšší (váleční veteráni vs. ti, kteří se nikdy zahraniční operace nezúčastnili) (Kline et al., 2010). Rozdíly jsou i dle lokace zahraniční operace a především náplně práce, konkrétně např. nasazení v Iráku bylo dle výzkumu z roku 2004 signifikantně náročnější, tedy vedlo k četnějšímu rozvoji PTSD, depresivních nebo úzkostných poruch, než tomu bylo ve stejném období v Afghánistánu (C. W. Hoge et al., 2004).

Výrazná diskrepance v prevalenci rozvoje PTSD byla zkoumána v meta-analytické studii, kam bylo zařazeno 29 výzkumů sdružujících záznamy o výskytu posttraumatu u vojáků, kteří se účastnili operací Trvalá Svoboda a Irácká Svoboda (OEF – Operation Enduring Freedom, OIF – Operation Iraqi Freedom), čísla se výrazně lišila, konkrétně od 5 do 20 %u těch, kteří pomoc nevyhledali (až 50 %u těch, kteří aktivně žádali o vyšetření). Extrémní rozdílnost hodnot mezi populacemi lze vysvětlit pomocí odlišných kritérií pro klinickou diagnostiku i mírou reprezentativnosti vzorku (Ramchand et al., 2010). Rozdílnost může být způsobena i příslušností, resp. profesionalitou nasazených. V některých operacích (např. Válce ve Vietnamu) sloužili i civilisté, u kterých byl výskyt PTSD četnější než u vojáků z povolání, kterým se dostávala psychologická péče a edukace v průběhu jednoho roku po návratu (Stretch, 1986).

Proměnná, se kterou výskyt PTSD statisticky signifikantně koreluje, je bojová expozice (zkušenost) (Ramchand et al., 2010) a kontakt se smrtí (mrtvými těly a jejich částmi) (J. E. McCarroll, Ursano, & Fullerton, 1995), případně přímé či nepřímé zabíjení (Maguen, Lucenko, et al., 2010). Čím náročnější je bojová situace, tím silnější jsou projevy PTSD (Vasterling et al., 2010). Riziko rozvoje se zvyšuje s rostoucím počtem nasazení (spojitost byla nalezena pouze pro PTSD, nikoliv pro

úzkostné a depresivní poruchy, ani alkoholismus) (Reger, Gahm, Swanson, & Duma, 2009) i délkou nasazení (Shen, Arkes, Kwan, Tan, & Williams, 2010).

U téměř 40 % německých vojáků, kteří trpí PTSD byla ještě před nasazením v zahraničí prokázána přítomnost příznaků psychiatrického onemocnění (Bandelow et al., 2012). Pokud by byla pozornost cílena pouze na diskrétní symptomatiku (z okruhu PTSD), jako dobrý prediktor se ukazuje zvýšená aktivace (hyper-arousal) a (opět) emoční oploštělost (H. Z. MacDonald, Proctor, Heeren, & Vasterling, 2013). To ukazuje na důležitost kvalitního výběru osob do armády a potřebu zamezit bagatelizaci přítomnosti drobné psychopatologické symptomatiky (oproti externím tlakům na naplnění kvót počtu aktivně sloužících osob).

Ženy jsou obecně vulnerabilnější (vůči PTSD) (M. Creamer et al., 2001; Ditlevsen & Elklit, 2012; Kessler et al., 1995; Perkonigg et al., 2000), v případě armádní populace dochází k patologické posttraumatické reakci u žen asi 6x častěji než u jejich mužských protějšků (Bandelow et al., 2012).

Kromě individuálních faktorů, které jsou důležité pro odolnost jedince a snižují jeho zranitelnost (vulnerabilitu), a tím brání rozvoji stresové reakce a případné incidenci posttraumatu, jsou klíčovými i faktory skupinové. Jedním z nejdůležitějších je týmová koheze (soudržnost) (Brailey, Vasterling, Proctor, Constans, & Friedman, 2007). Vyšší úroveň prožívání skupinové soudržnosti, dobré morálky a kvalitního stylu vedení jsou spojeny s nižší pravděpodobností výskytu nejen PTSD, ale i jiných duševních poruch (N. Jones et al., 2012). S těmito informacemi pracuje i AČR pomocí metody sociomapování (Hrbata, 2013).

Intervenující proměnnou hraje i útvar popř. jednotka, ke které jedinec náleží, ukazuje se (na americké populaci), že příslušníci námořní pěchoty jsou PTSD ohroženi více než jejich kolegové letci (Piccirillo, Packnett, Boivin, & Cowan, 2015; Shen et al., 2010).

Na první pohled je patrné, že regresní analýza prediktorů rozvoje PTSD by obsahovala velké množství regresorů (vysvětlujících proměnných) a byla by nepřehlednou, přesto byla v rámci některých studií uplatněna. Největší procento

ve vysvětlení rozvoje má bojové nasazení a bojová expozice (Hassija, Jakupcak, Maguen, & Shipherd, 2012; Vasterling et al., 2010).

Studie bohužel ukazují, že příznaky PTSD přináší z dlouhodobého pohledu negativní důsledky v podobě vyšší mortality. Vojáci (z války ve Vietnamu) v průběhu 30 let po návratu z bojového nasazení umírají častěji než zbytek populace, a to i v případě jiných příčin úmrtí než je sebevražda, statisticky významné jsou výsledky u kardiovaskulárních onemocnění, zranění, otrav i dopravních nehod. Celkově patrná byla zvýšená rizikovost jejich chování (Boscarino, 2006).

#### 4. DISKRÉTNÍ SYMPTOMATIKA & ÚČAST V MISI

Pozornost klinických psychologů, psychiatrů i výzkumných pracovníků, kteří jsou zaměstnáni v rámci ozbrojených složek jednotlivých států, byla v souvislosti se zahraničními operacemi a s nimi spojenými obtížemi, cílena především na PTSD, avšak (jak již bylo několikrát zmíněno) ukazuje se, že vojáci trpí i jinými psychickými problémy než je výše uvedená nozologická jednotka. Ke snížení zdravotnické klasifikace (až na stupeň nezpůsobilý) bylo (v americkém prostředí) z psychiatrických důvodů přikročeno ve 40 % případů pro jinou poruchu než PTSD (Piccirillo et al., 2015).

Navíc lze předpokládat, že naplnění všech diagnostických kritérií výše uvedených duševních poruch bude méně časté než výskyt diskrétní symptomatiky. Vyplývá to z rozdělení statistické pravděpodobnosti – možnost výskytu jednoho symptomu je signifikantně vyšší než možnost výskytu několika symptomů (syndromologické jednotky, případně celé nozologické jednotky) najednou.

Prevalence rozvoje psychopatologické symptomatiky je po zahraničním nasazení vyšší než u vojáků, kteří nikdy nevyjeli (Fiedler et al., 2006). Dle výzkumů z posledních let následuje u účastníků zahraničních misí nejčastěji problém s nadužíváním alkoholu, rozvoj příznaků depresivního onemocnění nebo úzkostného prožívání a výskyt některých příznaků PTSD (C. Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006; Kolkow, Spira, Morse, & Grieger, 2007), často se také vyskytuje porucha přizpůsobení (Wojcik et al., 2010). Např. riziko depresivního prožívání je třikrát vyšší u účastníků zahraničních operací (Kline et al., 2010).

Mezi konkrétní a jednotlivé symptomy patří únava, nespavost, hyperaktivita resp. neschopnost klidové a odpočinkové aktivity, vznětlivost a iritabilita, úzkostnost, zvýšená ostražitost, ale i různorodé somatizační tendence (J. T. Mitchell & Everly, 1995). Až 31 % navrátivších se profesionálů reportuje stresovou zátěž, obtíže s alkoholem, emoční problémy a rodinné konflikty již v průběhu zahraniční mise (Garber, Zamorski, & Jetly, 2012).

Vykazují i dvakrát více prožitků chronické bolesti a celkově ve fyzickém (somatickém) fungování skórují výrazně čteněji (až v 90 %) pod populační normou (Kline et al., 2010), což se bezpochyby promítá i do stavu psychiky. Celkově je vyšší výskyt somatických stesků spojen s čtenějším prožíváním stresu (Nissen, Marott, Gyntelberg, & Guldager, 2011). Že se jedná o spojitě nádoby, vyplývá i z amerického výzkumu, který se týkal využívání lékařské (zdravotnické, somatické) péče, ve kterém se ukázalo, že veteráni s psychickými obtížemi čerpají zdravotní péči signifikantně častěji než ti, kteří si žádnou obtíž z ranku diskretní psychopatologie nenesou (Cohen et al., 2010).

Obecněji lze hovořit o narušení well-beingu (psychického zdraví) ve výzkumu provedeném na korejských veteránech, kde byly jednotlivé charakteristiky rozděleny do několika skupin. První z nich byly emoční problémy, které limitovaly jejich výkonnost, dalším bylo snížení běžných denních aktivit (opět v důsledku emočních interferencí), mezi další obtíže well-beingu patřil vliv emocí a zdraví na sociální kontakty a aktivity, celkově se občas cítili hůře, smutněji, méně klidně a bez energie (Brooks & Fulton, 2010). V britské populaci válečných veteránů ve věku 65 + nebyl nalezen žádný významný rozdíl oproti kontrolní skupině v obtížích duševních, fyzických ani behaviorálních, s jedinou výjimkou – váleční veteráni výrazně méně naplňovali kategorii „žádné duševní onemocnění“ (Woodhead et al., 2011).

Riziko rozvoje psychopatologické symptomatiky je obecně spojeno s délkou nasazení, zde je korelace pozitivní – tedy čím delší doba deploymentu, tím vyšší riziko rozvoje patologie. S vystavením se bojovým situacím samozřejmě také stoupá riziko vzniku psychických obtíží, v neposlední řadě rozvoj patologie také souvisí s předchozím duševním onemocněním či dílčími psychickými obtížemi (Boyko et al., 2015).

Rozvoj psychopatologie taktéž přichází s delší dobou po návratu z mise, z původních 5 % osob vykazujících příznaky deprese, se číslo prakticky zdvojnásobilo s půlročním odstupem od návratu, obdobně vzrostl i výskyt PTSD z 12 % na 17 % (Duma, Reger, Canning, McNeil, & Gahm, 2010).

Velká variabilita v konkrétních hodnotách prevalence a incidence u jednotlivých symptomatologií může být na podkladě mnoha faktorů. Jedním z nich je úkolové zaměření daného uskupení, tj. jestli se jedná o bojové, strážní nebo třeba lékařské jednotky (C. W. Hoge et al., 2004; Jetly, 2011), místo nasazení (Ramchand et al., 2010) a další vojenské charakteristiky. Svou roli však hrají i metodologická omezení, jakými je robustnost vzorku, metody výběru osob, ale i zaslepenost studií, resp. jejich anonymita (Warner et al., 2011). U žen dochází častěji k rozvoji depresivních příznaků, muži jsou více ohroženi rozvojem PTSD a zneužíváním návykových látek (nebo návykovým chováním) (Maguen, Ren, Bosch, Marmar, & Seal, 2010).

Jako proměnnou nelze opomíjet ani fakt spolupráce a compliance, vojáci nejsou vždy ochotni přiznat své psychické obtíže, ať je již příčinou obava o pracovní místo nebo vize „tvrdého chlapa“. Velká část užívaných metod je sebe-posuzovacích, americký výzkum prokazuje, že více než polovina vojáků nepřiznává psychopatologii, ačkoliv pro obtíže v oblasti duševní péče navštívila odborníka (Nevin, 2009). Otázkou tedy zůstává validita získaných výsledků. Je nepravděpodobné, že by se riziko rozvoje (např. PTSD) měnilo výrazně dle druhů konfliktů, vysvětlení je spíše dle typu vyhledávané péče, v anonymním dotazníku se k problémům přiznalo 12 % amerických vojáků, ale při vyhledávání péče je přiznalo až 20 % veteránů (Wells et al., 2011).

Důležité jsou i důsledky duševních obtíží (PTSD, depresivní nebo anxiózní symptomatika, případně užívání návykových látek), které nijak výrazně (oproti běžné populaci) nevedou ke změně zaměstnaneckého statusu, ale jsou spojeny s horším fungováním a zastáváním profesní role (Erbes, Kaler, Schult, Polusny, & Arbisi, 2011).

#### **4.1. Návykové látky**

Užívání psychoaktivních a návykových látek je, zejména v některých případech konkrétních substancí (nikotin a alkohol), společensky tolerovanou, mnohdy uznávanou, někdy i vyžadovanou činností, avšak kromě škodlivosti je

třeba brát v úvahu, že prevalence symptomů PTSD (i jiných psychických onemocnění) vysoce koreluje právě s nadužíváním návykových látek (Jacobson et al., 2008).

Ve srovnání civilního obyvatelstva a armády, došli výzkumníci ke zjištění, že užívání drog se, díky předchozím preventivním programům, v armádě vyskytuje méně často než u běžné populace, ovšem kontradiktorní trend je patrný u substancí jakými jsou alkohol a cigarety, kde se statistickou signifikancí dominují vojáci (Bray, Marsden, & Peterson, 1991), zejména ti, kteří byli nasazeni v bojových podmínkách (Shen et al., 2010).

#### **4.1.1. Alkohol**

Meta-analytická studie, která srovnávala závislost na alkoholu mezi vojáky, kteří se zúčastnili některé z misí v Afghánistánu, Iráku nebo Perském zálivu v porovnání s těmi, kteří se zahraničního výjezdu nikdy nezúčastnili, naznačuje vyšší riziko rozvoje závislosti u osob, které byly vyslány do služby v zahraničí (Kelsall et al., 2015). Prevalence abúzu alkoholu po účasti v misi je třikrát pravděpodobnější než rozvoj PTSD (Fear et al., 2010). Podle jedné ze studií, která navazovala na účast v misi v Iráku a Afghánistánu a které se zúčastnilo téměř 600 probandů, bylo pravděpodobným rozvojem abúzu alkoholem ohroženo 39 % dotázaných (Eisen et al., 2012).

Nelze opomíjet fakt, že vojáci vyslaní na misi mají de facto 24hodinovou pracovní dobu, jejich nasazení trvá nepřetržitě po celou délku nasazení. Kromě toho, že by jejich smysly měly být zbystřené a neměly by být ničím rozptylované, tak je užívání alkoholických nápojů zakázáno i kázeňským řádem. I proto dochází nezdědka po návratu z mise ke zvýšené konzumaci alkoholu; jednak se po dobu abstinence zvyšuje chuť, sekundárně je pro navrátilivšího obvykle uspořádáno několik oslav. Po čtyř až šesti-měsíčním pravidelném užívání dochází i ke snížení tolerance alkoholu, což může mít za následky četnější stavy ebriety, obdobně i palimpsestů.

Při srovnání se u vojáků po návratu objevuje těžké užívání alkoholu výrazně častěji než u vojáků, kteří si zahraničním nasazením neprošli, patrná je tedy výrazná spojitost abúzu ethanolu a nasazení (Jacobson et al., 2008; Kelsall et al., 2015). Vyšší tendence k pijáctví se projevují i u žen (Belle, Bray, & Kroutil, 2000), návyk ale častěji rozvinou muži (Maguen, Luxton, Skopp, & Madden, 2012). Bylo by však mylné se domnívat, že abúzus alkoholu je podmíněn pouze výjezdem, svou roli zde hrají samozřejmě i jiné faktory, kromě osobnostních a sociálních, se riziko škodlivého užívání alkoholu zvyšuje i u obětí sexuálního obtěžování (Hankin et al., 1999). Z běžných demografických ukazatelů, jsou více ohroženi mladší jedinci (Jakupcak et al., 2010) a ti, kteří prožívají vztahové problémy (Lande, Marin, Chang, & Lande, 2008).

Důležité je však pochopit i roli alkoholu v dané situaci, protože jen díky objasnění důvodu pro užívání, lze aplikovat efektivní léčbu. Obecně alkohol působí anxiolyticky, uvolňuje stres a napětí, tento mechanismus je užíván i mezi válečnými veterány, kdy je k alkoholu přistupováno jako k možnosti samo-léčby (self-medikaci), bez nutnosti návštěvy lékaře a řešení obtěžujících úzkostných obtíží (Harmon, Hoyt, Jones, Etherage, & Okiishi, 2012; Shipherd, Stafford, & Tanner, 2005).

Rozvoj alkoholismu samozřejmě také koreluje s PTSD, konkrétně byla nalezena významná korelace mezi konkrétním dílčím symptomem – emoční oploštělostí. (Jakupcak et al., 2010).

#### **4.1.2. Nikotinismus**

Kouření cigaret nebo užívání žvýkacího tabáku je v armádě, zvláště pak v zahraničních operacích, běžným nešvarem. Samotní vojáci k nikotinismu přistupují jako k možnosti snížení stresu a regulace agresivity při vystavení se bojovým podmínkám, neméně je pak pro ně socializačním činitelem a možností si na chvíli odpočinout. Vzhledem k dostupnosti zdrojů a odvykacím obtížím obvykle návyk pokračuje i po návratu domů (Widome et al., 2011).



Souvislost mezi kouřením běžného tabáku a účastí v misi byla sledována v longitudinální studii čítající téměř 50 000 respondentů, která se zaměřila na tři skupiny osob: ti, kteří nikdy nekouřili; ti, kteří dříve kouřili a již nekouří a na osoby, které kouří pravidelně; studie porovnávala rozvoj či vývoj kuřáctví ve dvou srovnávacích skupinách – účastníci misí a ti, kteří v misi nikdy nebyli. Výsledky prokazují, že nasazení v zahraničních operacích statisticky signifikantně zvyšuje riziko rozvoje kuřáctví či návratu ke kouření, a to přibližně 1,5x, konkrétně recidiva kouření nastala u nasazených v 39,4 % případů oproti těm, kteří se operací neúčastnili, kde se jednalo o 28,7 % případů (B. Smith et al., 2008).

Obecně, nadpoloviční většina nasazených vojáků kouří, během mise se nikotinismus spíše akcentuje, než aby se minimalizoval (Talcott et al., 2013). Riziko recidivy v užívání tabákových výrobků se signifikantně zvyšuje s délkou nasazení přesahující 9 měsíců, s opakovanými zahraničními výjezdy a s bojovou expozicí (B. Smith et al., 2008).

Je nutné si ovšem přiznat, že kromě socializačního efektu, kterým kouření bezpochyby disponuje, jsou potvrzeny i jeho pozitivní dopady na psychomotorickou aktivitu, rychlost, pozornost a připravenost, ale i krátkodobou a pracovní paměť. Tato pozitiva mohou zapříčiňovat iniciaci i retenci užívání tabáku (Heishman, Kleykamp, & Singleton, 2010).

#### **4.1.3. Drogy**

Zneužívání drog bylo výrazným problémem americké armády v 70. letech minulého století, v některých zdrojích je dokonce popisováno jako zdravotní problém číslo jedna (S. L. Baker, 1971), mnozí byli hospitalizováni, ale ani úmrtí ve spojitosti s předávkováním či škodlivým užíváním nebyla nečastá, obdobná situace postupně krystalizovala i na evropském kontinentu (Tennant, 1972). A problém drog se netýkal pouze armády, průzkumy naznačovaly, že až 40 % vysokoškolských studentů mělo zkušenost s nelegálními drogami, nejen těmi lehkými, ale i těmi tvrdými - heroinem, barbituráty či amfetaminy (S. L. Baker, 1971).

Názornou ukázkou vážnosti situace je vyšetření vojáků po návratu z války ve Vietnamu v roce 1972, nadpoloviční většina z 943 navrátivších měla pozitivní vzorky moči na heroin či opium, u jedné pětiny se rozvinula psychická či fyzická závislost. Po osmi měsících až roce po návratu se zkušenosti s opiáty objevovaly u 10 % osob, ale jen méně než 1 % vykazovalo stav opiátové závislosti. Spíše než že by se veteráni vzdali závislosti úplně, tak změnili substanci, mnozí přešli z heroinu na amfetaminy nebo barbituráty, ovšem téměř nikdo nevyjádřil touhu po léčbě (Robins, Davis, & Goodwin, 1974).

Mezi nejčteněji užívané drogy patří tetrahydrocannabinol (THC), účinná látka marihuany. Zkušenost s touto psychoaktivní látkou mají často již pubescenti, tedy nezřídka se stává, že nastupující voják udává v toxikologické anamnéze zkušenost s užíváním THC (Kokkevi, Gabhainn, & Spyropoulou, 2006). Výzkumy ukazují, že předchozí zkušenost s užíváním návykových látek je spolehlivým prediktorem jejich užití při bojovém nasazení nebo po návratu (Robins et al., 1974). Další výzkumná studie, jejímž vzorkem byli mladí italští vojáci, se zaměřila na komorbiditu užívání THC a psychiatrických diagnóz, korelace je zde velmi vysoká. K rozvoji nějakého psychiatrického onemocnění (dle diagnostiky DSM – III) došlo u 83 % uživatelů závislých na THC, 29 % se škodlivým užíváním THC a u 29 % příležitostných uživatelů (Troisi, Pasini, Saracco, & Spalletta, 1998).

## 4.2. Návykové a impulzivní chování

Mezi nutkavé, návykové či impulzivní chování lze zařadit kleptomanii, pyromanii, ale z hlediska prevalence u vojáků je nejčastějším patologické hráčství, tedy gambling. Dále je možné zmínit např. nutkavé chování se sexuální tematikou – návyk na sledování pornografických obsahů nebo chování rizikové. Impulzivita často evokuje výbuchy zlosti a obecněji, agresivitu.

#### 4.2.1. Gambling

U amerických veteránů byla celoživotní prevalence pro patologické hráčství shledána v přibližně 10 % (Westermeyer, Canive, Garrard, Thuras, & Thompson, 2005).

Hraní na automatech i sázení může mít spojitost s osobnostní charakteristikou, která je dle Cloningerovy teorie pojmenována jako vyhledávání nového (novelty seeking) (Cloninger, 1987). Mezi projevy tohoto rysu patří impulzivní rozhodování, explorativní aktivita při novém podnětu, rychlé změny nálad a snaha vyhýbat se frustraci. Izraelská armáda se na charakteristiku „vyhledávání nového“ zaměřila u více než 200 svých veteránů z Jomkipurské války, účastníky ještě rozdělila na ty, kteří byli vystaveni bojovému stresu a ty, kteří obdrželi medaili za hrdinské činy, nechyběla však ani kontrolní skupina. Výsledky indikují, že novelty seeking je významnou proměnou nejen během výkonu služby a bojového zapojení, ale i z hlediska dlouhodobého přizpůsobení. Ocenění vojáci dosahovali statisticky signifikantně vyššího skóru než jejich kolegové ze srovnávací skupiny, ba co víc, méně trpěli příznaky PTSD či jiných poválečných obtíží v podobě intruzivních myšlenek či vyhýbavého chování (Neria, Solomon, Ginzburg, & Dekel, 2000).

#### 4.2.2. Sexuální kompulze

Dalším kompulzivním chováním, vyskytujícím se po účasti v misi, je sexuální – vlastním označením kompulzivní sexuální chování (CSB). Má vysokou prevalenci mezi mladými muži a často se vyskytuje společně s psychiatrickou symptomatikou a traumatickými zážitky, čímž tedy v armádní populaci vzrůstá ohrožení CSB. Dotazníkové výzkumné šetření bylo provedeno u válečných veteránů z operací v Iráku, kterých se zúčastnilo celkem 258. CSB bylo reportováno u 16,7 %, tedy 43 jedinců, a statisticky signifikantně korelovalo s věkem, prožitkem sexuálního traumatu v dětství a symptomy PTSD, zejména těch ze skupiny opakovaného prožívání události (Smith et al., 2014).

Byla publikována ovšem i kazuistika, která zachycuje „pozitivní“ dopady CSB u mladého vojáka. Popisována je situace 23 letého Američana, který působil u námořní pěchoty, jehož náplň činnosti vykazovala známky vysoké bojové agresivity. Během nasazení v Iráku zažíval mnoho bojového stresu a traumatických situací, mnoho z jeho blízkých přátel bylo vážně zraněno či zemřelo, mezi jeho úkoly patřila i jejich identifikace, ohledání, ale v některých případech i sběr částí těl. Již v průběhu mise se stupňovala jeho agresivita, „naštvanost“ a celková hořkost, postupem času si více a více udržoval odstup v interpersonálních vztazích a izoloval se, začal mít výrazné obtíže se spánkem, kdy se neustále probouzel díky velmi živým nočním můrám, až byl natolik fyzicky vyčerpaný, že mu činilo obtíže jít i spánek. Ovšem s návratem domů tyto obtíže neustaly, problematický spánkový i stravovací režim pokračoval, objevily se i problémy ve vztahu s manželkou i malým synem, stejně jako s ostatními členy rodiny a přáteli. Po přibližně dvou týdnech náhodně narazil na reklamu na pornografii, netrvalo dlouho, než si uvědomil, že díky sledování „lechtivých“ materiálů je schopen nemyslet na válku, boj a traumatické situace, které prožil, a které se v poslední době neustále vracely. Jeho samoléčba spočívala v dávkách pornografie, které vyústily v 6-8 hodin denně, což samozřejmě narušovalo rodinné klima. Nakonec byla, vzhledem k rozvoji závislosti na pornografii, potřeba i plná psychoterapeutická péče, jak individuální, tak i párová (Howard, 2007).

Obtíže s nutkavým chováním v podobě sledování pornografie byly zaznamenány již i v populaci českých profesionálních vojáků. Kazuistika hovoří o situaci 30 - letého muže, žijícího ve spokojeném manželství, naplněném i po sexuální stránce, avšak občasné s obtížemi v podobě erektilní dysfunkce, který postupně z vizuálního pornografického obsahu, přešel i k chatovacím webům se sexuální tematikou, později stav eskaloval v nevěru, která byla manželkou zjištěna. Kompulzivní chování v podobě sledování erotických videí narušovalo jeho osobní i pracovní život (obdobně jako v předchozím případě), voják byl indikován k psychoterapii (Lukáčová, 2016).

Obecným pohledem je sexualita jedním ze základů lidského života, patří mezi pudové potřeby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Pokud dochází

k nenaplnění či strádání v této oblasti, může být narušena celková psychická pohoda (well-being) jedince, přesto se této problematice a oblasti věnuje jen málo výzkumných prací, ve vojenském prostředí je jich ještě méně, zvláště v situacích po návratu z mise, kde je akademická a klinická pozornost cílena především na PTSD, traumatická poranění mozku a další somatická onemocnění. Ovšem již byly vytvořeny i nástroje a přístupy, které by měly pomoci klinickým pracovníkům v nabízení této péče válečným veteránům (Cameron et al., 2011).

#### **4.2.3. Riskantní/Rizikové chování**

U vojáků po návratu ze zahraniční mise byla pozorována signifikantní elevace rizikového chování. Na vzorku 180 traumatizovaných izraelských rezervistů, po návratu z druhé Libanonské války, byla vysledována korelace mezi vystavením bojové situaci a rizikovým chováním, to však bylo spojeno s výskytem symptomů PTSD, pozorována byla i vyšší míra agresivity (Svetlicky, Solomon, Benbenishty, Levi, & Lubin, 2010).

Zvýšení rizikového a nebezpečného chování je zjišťováno i u amerických vojáků, např. po návratu z operace v Iráku. Traumatické zážitky z bojových operací v podobě násilného chování, zabití jiného člověka či jiný kontakt se situacemi dehumanizace – to vše zvyšuje pocit nezranitelnosti a akcentuje pocity neporazitelnosti, zvyšuje verbální a brachiální agresivitu, obecně tedy dochází k častějšímu zapojení se do riskantních situací v civilním životě, ale i při opětovném válečném nasazení (Killgore et al., 2008).

Riskantní chování je charakterizováno nižší mírou sebekontroly, vyhledáváním nebezpečného, riskantního a vzrušujícího jednání, patrná je akcelerovaná impulzivita, pocity neporazitelnosti a nepřemožitelnosti, vyšší prožívaná míra energie. Konkrétní situací je např. jízda na oranžovou nebo červenou nebo preference dobrodružství a nových situací nad rutinou, výbuchy hněvu nebo i již zmíněné patologické hráčství (Killgore, Castro, & Hoge, 2010).

#### 4.2.4. Agresivita

Vztek a agresivita patří mezi nejběžnější záležitosti, které vojáci po návratu řeší, a na které si stěžují, vzhledem k výraznému dopadu na mnohé prvky běžného denního fungování v prostředí domácím i pracovním (Wilk, Quartana, Clarke-Walper, Kok, & Riviere, 2015). Vojáci, kteří byli nasazení v zahraničí, vykazují statisticky výraznější (na robustním vzorku) agresivní konflikty v partnerských vztazích (a manželských svazcích) než vojáci, kteří se mise nikdy nezúčastnili (J. McCarroll et al., 2010).

Otevřené agresivní chování a fyzická agresivita jsou znatelně vyšší u těch, kteří prožili intenzivní bojové situace, a taktéž se čteněji objevuje u vojáků, kteří v nezdravé míře holdují alkoholu (Gallaway, Fink, Millikan, & Bell, 2012; MacManus et al., 2012). Na britské populaci válečných veteránů z Iráku byla prevalence násilného chování po návratu 13 %, riziko agresivního chování samozřejmě zvyšovala předchozí přítomnost psychopatologie (konkrétně disociální rysy). Avšak i na evropském kontinentu byla prokázána silná vazba mezi agresivitou a zastáváním bojové role a prožíváním vícenásobných významných traumatizujících situací (MacManus et al., 2012). K akcentaci agresivních projevů tedy obecně vede bojová expozice a prožívání bojového (a posttraumatického) stresu (Griffith, 2013).

Na vztek, agresi a hostilitu byl zaměřen výzkum v souvislosti s PTSD; vojáci, kteří splnili všechna kritéria poruchy, vykazovali více vzteku a hostility než ti, kteří se ve skóru pohybovali na hraně diagnózy, agresivita byla však vyšší u obou zmíněných skupin (a mezi sebou se výrazně nelišily) oproti kontrolní skupině, kde PTSD přítomno nebylo (Jakupcak et al., 2007). Evidentně (evidence-based) je i agresivní chování významně spojeno s posttraumatem (J. Brown, Williams, Bray, & Hourani, 2012; MacManus et al., 2012).

### 4.3. Poruchy spánku

Kvantitativní i kvalitativní narušení spánku patří mezi často uváděné příznaky PTSD, jedná o symptom nejen s nejvyšší četností, ale i udávanou

závažností, a to nejen ve vojenské populaci, ale i u civilního obyvatelstva. Různé parasomnie, dyssomnie, hyper- a hypo- až insomnie jsou obecně problémem i u osob, která nemají diagnostiku posttraumatu (Lewis, Creamer, & Failla, 2009). Kvalita spánku se obecně zhoršuje s věkem (Spira et al., 2011; Sukegawa et al., 2003) a ženy reportují čtenější obtíže (Zeitlhofer et al., 2000).

Při srovnání vojáků nasazených v zahraničí a těch, kteří se mise nezúčastnili, existují statisticky signifikantní rozdíly v několika oblastech týkajících se spánku, obecně lze potvrdit, že účast v misi ovlivňuje kvantitu i kvalitu spánku. Konkrétně, váleční veteráni reportují výrazně nižší délku spánku oproti předchozímu stavu, ale i problémy s usínáním, časté probouzení se v průběhu noci, spánkovou apnoe, denní ospalost a usínání v průběhu dne. Stížnosti na spánkové obtíže jsou významně častější u osob, kteří byli v bojovém nasazení (Capaldi et al., 2011; Seelig et al., 2010).

Průměrná délka spánku u profesionálů sloužících v zahraničí je 6 hodin ( $5.8 \pm 1,2$ ), z toho ale téměř tři čtvrtiny (72 %) spí méně než 6 hodin, ale většina (84 %) nepozoruje snížení pracovního výkonu ve spojitosti s nedostatkem spánku ani nemá potřebu si zdřímnout v průběhu dne. Kratší spánek je (jak se dá předpokládat) spojen s bojovými podmínkami, při odstranění této položky v regresním modelu, je patrná spojitost s jinými psychickými obtížemi, např. depresivitou, panickou poruchou, abúzem návykových látek a PTSD (Luxton et al., 2011).

Občasný výskyt nočních můr se také zvyšuje při expozici bojovým podmínkám, jejich čtenější přítomnost je však specifická pouze pro PTSD, alespoň dle dat získaných z války ve Vietnamu (Neylan et al., 1998). Novější výzkum, při kterém byla PTSD exkludována, detekoval souvislost častějšího výskytu nočních můr s traumatickým poškozením mozku s prožitou poruchou vědomí, středně silný výskyt byl spojen s nadužíváním alkoholu (Gellis, Gehrman, Mavandadi, & Oslin, 2013).

Podmínky a prostředí mise jsou specifické (jak bylo popsáno v úvodních kapitolách), velké ložnice, hluk ani permanentní připravenost pravděpodobně kvalitě spánku příliš nepříspějí, i proto 74 % nasazených vojáků označuje obecnou kvalitu spánku v zahraničních operacích významně horší než je tomu v domácím prostředí, 40 % vyhodnocuje efektivitu spánku pod 85 % (A. Peterson, Goodie, Satterfield, & Brim, 2008).

Obtíže přetrvávají i po návratu, menší vzorek veteránů prokázal u 88 % diagnózu některé z poruch spánku, tedy pouze 12 % neuvádělo žádné obtíže (Mysliwiec, Gill, et al., 2013), téměř polovině navrátilců (45 %) činí obtíže usínání, to trvá déle než 30 minut a nadpoloviční většina (56 %) vykazuje probouzení se v průběhu noci bez nemožnosti opětovně usnout, u necelé čtvrtiny (21 %) trvá spánek v průběhu celé noci méně než 4.5 hodiny (Plumb, Peachey, & Zelman, 2014). Uvedené velmi elevované hodnoty indikují, že obtíže se spánkem u válečných veteránů nemusí být striktně spojeny s výskytem PTSD (a zvýšenou aktivací) (American Psychiatric Association, 2013), ale že se mohou vyvíjet v přímé souvislosti s účastí v misi.

Nelze opominout fakt, že profesionálové se během zahraničních operací snaží podat maximální výkon, být ve stavu plné aktivity a připravenosti, nezdá se proto vypomáhají stimulancii, např. v podobě energetických nápojů s vysokým obsahem kofeinu. Téměř polovina osob (konkrétně 44.8 %) v OEF (Operation Enduring Freedom - Afghánistán, 2010) konzumovala minimálně 1 energetický nápoj denně, 14 % účastníků požilo během jednoho dne více než 3 takové nápoje. Zvýšený příjem kofeinu vede k narušení spánkového rytmu, zkrácení doby spánku, ale nesnižuje subjektivní pocit únavy. Ti, kteří vypili přes 3 vysoce-koferinové nápoje denně, spali méně než 4 hodiny, stěžovali si na problémy se spánkem a častěji usínali během porad nebo při hlídkách a patrolách (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012).



#### 4.4. Úzkostná symptomatika

Úzkost má tři základní komponenty; první z nich - kognitivní - označuje myšlenky, které jsou spjaty s ohrožením, strachem, nejistotou, apod. Složka emotivní vykresluje zmíněné prožitky v rovině pocitů. Fyziologická komponenta zahrnuje reakce autonomního (vegetativního) nervového systému (sympatikus a parasympatikus) a adrenergního systému, které se projevují hyperventilací a tachypnoe, tachykardií, pocity horka a chladu, třesem, pocením apod. (Gelenberg, 2000; Praško, 2005, 2012). Kromě nepříjemných prožitků má anxiózní symptomatika negativní dopad i na pozornost (Sipos, Bar-Haim, Abend, Adler, & Bliese, 2014).

Prevalence a incidence výskytu anxiózních obtíží se značně liší, obvykle se pohybuje mezi 11 – 17 % v běžné populaci (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006), např. u diabetiků byl zaznamenán až 28 % výskyt (Lloyd, Dyer, & Barnett, 2000), pregraduální studenti reportovali anxiétu v přibližně 16 % případů (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007), u budoucích matek (t. č. těhotných žen) v soukromé předporodní péči byly zaznamenány symptomy úzkosti v necelých 60 % případů (Faisal-Cury & Menezes, 2007).

Při zahraniční misi jsou sloužící profesionálové vystaveni situacím, které jsou primárně stresové a podněcují strachové a úzkostné reakce, při patrolách jsou ohroženi na životě, trpí nejistotou, kdy budou povoláni do služby, případně, kdy přijde některý z útoků, situace v misi je tak typická právě nejistotou, která obvykle vede k úzkosti (Bartone et al., 1998).

Vojáci jsou samozřejmě cvičeni a připravováni, aby byli schopni i v takto náročných pracovních podmínkách odvádět svou kvalifikovanou práci na vysoké úrovni, výcvik je zaměřen na zvyšování odolnosti vůči stresové zátěži, na podporu resilience i na schopnost v případě potřeby požádat o pomoc (Adler, Bliese, McGurk, Hoge, & Castro, 2009; Král, 2016; Reivich, P, & McBride, 2011), doporučovány jsou i relaxační techniky (Di Nicola et al., 2007). Výše uvedené podporuje i výzkum, který ukazuje, že rezervisti, kteří neabsolvují tolik edukace a

přípravných kurzů jako vojáci z povolání, jsou po vyslání do zahraničí více ohroženi rozvojem psychopatologie (Lane, Hourani, Bray, & Williams, 2012).

Přesto se ukazuje, že existují signifikantní rozdíly mezi vojáky, kteří byli vysláni a mezi těmi, kteří se zahraniční služby nezúčastnili, a to v prevalenci rozvoje úzkostné symptomatologie. Nasazení jedinci jsou rozvojem anxiety ohroženi dvakrát více než jejich „domácí“ kolegové (Fiedler et al., 2006). Mezi rizikové faktory dále patří stresory spojené s pobytem v zahraničí, způsob a charakter velení (a důvěra vůči nadřízeným) a traumatické poškození mozku (Booth-Kewley, Highfill-McRoy, Larson, Garland, & Gaskin, 2012).

Úzkostné projevy při srovnání u téhož armádního profesionála před a po misi jsou po misi znatelně vyšší a tato elevace trvá v řádu měsíců až let po návratu (Reijnen, Rademaker, Vermetten, & Geuze, 2015). U těch, kteří jsou nasazeni méně než 8 měsíců, dochází k statisticky výraznějšímu rozvoji úzkostných příznaků (při sebe-posuzování) než u těch, kteří jsou na misi delší dobu (Lee & Cho, 1999), jakoby až po několika-měsíčním vystavení bojovému stresu docházelo k aktivaci adaptačních mechanismů. Akcentace úzkosti se netýká pouze bojových operací, ale trend je pozorovatelný i v mírových misích (Di Nicola et al., 2007).

Jakýkoliv syndrom s neurotickým obsahem měl na rozsáhlém britském vzorku navrátilců z Iráku prevalenci 13,5 % (Iversen et al., 2009). U humanitárních pracovníků, kteří nejsou exponováni boji, je výskyt úzkostné symptomatologie v hodnotách 12 % (Cardozo et al., 2012).

Několik kazuistik z izraelského prostředí odhaluje rozvoj obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) v přímé spojitosti s PTSD, tento jev byl definován jako Posttraumatická obsedantně-kompulzivní porucha (Sasson et al., 2005). Izraelci také zkoumali rozvoj úzkostných příznaků již během prvního týdne nasazení (konkrétně ve válce v Perském zálivu), u členů bojových jednotek dochází ke zvýšení prožívání anxiety již během prvních dní (Barak, Bodner, Klayman, Ring, & Elizur, 2000).

## 4.5. Depresivní symptomatika

Příznaky z depresivního ranku sužují vojáky po návratu z mise v mnohých případech, opakovaně patří mezi tři nejčastější obtíže, spolu s nadužíváním návykových látek a prožíváním úzkosti, za předpokladu eliminace PTSD (C. Hoge et al., 2006; Kolkow et al., 2007).

Nejvýraznějším příznakem je pokles nálady, v prožívání ustupuje radost a dominuje smutek a rozlada, emoční reaktivita je celkově utlumena. Afektivní a forické změny však nejsou jediným diagnostickým kritériem depresivity, objevují se somatické příznaky v podobě narušení spánkového rytmu (obtíže s usínáním, časté probouzení, přítomnost únavy po probuzení), dále změna stravovacích návyků – obvykle snížení chuti k jídlu, obdobně je diminuována i sexuální touha (libido), pozorovatelná je i proměna psychomotorického tempa, obvykle dochází k jeho zpomalení, ale nelze vyloučit ani akcentaci – agitovanost. Jedinec v projevu a chování působí unaveným dojmem, ztrátou energie, pohyby i reakce (a řečové tempo) jsou obvykle pomalejší, tělo působí zhrouceným dojmem (ruce i hlava bývají svěšené), jakákoliv aktivita je snížena, patrná je hypobulie (nedostatek vůle), v pokročilých stádiích depresivní poruchy jsou pro postiženého obtížně (z hlediska energetické náročnosti) i běžné denní úkoly a nezřídká tráví i celé dny v posteli, bez jakékoliv aktivity. Myšlení je obvykle taktéž zpomalené, manifestovat se můžou úvahy o sobě samém a vlastních kvalitách až bludné (psychotické) hloubky mikromanické kvality, tedy bludy depresivní, insuficienční, autoakuační, hypochondrické, ruinační, negativistický až nihilistický, ethernity (ahasvérismu), atd., které variabilně popisují inferioritu postiženého. Významným symptomem a projevem (až u dvou třetin nemocných) depresivního prožívání jsou suicidální představy, tendence až jednání (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Raboch et al., 2015; Raboch & Pavlovský, 2013; World Health Organization, 1992).

Deprese je na předních příčkách příčin úmrtí celosvětově, patří mezi nejčastější onemocnění s vysokými náklady na péči a léčbu, epidemiologické studie deklarují vysokou prevalenci a celoživotní incidenci, obvyklý je časný začátek a vysoká chronicita (Richards, 2011). Konkrétní čísla varíjí na podkladě nozologické

jednotky (depresivní porucha, depresivní fáze atd.), ve starší mezinárodní studii byla celoživotní prevalence depresivní poruchy v ČR 1 %, oproti tomu v USA 17 %, depresivní fáze v Německu vykazovala hodnoty 9 % (Weissman et al., 1996). Z iniciativy WHO a studie duševního zdraví se aktuální hodnoty 12ti měsíční prevalence deprese pohybují mezi 2 a 10 % (Kessler & Üstün, 2008), heterogenita je i napříč jednotlivými americkými státy, Severní Dakota se pyšní nejnižší hodnotou 5 %, oproti tomu ve státě Mississippi je prevalence třikrát taková, tedy 15 %, střední hodnota pro Ameriku je 9 % (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010). Deprese je vysoce komorbidní (Richards, 2011), u (hematologicky) onkologických pacientů byl výskyt deprese 21 % (A. J. Mitchell et al., 2011), ve srovnávací studii u pacientů s chronickou obstrukční nemocí plic (CHOPN) se depresivita vyskytovala v neuvěřitelném rozpětí 8 – 80 % (Yohannes, Willgoss, Baldwin, & Connolly, 2010), pacienti s revmatoidní artritidou (dle meta-analytického zkoumání) trpí depresí průměrně v 39 % (Matcham, Rayner, Steer, & Hotopf, 2013). Je evidentní, že rozvoj deprese vychází z multifaktoriálního podkladu.

Výskyt deprese ve vojenském prostředí se samozřejmě zvyšuje (jak je typické) s bojovým charakterem zahraniční operace (Wells et al., 2010) a ženy jsou více ohroženy (Luxton, Skopp, & Maguen, 2010; Maguen et al., 2012), dle záznamů po nasazení v Afghánistánu a Iráku se depresivní symptomatologie u žen vyskytovala v 48 % případů, oproti mužům, kde byla „pouze“ 39 % (Haskell et al., 2010).

I v armádě platí vyšší komorbidita deprese u somatického onemocnění, konkrétně u traumatického poškození mozku, dochází častěji k rozvoji PTSD a deprese než u osob, které žádné zranění centrální nervové soustavy neutrpěli (Morissette et al., 2011). Významná komorbidita je i mezi PTSD a depresí, obtíže obojího charakteru se vyskytují u 17 % válečných veteránů (z Korejské války), dalších 6 % mělo pouze příznaky deprese bez PTSD symptomatiky (Jillian F. Ikin, Creamer, Sim, & McKenzie, 2010). Meta-analytická studie se zaměřením na rozvoj deprese zprůměrovala hodnoty na 12 % aktuální prevalenci pro právě nasazené,

13 % pro ty, kteří byli na zahraniční operaci v minulosti a 6 % pro ty, kteří se zahraniční operace nikdy nezúčastnili (Gadermann et al., 2012).

I u humanitárních pracovníků, kteří nejsou exponováni bojové zátěži, se po návratu z mise vyskytovaly depresivní symptomy u 20 % osob a přetrvávaly (či se mírně zintenzivnily) i po třech až šesti měsících po návratu (Cardozo et al., 2012). Rizikovost zahraničního nasazení tedy netkví pouze v armádních, resp. bojových úkolech, ale intervenující proměnnou jsou i faktory prostředí a odloučení od rodiny. Bylo detekováno celkem pět signifikantních faktorů pro rozvoj depresivity, jsou jimi stresory spojené se zahraničním nasazením, bojové úkoly, přístup vedení, rodinný stav a právě traumatické poškození mozku (Booth-Kewley et al., 2012).

V českém prostředí jsou obtíže v detekci, při po-návratovém vyšetření je totiž velmi náročné odlišit depresivní symptomatiku od prosté únavy a nemotivovanosti k účasti na psychologickém vyšetření. Voják je obvykle po mnohahodinové cestě, po půl roce aktivní služby v zahraničí, nucen absolvovat rozhovor s psychologem, mnohdy i v pozdních večerních hodinách. Laxní, odmítavý až rezonantní přístup k vyšetření i projevy únavy imponují dojmem subdepresivního až depresivního ladění, díky tomu je diferenciálně diagnostická rozvaha v těchto podmínkách náročným úkolem.

#### **4.5.1. Suicidalita**

Suicidální jednání je často spojené s depresivní poruchou, při přítomnosti deprese je koincidence sebevražedných myšlenek deklarována u 30 % případů (Malá & Pavlovský, 2010), jedná se o hrubé narušení nejzákladnějšího pudu, pudu přežití (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). U vojenské populace je komorbidita právě s depresí a PTSD, čím silnější jsou jednotlivé příznaky, tím stoupá pravděpodobnost výskytu sebevražedných myšlenek (Bryan, Morrow, Etienne, & Ray-Sannerud, 2013).

Rizikem suicidia jsou více ohroženi rezervisté než jejich profesionální kolegové, vykazují více suicidálních ideací, tendencí i pokusů (Lane et al., 2012). Riziko stoupá (jak již bylo mnohokrát zmíněno) s bojovou expozicí a je akcentováno

pocity viny (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow, & Etienne, 2013). V regresním modelu se jako důležité proměnné ukázaly mužské pohlaví, depresivní nebo manická porucha a abúzus alkoholu (LeardMann et al., 2013).

Podklad rozvoje suicidálních aktů je však multifaktoriální, proces lze zjednodušeně popsat takto: Bojové nasazení je přímo spojeno s eliminací strachu o život a vznikem PTSD, vysoká závažnost symptomatiky PTSD podněcuje rozvoj významných příznaků depresivity, která výrazně koreluje se suicidálním chováním (Bryan, Hernandez, Allison, & Clemans, 2013).

Prevalence sebevražd v americké armádní populaci byla v letech 2001 – 2007 nižší než mezi civilními obyvateli, po roce 2007 však stoupla, konkrétně v roce 2001 připadlo 9 sebevražd na 10 000 vojenských profesionálů, v roce 2009 se hodnota více než zdvojnásobila až na číslo 22 (Black, Shayne, Bell, & Ritchie, 2011), čímž se stává vedoucí příčinou mimo-bojových úmrtí ve vojenské populaci (LeardMann et al., 2013). Mezi lety 2008 a 2009 spáchalo sebevraždu celkem 255 aktivně sloužících amerických vojáků (Bachynski et al., 2012), mezi lety 2008 a 2010 to bylo 816 dokonanych sebevražd a 1514 nezdařených pokusů (Bush et al., 2013).

Aktuální (a smutný) trend vede k vytváření preventivních programů, které vychází z civilních workshopů a jsou upravovány dle potřeb armády. Bojový stres není přímým faktorem rozvoje suicidálních úvah, ale přes modulátory v podobě psychopatologické symptomatiky (depresivní, úzkostné, PTSD a abúzu návykových látek) podněcuje jejich incidenci. Programy suicidální prevence jsou tedy postaveny na snaze zmírnit pracovní stres, tréninku odolnosti a snížení výskytu rizikového a riskantního chování, zpřístupnění (nikoliv technicky, ale psychologicky) péče v případě prožívání psychopatologické symptomatiky a globálně na zlepšení kvality péče o (duševní) zdraví nasazených vojáků (Zamorski, 2011). Konkrétně se společnost pro péči o válečné veterány (v USA) zaměřila na 6 domén: zvyšování kapacity a dostupnosti péče, integraci péče o duševní zdraví do primární péče, transformaci psychologické péče v programu rekonvalescence po misi,

upřednostnění evidence-based přístupu a právě zvýšením priority v prevenci suicidálních aktů po návratu z mise (Katz, 2012).

#### 4.6. Well-being

Ve vojenských rodinách se jako nejlepší prediktor well-beingu ukazuje míra prožívané stresové zátěže. U žen vojáků, kteří právě slouží v zahraničí, stres vysvětluje celých 52 % narušení psychického well-beingu a 25 % tělesného zdraví, je to tedy velmi silná intervenující proměnná (Padden, Connors, & Agazio, 2011).

Nedílnou součástí well-beingu je i vnímaná sociální opora (Limbert, 2004) a celkově (psychický i fyzický) stav blízkých. Výzkumy ukazují, že psychické obtíže se nevyhýbají ani rodinám nasazených vojáků, což může tautologicky (cirkulárně) působit na jejich duševní zdraví (a pracovní výkonnost) (Verdeli et al., 2011).

Vojenský životní styl (v Americe) má čtyři základní charakteristiky, první a velmi významnou je (1) nejistota bezpečnosti vojáka, riskování života, dennodenní potenciál zranění nebo úmrtí, další je časté (2) stěhování – dle přiřazení ke konkrétní jednotce, tím pádem i vytržení z kořenů, (3) bydlení mimo známou oblast, poslední jsou (4) opakované separace během zahraničních misí. Ukazuje se na vzorku o 346 partnerkách (a partnerech) sloužících profesionálů, že tento životní styl má negativní dopad na fyzický i psychický well-being (tzn. tělesné i duševní zdraví), na životní spokojenost i na spokojenost v manželství (L. M. Burrell, Adams, Durand, & Castro, 2006).

Nicméně, odloučení a stres mohou mít na rodinu i pozitivní dopad, v podobě zvýšení jejich resilience, tím pádem zvýšení well-beingu. Podpora ze strany rodiny se pozitivně projevuje i ve výkonu vojáka na zahraniční misi. Zdravá podpora ze strany rodiny je krucální pro schopnost zvládat nástrahy služby, pro operační připravenost, kvalitní výkonnost i well-being (Norwood, Fullerton, & Hagen, 1996), v případě, že voják tuto podporu nemá a trpí obavami, jak jeho blízcí zvládají nastalou situaci, může se jeho účast v misijních úkolech stát neefektivní až defektní (Mateczun & Holmes, 1996).

Tyto výsledky indukují potřebu rozšíření péče pro všechny interesované osoby. Ženy vojáků, kteří využívají podpory a podpůrné sítě, dosahují vyšších skóre v dotaznících well-beingu (L. Burrell, Durand, & Fortado, 2003).

Příznaky poškození duševního zdraví, resp. well-beingu, jsou signifikantně vyšší u osob, které se vrací ze zahraničních operací (Reijnen et al., 2015), čím je taková operace delší, tím větší jsou dopady na well-being. Snížení well-beingu je příznačné pro neočekávaná prodloužení nasazení (Buckman et al., 2010), která vyvolávají stres z pocitů nejistoty.

Protektivně naopak působí vnímaná koheze jednotky, její soudržnost, pozitivní způsob vedení, možnost spolehnout se na své kolegy ve zbrani, obecně na podporující atmosféru v jednotce, tyto elementy zvyšují odolnost a přispívají ke kvalitě well-beingu (Griffith, 2002). Důležitá je i subjektivně prožívaná smysluplnost úkolu a prováděných činností, vnímání humanitárního účelu operačního záměru (Arnold, Turner, Barling, Kevin, & McKee, 2007). Termín flow, který označuje ponoření se do činnosti, příjemné prožívaný úkol, který je výzvou, avšak splnitelnou, kdy je jedinec plně zapojen do úlohy a nevnímá čas (Csikszentmihalyi, 1997) se ujal i ve vojenském prostředí a je popsán jako „bojové flow“ (combat flow). Bojové flow je taktéž pozitivní charakteristikou přispívající k well-beingu a snižující stresovou zátěž (Harari, 2008).

Při screeningu zdravotních záznamů kanadských vojenských profesionálů, vzorek čítající 16 193 osob, byla psychopatologická symptomatika, případně diagnóza, detekována u 10 % osob (Zamorski, Rusu, & Garber, 2014).

V holandské populaci při longitudinálním sledování byly zvýšeny příznaky únavy, hostility, ale i symptomatologie z ranku PTSD, deprese a úzkosti. Únava a depresivita se v průběhu půl roku po návratu ještě akcentovaly, hostilita a obtíže se spánkem se naopak mírně snížily (Reijnen et al., 2015).

Vzhledem k tomu, že špatný well-being neindukuje automaticky patologii, není třeba obtíže v duševní pohodě řešit primárně cestou lékařských a odborných vyšetření. Na americkém kontinentu je pro vojáky, kteří jsou sužováni



nepříjemnými pocity z boje nebo důsledky dlouhodobého odloučení od rodiny, které však nevygradovaly do patologické hloubky, připraven podpůrný program CSF (The Army's Comprehensive Soldier Fitness program). Ten je přístupný nejen pro vojáka, ale i pro rodinné příslušníky a pomáhá duševně zdravým jedincům, vyrovnat se s obtížemi charakteristickými pro vojenské prostředí (Casey Jr., 2011).

## EMPIRICKÁ ČÁST

## 5. ÚVOD

Většina zdrojů a informací, které se týkají tématu disertační práce, a které jsou uvedeny v teoretické části, pochází z výzkumů pořádaných převážně v prostředí anglosaském, kde jsou ozbrojené síly jinak konstituovány, průběh služby, výcviku i samotné nasazení v misi se značně odlišují od situace a podmínek, které známe z ČR. Oproti tomu v ČR nemáme ani dostatek reprezentativních výzkumů. To je dáno několika faktory. Jednak tím, že na rozdíl od jiných států, v ČR není v rezortu MO dostatečně silná a kompetentní, výzkumná instituce, která by se takovým aplikovaným výzkumem zabývala. Druhým důvodem je fakt, že odpovědná místa se stále drží, dnes již přežitě, snahy o prevenci, záchyt a případnou léčbu PTSD, přičemž dochází k jistému ignorování potíží jiných. Máme k dispozici některé dílčí studie, nicméně extenzivní reprezentativní výzkum v ČR dosud neproběhl.

Provedení takového výzkumu není snadné z několika důvodů. Jednak kvůli (již zmíněné) absenci dostatečně silné a důvěryhodné výzkumné instituce v rezortu MO ČR. Dalším důvodem je rezervovaný vztah příslušníků ozbrojených sil k vojenské psychologii. Pro klinickou psychologii v rezortu MO platí, že klinicko-psychologická oddělení vojenských nemocnic zastávají dvojí roli. Psychologie by tam sice měla být vnímána jako pomáhající profese, ovšem vzhledem k tomu, že ta samá oddělení zároveň vykonávají činnost expertizní a posudkovou, kdy se vyjadřují k tomu, zda voják může vykonávat speciální funkce, řídit automobil, či jet do mise, je psychologie zároveň vnímána jako profese ohrožující. Těžko tak lze očekávat, že voják, který má psychické potíže, bude hledat pomoc na té samé „chodbě“, kam přijde za půl roku poté na vyšetření, zda je způsobilý k výjezdu do zahraniční mise. Domnívá se totiž (a částečně jistě oprávněně), že kdyby tak učinil, sníží pravděpodobnost, že bude v rámci takového expertizního vyšetření shledán způsobilým. To se samozřejmě netýká jen situace, kdy voják hledá péči, ale i situací výzkumných. Byť jsou výzkumy anonymizovány, vojáci jsou k této anonymizaci stejně nedůvěřiví. Podobně přistupují i k psychologům operačním, kde se jako

problematická jeví jejich provázanost s útvarem, která se může vojákům jevit jako ohrožující a potenciálně stigmatizující.

Dalším důvodem je i fakt, že téma misí a vojáků je zajímavé jednak mediálně a jednak i povrchně – výzkumně. V přehledu akademických prací *theses.cz* lze nalézt stovky bakalářských a diplomových prací vyhovujících klíčovým sloům zahraniční mise, stres, psychologie atd. Příslušníci ozbrojených sil jsou „předotazníkovaní“ a jejich ochota podstupovat další a další výzkumy je mizivá. Hlavně proto, že z těchto výzkumů pro ně není žádný subjektivně vnímaný přínos.

## 6. CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

Jak již bylo naznačeno v teoretické části, účast ve vojenské zahraniční misi může mít negativní dopad na zdraví vojáka – a to jak na zdraví tělesné, tak i duševní. Pro účely této práce chápeme duševní zdraví v užším slova smyslu, tedy jako absenci psychopatologie, nikoli jako well-being, jak ho definuje WHO (Callahan, 1973). Cílem našeho výzkumu tedy je zmapovat, rozvíjí-li se u vojáků – veteránů zahraničních misí diskrétní psychopatologická symptomatika – a to převážně v subklinické formě.

Historicky se pozornost vojenských profesionálů z oboru psychologie a psychiatrie zaměřovala především na výskyt PTSD (Afari et al., 2009; Creamer et al., 2011; Jones & Wessely, 2005), ale PTSD není jediným mechanismem a obtíží, která poškozuje duševní zdraví vojenských profesionálů, jedná se mimo jiné i o příznaky z okruhu depresivní (C. Hoge et al., 2006; Kolkow et al., 2007) a úzkostné symptomatiky (Fiedler et al., 2006), ale i poruch spánku (Gellis et al., 2013) nebo maladaptivního chování v podobě rozvoje závislosti (Bray et al., 1991).

Tento zahraniční trend přesunu zájmu od PTSD k jiným nozologickým jednotkám, bychom rádi uplatnili i v českém prostředí, protože si uvědomujeme, že cílit psychologická vyšetření a následnou péči pouze na PTSD je poněkud omezeným přístupem, který přehlíží mnoho jiných duševních obtíží a s nimi spojenou sníženou kvalitu života vojenských profesionálů. Rádi bychom však šli ještě dále a směřovali o úroveň „níže“, tedy od nozologických jednotek směrem k symptomům.

Vstupní výzkumnou hypotézou je, že porovnáme-li populaci vojáků, kteří vyjeli do zahraniční mise s těmi, kdo do ní nevyjeli, najdeme mezi jednotlivými skupinami významný rozdíl. Očekáváme, že ti, kdo se zúčastnili zahraniční mise, budou vykazovat vyšší míru psychopatologické symptomatiky. Pravděpodobně subklinické a tedy v zásadě diskrétní, nicméně přesto vyšší než je tomu u těch, kteří do mise nikdy nevyjeli. Základní hypotéza je následující:

H<sub>A</sub>: Vojáci, kteří se zúčastnili zahraniční vojenské mise, vykazují statisticky signifikantně vyšší míru psychopatologických příznaků, než je tomu u vojáků, kteří se zahraniční mise nikdy nezúčastnili.

Kromě toho bychom rádi pracovali s dalšími dílčími hypotézami:

1. Předpokládáme, že vojáci obecně budou v rámci vyšetření málo ochotni ke spolupráci, respektive budou relativně málo sdílní.
2. Předpokládáme, že lépe budou probandi spolupracovat v případě, že si budou jisti anonymitou výzkumu – očekáváme, že míra naměřené a přiznané psychopatologie bude u této skupiny vyšší.
3. Očekáváme, že u účastníků misí nenalezneme hrubou psychopatologii, která by naplňovala diagnostická kritéria některé z nozologických jednotek, spíše předpokládáme, že zjistíme symptomaticky heterogenní „neurotizaci“ či „psychastenizaci“, snižující kvalitu života, ale nedosahující klinické hloubky.
4. Očekáváme, že účastníci zahraničních misí budou popisovat některé negativně hodnocené stavy a symptomy, o nichž se domnívají, že jsou způsobeny jejich účastí v misi.

Kromě toho by nás zajímaly i další dílčí otázky, nicméně se domníváme, že vytváření konkrétních hypotéz by zde bylo spíše prostým hádáním. Předpokládáme ale, že pokud se vyskytnou, budeme se jimi zabývat v diskusní části práce.

## 7. METODY

### 7.1. Použité diagnostické a výzkumné nástroje

Jako základní nástroj pro měření míry psychopatologie byl použit dotazník neurotické symptomatiky N70. Jedná se o dotazník, který je dlouhodobě používán pro mnohá psychologická vyšetření ve vojenských nemocnicích. Ač je, jak již bylo řečeno, v prostředí vojenských nemocnic používán rutinně dlouhá léta, nebyl dosud nikde oficiálně publikován a popsán jako diagnostický nástroj, a ani ve „výzkumném“ písemnictví na něj není mnoho odkazů (Flegr et al., 2012; Flegr, Preiss, & Klose, 2013). Nicméně jeho používání má v ozbrojených silách dlouhou tradici, psychometrické vlastnosti dotazníku byly mnohokrát ověřovány a jeho normy jsou pravidelně aktualizovány.

Jde o dotazník o sedmdesáti položkách popisující tzv. neurotickou symptomatiku, možnosti odpovědí na každou položku jsou celkem tři, určující četnost výskytu popisované symptomatiky (nikdy, někdy, často). Je rozdělen do sedmi škál po deseti položkách - Anxieta, Deprese, Obsese – Fobie, Hysterie, Hypochondrie, Vegetativní labilita a Psychastenie. (Dotazník je uveden v příloze 1).

Na každou ze sedmdesáti položek tedy proband vybírá z možností „nikdy“, „někdy“ a „často“. Odpovědi jsou ohodnoceny body, které se započítávají do skóru příslušné škály i do celkového skóru v dotazníku, přičemž odpověď „nikdy“ znamená nula bodů, odpověď „někdy“ jeden bod a odpověď „často“ dva body.

Dotazník nepoužívá žádné vážené skóry. V rámci pravidelně aktualizovaných norem je pro různé věkové kategorie vypočítán průměr a směrodatná odchylka pro každou škálu a pro dotazník celkově. Pro screeningové vyšetření je následně posuzováno, zda se probandův skór nachází v mezích populační normy, tedy že skóruje v průměrném pásmu, definovaném rozmezím plus mínus jedna směrodatná odchylka od průměru. Pro klinické vyšetření je navíc používáno inquiry, kdy v následném rozhovoru psycholog exploruje podrobnosti týkající se každé „nenulové“ odpovědi. Pro účely našeho výzkumu byla zvolena

pouze forma screeningová, následné dotazování jsme tedy neprováděli a používali jsme pouze číselné hodnoty jednotlivých položek, frekvenci jednotlivých typů odpovědí a skóry jednotlivých škál a celkový skór dotazníku.

Jako doplňkový nástroj jsme sestavili a využili dotazník vycházející částečně z naší klinické zkušenosti a dílem pak z experimentálního dotazníku, který byl použit v rámci projektu Obranného výzkumu Bojstres (Klose et al., 2011). Tento dotazník je zaměřen na subjektivně vnímané změny v životní pohodě a rozvoj případných psychopatologických symptomů pociťovaných po návratu z mise. (Dotazník je uveden v příloze 2). Dotazník je tvořen 25 položkami, na něž probandi odpovídají na čtyřbodové Likertově škále dle následující instrukce: *„Prosím, odpovězte na několik otázek týkajících se změn, které u sebe pozorujete, a které dáváte do souvislosti s účastí na misi (misích)“*. Čtyřbodová škála byla zvolena proto, aby probandi nemohli volit neutrální prostřední hodnotu a museli se tak přiklonit k některé z polárních možností dichotomické škály.

Dotazník nemá zpracované žádné dílčí škály či celkový skór, v jeho vyhodnocení a další zpracování počítáme pouze s frekvencemi různých druhů odpovědí na jednotlivé položky.

## 7.2. Organizace sběru dat, výzkumný soubor

Vzhledem k výše popsanému (relativně nevstřícnému) přístupu vojáků k psychologickým výzkumům a (z jejich pohledu zbytečnému) testování jsme při sestavování metodiky výzkumu hledali cestu, která by umožnila získat relevantní data a zároveň co nejméně zatěžovala probandy a neodrazovala je od účasti. Nakonec jsme se rozhodli pro kombinaci tří kroků:

### 1) **Dotazník N70 administrovaný v ÚVN Praha**

Pro účely této práce jsme srovnávali skór dvou skupin vojáků v tomto dotazníku. Šlo o situaci, kdy vojáci absolvovali vyšetření před výjezdem do zahraniční mise, ovšem nešlo o výjezd skutečný, nýbrž o vstup do roční pohotovosti pro výjezd, k němuž ale v této situaci dosud nikdy



nedošlo a vojáci ani nepředpokládají, že by k němu mělo dojít. Jde o záležitost poměrně nepopulární, neboť s sebou nese žádné benefity (finanční, přístup ke kvalitnější výstroji, možnost dodatečných rehabilitačních programů ap), ale zato poměrně významná omezení (plánování a délka dovolených, omezená možnost účasti v kurzech, zvýšené množství cvičení atd).

Toto vyšetření bylo vybráno z toho důvodu, že u ostatních typů vyšetření jsou vojáci většinou silně motivováni k tomu, aby „prošli“, což často vede k disimulaci případných potíží. U tohoto typu vyšetření tato motivace bývá nižší. Kohorta byla následně rozdělena na ty, kdo již byli ve skutečné misi a na ty, kdo v misi dosud nebyli.

Stručně řečeno, první výzkumnou skupinou byli ti, kdo ještě nikdy nebyli v misi a byli vyšetřeni pro účely zařazení do pohotovosti pro výjezd do mise. Druhou skupinou byli ti, kdo byli vyšetřováni pro stejný účel, ale v misi již právě jednou byli.

Sběr těchto dat probíhal mezi lety 2011 a 2016.

Z množství dat získaných při vyšetření na Ústředním lékařsko-psychologickém oddělení ÚVN Praha byli vybíráni jedinci pomocí již popsaného klíče. Data byla poté anonymizována. Pro účely následného zpracování byly vyřazeny všechny dotazníky, kde byl celkový skóre 0, protože jde pravděpodobně o výsledek disimulace či jinak záměrně zkresleného vyšetření.

V rámci sběru dat se ve vymezeném období podařilo shromáždit vzorek o 551 osobě v každé skupině.

Vzhledem k anonymizaci dat není dále rozlišováno mezi muži a ženami. Nicméně žen bylo v celém souboru 4,92 %. Pokud jde o věkové rozložení souboru, vypovídá o něm následující tabulka, kde mezi minimálním, maximálním a průměrným věkem nejsou patrné žádné významné rozdíly. Odlišnost je však znatelná v míře centrální tendence, konkrétně v modu, kdy ve skupině

nevyjíždějících je nejčtenější věk výrazně nižší než u skupiny novodobých válečných veteránů<sup>1</sup>.

Tabulka 1 – Věková charakteristika souboru

	N	Minimální věk	Maximální věk	Průměr	SD	Medián	Modus
Bez Výjezdu do mise	551	23	54	33,89	6,33	32,76	30,22
S výjezdem do mise	551	21	55	33,58	5,83	33,02	44,41

- 2) **Dotazník N70 administrovaný přes internet** Druhým krokem ve sběru výzkumných dat byl opět dotazník N 70. V této fázi byl administrován online (přes internet) dobrovolníkům, jejichž zařazení do výzkumné skupiny nebylo řízené, probíhající metodou sněhové koule. V tomto kroku nebyla použita žádná kontrolní či referenční skupina, dotazník mohl vyplnit kdokoliv, kdo slouží či sloužil v ozbrojených silách a zúčastnil se zahraniční mise.

Důvodem pro zařazení tohoto kroku byla snaha získat data, která nebudou zatížena zkreslením, které plyne z konkurzní charakteristiky expertizního vyšetření. Celkem tak bylo získáno 196 dotazníků, ovšem použitelných bylo jen 120. Některé byly vyřazeny ze stejných důvodů jako v předchozí fázi výzkumu, tedy proto, že jejich celkový skóre byl 0 a jiné proto, že byly nekompletní, či namísto číselného označení závažnosti symptomu obsahovaly různé slovní poznámky a vysvětlení (některé z nich budou následně zmíněny v diskusi).

<sup>1</sup> Kdo je válečný veterán řeší zákon Zákon č. 170/2002 Sb. o válečných veteránech, který mimo jiné říká, že válečným veteránem je příslušník bezpečnostního sboru konal službu nepřetržitě alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v zahraniční misi v místě ozbrojeného konfliktu nebo v místě s výrazně zhoršenou bezpečnostní situací.

Součástí administrace byly i nepovinné dotazy na věk, počet misí, celkový čas strávený v misi, na vykonávané funkce a místo nasazení. Tyto položky byly označeny jako nepovinné právě kvůli již několikrát zmiňované neochotě vojáků vyplňovat dotazníky a značné nedůvěře v to, že data nebudou zneužita. To se sice může jevit jako téměř paranoidní, na druhou stranu faktem je, že při znalosti těchto údajů a přístupu do patřičných databází, není vyloučeno (je to naopak velmi pravděpodobné), že by se konkrétní vojáky identifikovat podařilo. Pravděpodobně i z toho důvodu mělo pouze 40 vrácených dotazníků tato data uvedena.

Vzhledem k takto malému počtu dat a (díky značné variabilitě jejich kombinací) jsme upustili od dalšího dělení této skupiny probandů na subskupiny.

Tento sběr probíhal v letech 2015 a 2016.

### 3) **Dotazník zaměřený na subjektivně vnímané změny po nasazení v misi**

Třetím krokem výzkumu byl již zmíněný dotazník zaměřený na změny pociťované jako důsledek nasazení v zahraniční misi. I tento dotazník byl administrován online (přes internet) dobrovolníkům, jejichž zařazení do výzkumné skupiny bylo taktéž neřízené, probíhající metodou sněhové koule. Dotazník mohl vyplnit kdokoli, kdo splnil následující podmínky: Trvající poměr vojáka z povolání, účast alespoň v jedné misi - s tím, že doba od návratu z poslední mise (a tedy doba strávená „doma“) musí být alespoň jeden rok.

Sběr probíhal v roce 2016. Celkem se podařilo získat 174 použitelných dotazníků.

Oba internetové dotazníky byly administrovány následující formou: Nejprve jsme se snažili o administraci prostřednictvím dotazníkového serveru, nicméně ochota respondentů odpovídat byla velmi malá. Z obdržených reakcí vyplynulo, že jednak podobných žádostí dostávají mnoho a navíc tento způsob je sice komfortní pro výzkumníky, nikoli však pro respondenty. Dotazníky je tam totiž třeba vyplnit a odeslat najednou, není možné si rozpracovanou práci uložit. Z toho důvodu jsme

se rozhodli vyjít vstříc uvedeným podnětům a upřednostnit formu vyhovující respondentům, tedy vytvořit dotazník v dokumentu MS Excel, který umožňuje průběžné ukládání, návrat k rozpracovanému a tím teoreticky zvyšuje i validitu získaných dat, neboť má proband možnost své odpovědi důkladněji promyslet.

Kromě vyšší náročnosti při zpracování odpověďových formulářů (navrátišších dokumentů od navrátišších se vojáků) se zde opět vynořuje i problematická otázka anonymizace, neboť vyplněný dotazník je potřeba zaslat z e-mailové adresy, která v mnohých případech vede ke zřetelné identifikaci vyplňující osoby. Abychom zamezili těmto obavám, zřídili jsme emailovou adresu (čistě pro tyto výzkumné potřeby), z níž respondenti měli možnost posílat autorům dotazníky vyplněné ve formátu MS Excel dokumentu.

Náročnost zpracování takto odeslaných výsledků byla sice výrazně vyšší než při využití online formulářových platforem, nicméně výrazně zvýšená tím byla i návratnost dotazníků.

### 7.3. Zpracování získaných dat

Všechna získaná data byla následně podrobena matematicko statistické analýze metodami deskriptivní a konfirmatorní statistické analýzy a zpracována pomocí počítačových programů SPSS a MS Excel.

Prvním krokem při zpracování získaných dat bylo vyřazení všech dotazníků N70, jejichž celkový skór byl 0. Důvodem tohoto kroku bylo to, že tento skór je pravděpodobně nerealisticky nízký a spíše než validním výsledkem je odrazem snahy o disimulaci. To je dáno tím, že většina dotazníků byla administrována v rámci již popisovaného expertizního vyšetření, kdy motivací probandů je vyšetřením „projít“ a veškeré potíže tedy spíše popírat. Stejná úvaha by pravděpodobně mohla vést k vyřazení i dotazníků se skórem 1, nicméně ty jsme v souboru ponechali, protože tento skór alespoň nesvědčí pro tu nejhrubší disimulaci.

Pro úplnost uvádíme, že v souboru probandů, jejichž data byla získána v Ústřední vojenské nemocnici Praha při expertizním vyšetření, bylo 8,1 % dotazníků se skórem 0 a 7,8 % dotazníků se skórem 1. V souboru dotazníků sbíraných přes internet byl skór 0 pouze v 1 % dotazníků a skór 1 se nevyskytoval vůbec (nejnižší skór byl 6). Pro srovnání ještě můžeme uvést, že pokud jako referenční skupinu vezmeme vyšetření, která jsou prováděna bezprostředně po návratu z mise, tak rozložení extrémně nízkých skórů bude obdobné: 7,1 % probandů má celkový skór 0 a 8,8 % probandů má skór 1.

## 8. VÝSLEDKY

V této kapitole přinášíme přehled námi získaných výsledků, jejich sumarizaci a částečnou interpretaci.

### 8.1. Porovnání dat získaných při vyšetření před zařazením do pohotovosti.

Co se týká porovnání obou skupin, pokud jde o celkový skóre v dotazníku N70, tak výsledky dokládá následující tabulka, kde „Nevyjeli“ označuje skupinu těch, kdo nikdy v misi nebyli a „Vyjeli“ je označením pro ty, kdo absolvovali jednu zahraniční misi.

Patrný je rozdíl v průměru i směrodatné odchylce, v obou případech je u skupiny válečných veteránů položka elevována.

Tabulka 2 – Celkový skóre v dotazníku N70

Skupina	N	Průměr	SD	Std. Error Mean
Nevyjeli	551	5,69	3,39	,14
Vyjeli	551	8,49	6,13	,26

Výsledky celkového skóru v dotazníku neurotické symptomatiky N70 obou skupin byly dále porovnány pomocí t testu pro dva nezávislé výběry. Výsledek tohoto porovnání ilustruje následující tabulka:

Tabulka 3 – t test

T	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
-9,407	,000	-2,808

Ze zjištěného vyplývá, že mezi oběma skupinami je statisticky signifikantně významný rozdíl. Průměrný celkový skór těch, kdo do mise vyjeli je statisticky významně vyšší než u skupiny probandů, kteří v misi dosud nebyli.

### 8.1.1. Porovnání dílčích škál

Pokud jde o průměry skórů jednotlivých škál dotazníku N70 a jejich směrodatné odchylky, pak jejich charakteristiky popisuje tabulka následující. Mezi škály, kde se objevuje nejvíce subjektivních stížností, patří anxieta a hysterie, nejméně naopak vojáci skórují v položkách označujících depresivitu a psychastenii.

Tabulka 4 – charakteristiky jednotlivých škál

Skupina		N	Průměr	SD	Std. Error Mean
ANXIETA	Nevyjeli	551	1,25	1,261	0,054
	Vyjeli	551	1,84	1,67	0,071
DEPRESIVITA	Nevyjeli	551	0,2	0,528	0,022
	Vyjeli	551	0,46	0,862	0,037
OBSESE - FOBIE	Nevyjeli	551	0,94	0,985	0,042
	Vyjeli	551	1,28	1,26	0,054
HYSTERIE	Nevyjeli	551	1,28	1,141	0,049
	Vyjeli	551	1,64	1,324	0,056
HYPOCHONDRIE	Nevyjeli	551	1,05	1,134	0,048
	Vyjeli	551	1,47	1,297	0,055
VEGETATIVNÍ LABILITA	Nevyjeli	551	0,84	1	0,043
	Vyjeli	551	1,33	1,533	0,065
PSYCHASTENIE	Nevyjeli	551	0,24	0,552	0,023
	Vyjeli	551	0,66	1,35	0,058

Statistické porovnání rozdílů mezi oběma soubory pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry je uvedeno v následující tabulce:

Tabulka 5 – srovnání jednotlivých škál

	t	Sig.(2-tailed)	Mean Difference
ANXIETA	-6,58	,000	-,586
DEPRESE	-5,86	,000	-,252
FOBIE	-5,01	,000	-,341
HYSTERIE	-4,83	,000	-,359
HYPOCHONDRIE	-5,71	,000	-,419
VEGETATIVNÍ LABILITA	-6,31	,000	-,492
PSYCHASTENIE	-6,75	,000	-,419

Ze zjištěného tedy vyplývá, že obě skupiny se statisticky signifikantně odlišovaly ve všech sedmi škálách dotazníku N70. Ve všech měřených škálách tedy ti, kdo se mise účastnili, skórují signifikantně výše než ti, kdo v misi nikdy nebyli.

### 8.1.2. Porovnání napříč položkami

V další fázi jsme srovnávali, nakolik se oba soubory liší v jednotlivých položkách dotazníku. Pro větší přehlednost zde uvádíme jen ty položky, kde jsme našli statisticky významný rozdíl. (\*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ )

Tabulka 6 – statisticky významně odlišné položky

Číslo položky	Otázka	signifikance
1	Zmocní se Vás neklid, když Vás volá představený a Vy nevíte, o co jde?	**
3	Míváte v náročných situacích pocit svírání v břiše, v hrudníku, chce se Vám častěji na stranu?	**
4	Trpíte trémou?	**



8	Trpíte pocitem neurčitého strachu, i když k němu nemáte žádné důvody?	**
9	Když stojíte před nějakou vážnou situací, vnímáte zpravidla nepříjemně tlukot vlastního srdce?	**
10	Míváte stavy, kdy pro vnitřní napětí nevydržíte chvíli v klidu, musíte se pohybovat, něco neúčelného dělat? (kouřit jednu cigaretu za druhou - jste-li kuřák)?	**
12	Ztratil jste schopnost bavit se, veselit se, dívat se radostně do budoucnosti?	**
14	Stává se Vám, že v situacích, které Vás zraňují, jen stěží ovládnete pláč?	**
16	Máte dojem, že kvůli smutným náladám poklesl Váš zájem o věci, které Vás dříve zajímaly?	**
17	Snižuje Vám smutek a neradostná nálada pracovní výkon?	**
18	Stává se Vám, že nemůžete večer usnout, protože nejste schopni zaplašit myšlenky, které se vztahují k předmětu Vašeho neštěstí?	**
21	Vtírá se Vám často myšlenka, že trpíte nějakou těžkou chorobou, nebo že byste ji mohl dostat?	*
24	Trpíte silnou úzkostí, když se octnete v davu lidí?	*
25	Trpíte tísnivým pocitem, že jste zapomněl na některé běžné denní úkoly (zavřít okno, zamknout byt, zhasnout světlo)?	**
27	Obtěžují Vás často nevhodné myšlenky, se kterými nesouhlasíte a které stěží můžete zaplašit?	**
28	Musíte často překontrolovat své předchozí úkoly, abyste se uklidnil a nabyl jistoty, že jste je provedl správně?	**
29	Přivede Vás silně z míry, když jsou narušeny Vaše běžné denní zvyklosti?	**
32	Dělá Vám dobře, když se můžete stát středem pozornosti?	**
35	Míváte pocit, že při rozčilení se nedovedete ubrzdít, ačkoliv v podvědomí cítíte, že jednáte nesprávně?	**
36	Stane se Vám, že v nepříjemných situacích nejste schopni promluvit, jakoby Vám zmrtvěl jazyk?	**
37	Máte rád dramatické situace, ve kterých se můžete nějak "blýsknout"?	*
39	Pozorujete, že máte sklon k pózám nebo předstírání?	**
40	Zaintrikujete si někdy, abyste dosáhl cíle, který jste si předsevzal?	**
42	Máte sklon k bedlivému pozorování svých zdravotních potíží?	**
47	Trápí Vás zažívací potíže?	**
48	Míváte průjmy nebo zácpu?	**
50	Svěřujete se svým známým se svými potížemi?	**
51	Trpíte celkovým nadměrným pocením nebo potivostí rukou či nohou?	**
52	Trpíte bolestmi hlavy?	**
54	Rozbuší se Vám snadno srdce v náročných situacích?	**
55	Červenáte se snadno?	*

57	Pozorujete, že se Vám těžko dýchá, aniž by to odpovídalo Vašemu momentálnímu fyzickému zatížení?	*
59	Máte pocit na zvracení, když spatříte věc, která vzbuzuje odpor, nebo slyšíte vyprávět o hnusných věcech?	**
61	Trpíte pocitem vnitřního neklidu, napětí, nesoustředěnosti?	**
62	Máte pocit, že v poslední době Vám paměť neslouží tak dobře jako dříve?	**
63	Domníváte se, že v poslední době snášíte mnohem hůř hluk a shon ve svém okolí?	**
64	Míváte pocit únavy a vyčerpání, který neodpovídá Vašemu pracovnímu vytížení?	**
65	Máte pocit celkové slabosti?	*
67	Trpíte podrážděností, vyvedou Vás z míry i nepodstatné věci?	**
68	Máte pocit, že Vám práce nejde tak dobře od ruky jako dříve, že se Váš výkon přes veškerou snahu snižuje?	**
69	Unavíte se snadněji než dříve?	**
70	Máte špatný spánek, probouzí se ráno s pocitem, že Vás spánek neosvěžil?	**

Vzhledem k relativně velkému souboru jsme si mohli dovolit srovnávat i tato data pomocí dvouvýběrového t-testu pro dva nezávislé výběry a nemuseli jsme použít metody pro porovnávání kvalitativních dat, jak by jinak bylo na místě. Ze srovnání tedy můžeme usuzovat na to, nakolik silně jsou jednotlivé škály syceny položkami, v nichž se obě skupiny navzájem liší. Škála ANXIETA je sycena šesti lišícími se položkami, škála DEPRESE pěti lišícími se položkami, škála FOBIE šesti lišícími se položkami, škála HYSTERIE šesti lišícími se položkami, škála HYPOCHONDRIE čtyřmi lišícími se položkami, škála VEGETATIVNÍ LABILITA šesti lišícími se položkami a škála PSYCHASTENIE devíti lišícími se položkami. Nejméně citlivá (co do počtu odlišných položek) se tedy jeví být škála HYPOCHONDRIE a nejvíce citlivá škála PSYCHASTENIE.

## 8.2. Data získaná přes internet

Pro ilustraci nejprve uvádíme porovnání charakteristik dat získaných od všech tří skupin probandů, jimž byl administrován dotazník N70 (tedy dvě skupiny

z předchozí kapitoly a „nová“ skupina „web“ – tj. novodobí váleční veteráni, kteří vyplnili dotazník N 70 – přes internet).

**Tabulka 7 – deskriptivní statistika - jednotlivé výzkumné skupiny**

Skupina	Škála	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nevyjeli	CELKOVÝ SKÓR	551	1	14	5,69	3,391
	ANXIETA	551	0	7	1,25	1,261
	DEPRESE	551	0	3	,20	,528
	FOBIE	551	0	4	,94	,985
	HYSTERIE	551	0	5	1,28	1,141
	HYPOCHONDRIE	551	0	7	1,05	1,134
	VEGETATIVNÍ LABILITA	551	0	5	,84	1,000
	PSYCHASTENIE	551	0	3	,24	,552
Vyjeli	CELKOVÝ SKÓR	551	2	41	8,49	6,131
	ANXIETA	551	0	11	1,84	1,670
	DEPRESE	551	0	6	,46	,862
	FOBIE	551	0	6	1,28	1,260
	HYSTERIE	551	0	9	1,64	1,324
	HYPOCHONDRIE	551	0	6	1,47	1,297
	VEGETATIVNÍ LABILITA	551	0	10	1,33	1,533
	PSYCHASTENIE	551	0	10	,66	1,350
Web	CELKOVÝ SKÓR	120	6	95	32,68	15,716
	ANXIETA	120	1	17	5,92	2,763
	DEPRESE	120	0	18	3,54	3,358

	FOBIE	120	0	16	4,46	3,018
	HYSTERIE	120	0	11	3,85	2,024
	HYPOCHONDRIE	120	0	12	4,12	2,460
	VEGETATIVNÍ LABILITA	120	0	15	4,87	2,687
	PSYCHASTENIE	120	0	20	5,92	3,991

Z tabulky 7 tak vyplývá, že skupina těch, kdo do zahraniční mise dosud nevyjeli, skóruje v dotazníku N70 z našich skupin celkově nejnižší. Nevyšších skóre naopak dosahuje skupina veteránů, kteří dotazník vyplnili anonymně přes internet. Protože jsme již v předchozím kroku prokázali statisticky významný rozdíl mezi prvními dvěma skupinami (tedy mezi těmi, kdo dosud nebyli v misi a těmi, kdo v misi byli, ale administraci dotazníku podstoupili v rámci služebně povinného expertizního vyšetření), tak v dalším kroku srovnáváme skupinu těch, kdo absolvovali jednu misi s veterány, kteří vyplnili dotazník prostřednictvím internetu:

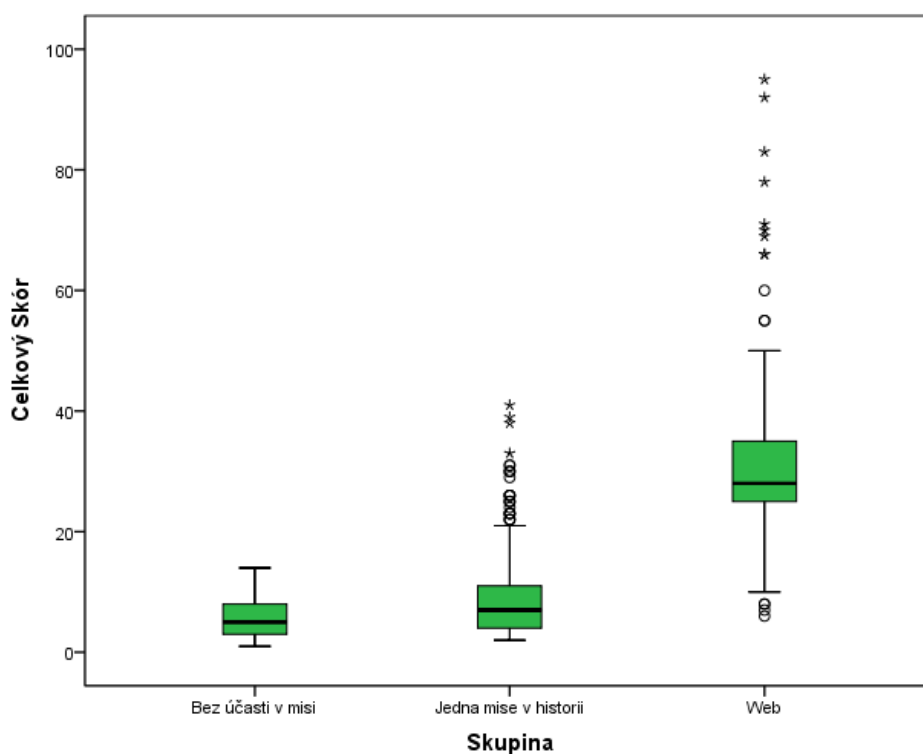
**Tabulka 8 – srovnání skupin „vyjeli“ a „web“**

		t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
CELKOVÝ SKÓR	Equal variances assumed	-27,76	0,00	-24,19
	Equal variances not assumed	-16,59	0,00	-24,19
ANXIETA	Equal variances assumed	-21,22	0,00	-4,09
	Equal variances not assumed	-15,59	0,00	-4,09
DEPRESIVITA	Equal variances assumed	-18,94	0,00	-3,09
	Equal variances not assumed	-10,00	0,00	-3,09
FOBIE	Equal variances assumed	-18,45	0,00	-3,18
	Equal variances not assumed	-11,33	0,00	-3,18
HYSTERIE	Equal variances assumed	-14,88	0,00	-2,21
	Equal variances not assumed	-11,43	0,00	-2,21

HYPOCHONDRIE	Equal variances assumed	-16,74	0,00	-2,65
	Equal variances not assumed	-11,44	0,00	-2,65
VEGETATIVNÍ LABILITA	Equal variances assumed	-19,61	0,00	-3,54
	Equal variances not assumed	-13,96	0,00	-3,54
PSYCHASTENIE	Equal variances assumed	-25,10	0,00	-5,26
	Equal variances not assumed	-14,27	0,00	-5,26

Z tabulky 8 tak jednoznačně vyplývá, že ve všech sedmi škálách i celkovém skóru dotazníku N70 existuje statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami.

Na tomto místě je samozřejmě třeba zmínit, že všechny tři skupiny nejsou samozřejmě zcela shodné, co do distribuce skóru. Dobře to ilustruje následující graf, z něhož je jasně vidět, že skupina těch, kdo do mise nevyjeli, je z hlediska distribuce skóru odpovědí poměrně homogenní, zatímco u skupiny internetových dobrovolníků je distribuce skóru daleko více „roztříštěná“ a objevuje se tu velké množství (relativně) extrémně vysokých skóru, celkově je i průměr pro internetové hodnocení výrazně vyšší než ty, které pochází z expertizního psychologického vyšetření prováděného v rámci hodnocení psychologické profesní způsobilosti.



### 8.3. Dotazník zaměřený na další symptomy

Třetím pilířem této práce byl dotazník zaměřený na jiné symptomy, než jaké zjišťuje dotazník N70. Tento dotazník byl administrován, jak již bylo popsáno, dobrovolníkům anonymně přes internet. Přehled výsledků distribuce odpovědí přináší následující tabulka (tučným písmem je zvýrazněna nejčastější odpověď).

Tabulka 9 – Frekvence odpovědí v dotazníku zaměřeném na další symptomy

Tabulka 9 – Frekvence odpovědí v dotazníku zaměřeném na další symptomy		0 - ne 1 - spíše ne 2 - spíše ano 3 - ano	Procento odpovědí „0“	Procento odpovědí „1“	Procento odpovědí „2“	Procento odpovědí „3“
1	Měl jste po návratu z mise nějaké potíže s adaptací na „normální“ život, které přetrvávají dodnes?	0 1 2 3	29,89	<b>35,63</b>	22,99	11,49
2	Měl jste potíže začlenit se do rodiny, jejichž důsledky pociťujete dodnes?	0 1 2 3	<b>35,06</b>	25,86	28,74	10,34
3	Pozorujete na sobě nějaké změny, které hodnotíte negativně a které přetrvávají dodnes?	0 1 2 3	20,11	<b>41,95</b>	27,59	10,34
4	Máte dojem, že jste se po misi nikdy doopravdy nevrátil do reality všedních dnů?	0 1 2 3	<b>38,51</b>	27,01	22,99	11,49
5	Připadá vám běžný život doma oproti misi nezajímavý?	0 1 2 3	<b>32,18</b>	29,89	27,01	10,92

6	Připadají vám každodenní starosti banální, zbytečné?	0 1 2 3	25,86	<b>32,76</b>	31,61	9,77
7	Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve bavily a zajímaly?	0 1 2 3	<b>51,72</b>	14,37	23,56	10,34
8	Připadá vám, že jste se po návratu z mise změnil k horšímu?	0 1 2 3	23,56	<b>40,8</b>	22,41	13,22
9	Máte pocit, jako byste znovu prožíval některé události v misi?	0 1 2 3	<b>50,0</b>	18,97	20,11	10,92
10	Vyhýbáte se situacím, které vám připomínají misi?	0 1 2 3	<b>56,9</b>	13,22	20,11	9,77
11	Kritizuje vás víc vaše okolí?	0 1 2 3	<b>36,78</b>	31,03	22,41	9,77
12	Jste vy víc kritický k lidem ze svého okolí?	0 1 2 3	<b>34,48</b>	28,16	24,71	12,64
13	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké změny k horšímu v partnerském vztahu, které přetrvávají dodnes?	0 1 2 3	<b>32,76</b>	22,41	27,59	17,24
14	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké negativní změny na Vašem pracovišti, které přetrvávají dodnes?	0 1 2 3	<b>39,08</b>	23,56	25,86	11,49
15	Pijete více alkoholu než před misí?	0 1 2 3	<b>55,17</b>	14,94	20,11	9,77
16	Hrajte více hazardní hry než před misí?	0 1 2 3	<b>56,9</b>	16,09	18,39	8,62
17	Kouříte více než před misí?	0 1 2 3	<b>51,15</b>	15,52	22,41	10,92
18	Máte pocit vnitřního napětí, ohrožení, snadno se polekáte?	0 1 2 3	<b>55,17</b>	13,22	21,26	10,34
19	Vyhýbáte se kontaktu s lidmi?	0 1 2 3	<b>54,6</b>	14,37	21,26	9,77
20	Máte pocit, že si s lidmi hůř rozumíte?	0 1 2 3	<b>47,7</b>	20,69	20,69	10,92
21	Máte problém vcítit se do druhých lidí a porozumět jim?	0 1 2 3	<b>44,25</b>	21,84	24,14	9,77
22	Jste více nervózní?	0 1 2 3	<b>45,4</b>	22,99	20,69	10,92
23	Máte problémy s pamětí?	0 1 2 3	<b>39,08</b>	29,89	22,41	8,62
24	Ztratil jste schopnost radovat se?	0 1 2 3	<b>51,15</b>	16,67	20,69	11,49
25	Vyhledal byste v případě obtíží vojenského psychologa?	0 1 2 3	<b>43,68</b>	40,8	8,62	6,9

Detailně se výsledkům tohoto dotazníku budeme věnovat v diskusní části práce. Nicméně zaměříme-li pozornost na jednotlivé položky, vidíme, že většina z nich (přibližně 30-40 % respondentů) uvádí, že pociťují změny, které se dají charakterizovat jako negativní, a které přetrvávají ještě roky po nasazení v misi.

Pro větší přehlednost uvádíme stejnou tabulku ještě jednou, nicméně s řádky seřazenými podle toho, kolik procent probandů volilo na Likertově škále možnosti „spíše ano“ a „ano“:

Tabulka 10 – dotazník zaměřený na další symptomy, řazení dle frekvence „pozitivních“ odpovědí

Položka	Procento odpovědí „2“ a „3“
---------	-----------------------------

13	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké změny k horšímu v partnerském vztahu, které přetrvávají dodnes?	44,83
6	Připadají vám každodenní starosti banální, zbytečné?	41,38
2	Měl jste potíže začlenit se do rodiny, jejichž důsledky pocítujete dodnes?	39,08
3	Pozorujete na sobě nějaké změny, které hodnotíte negativně a které přetrvávají dodnes?	37,93
5	Připadá vám běžný život doma oproti misi nezajímavý?	37,93
12	Jste vy víc kritický k lidem ze svého okolí?	37,35
14	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké negativní změny na Vašem pracovišti, které přetrvávají dodnes?	37,35
8	Připadá vám, že jste se po návratu z mise změnil k horšímu?	35,63
1	Měl jste po návratu z mise nějaké potíže s adaptací na „normální“ život, které přetrvávají dodnes?	34,48
4	Máte dojem, že jste se po misi nikdy doopravdy nevrátil do reality všedních dnů?	34,48
21	Máte problém vcítit se do druhých lidí a porozumět jim?	33,91
7	Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve bavily a zajímaly?	33,9
17	Kouříte více než před misí?	33,33
11	Kritizuje vás víc vaše okolí?	32,18
24	Ztratil jste schopnost radovat se?	32,18
20	Máte pocit, že si s lidmi hůř rozumíte?	31,61
22	Jste více nervózní?	31,61
18	Máte pocit vnitřního napětí, ohrožení, snadno se polekáte?	31,6
9	Máte pocit, jako byste znovu prožíval některé události v misi?	31,03
19	Vyhýbáte se kontaktu s lidmi?	31,03
23	Máte problémy s pamětí?	31,03
10	Vyhýbáte se situacím, které vám připomínají misi?	29,88
15	Pijete více alkoholu než před misí?	29,88
16	Hrajte více hazardní hry než před misí?	27,01



25	Vyhledal byste v případě obtíží vojenského psychologa?	15,52
----	--	-------

Z tabulky plyne. Že čím více je dotaz nespécifický, tzn. obecně zjišťující negativní důsledky pro mezilidské vztahy (pracovní, rodinné i partnerské) či obecné dotazy na potíže s adaptací, tím více mají respondenti tendenci odpovídat pozitivně. Naopak, čím více je dotaz konkrétní a více směřuje k nějaké známé patologii, tím procento pozitivních odpovědí klesá. Nicméně i tak nějaký negativní důsledek mise popisuje třetina našich respondentů. Jediná otázka, která se svým charakterem vymyká všem ostatním, zkoumá důvěryhodnost vojenských psychologů jako místa, kde lze potíže řešit, ta je ovšem relativně nízká.

#### **8.4. Analýza škál dotazníku N70 napříč jednotlivými výzkumnými skupinami**

Zajímavé je i srovnání položek jednotlivých škál dotazníku N70 mezi výzkumnými skupinami a jejich vzájemné porovnání. Pro tento účel bereme v potaz „nenulové“ odpovědi, tj. ty, kde probandi připouští nějakou prožívanou psychopatologickou symptomatiku. Níže uvádíme tabulky seřazené dle jednotlivých škál dotazníku, jejich podrobnější analýzou se budeme zabývat v kapitole věnované diskusi.

### 8.4.1. Anxieta

Tabulka 11 – Anxieta, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
1	Zmocní se Vás neklid, když Vás volá představený a Vy nevíte, o co jde?	26,27	0,00	<b>26,27</b>	35,33	0,36	<b>35,69</b>	15,76	1,09	<b>16,85</b>
2	Míváte pocit nepříjemného vnitřního napětí, jako by se mělo něco zlého přihodit?	9,78	0,00	<b>9,78</b>	12,32	0,00	<b>12,32</b>	14,86	1,27	<b>16,13</b>
3	Míváte v náročných situacích pocit svírání v břiše, v hrudníku, chce se Vám častěji na stranu?	13,22	0,00	<b>13,22</b>	22,28	0,18	<b>22,46</b>	12,50	2,00	<b>14,50</b>
4	Trpíte trémou?	52,17	0,18	<b>52,36</b>	66,30	0,00	<b>66,30</b>	18,12	0,73	<b>18,84</b>
5	Trpíte strachem, který je zcela nepřiměřený situaci, ze které pramení?	3,44	0,00	<b>3,44</b>	5,25	0,00	<b>5,25</b>	9,42	0,18	<b>9,60</b>
6	Máte pocit na zvracení, když očekáváte nějakou nepříjemnost?	0,54	0,00	<b>0,54</b>	0,54	0,00	<b>0,54</b>	3,80	0,18	<b>3,99</b>
7	Přejíždáte se, na rozdíl od ostatních lidí, když máte žal nebo starosti?	1,09	0,00	<b>1,09</b>	3,08	0,18	<b>3,26</b>	3,44	0,91	<b>4,35</b>
8	Trpíte pocitem neurčitěho strachu, i když k němu nemáte žádné důvody?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	3,08	0,00	<b>3,08</b>	6,70	0,73	<b>7,43</b>
9	Když stojíte před nějakou vážnou situací, vnímáte zpravidla nepříjemně tlukot vlastního srdce?	10,33	0,00	<b>10,33</b>	17,03	0,00	<b>17,03</b>	13,41	0,54	<b>13,95</b>
10	Míváte stavy, kdy pro vnitřní napětí nevydržíte chvíli v klidu, musíte se pohybovat, něco neúčelného dělat? (kouřit jednu cigaretu za druhou - jste-li kuřák)?	7,61	0,00	<b>7,61</b>	16,30	0,00	<b>16,30</b>	11,96	1,63	<b>13,59</b>

## 8.4.2. Deprese

Tabulka 12 – Deprese, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
11	Propadáte v poslední době snadno beznaději?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,36	0,00	<b>0,36</b>	2,54	1,09	<b>3,63</b>
12	Ztratil jste schopnost bavit se, veselit se, dívat se radostně do budoucnosti?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	2,90	0,18	<b>3,08</b>	5,98	1,09	<b>7,07</b>
13	Domníváte se, že jste nešťastný člověk?	0,00	1,09	<b>1,09</b>	1,27	0,54	<b>1,81</b>	3,99	0,54	<b>4,53</b>
14	Stává se Vám, že v situacích, které Vás zraňují, jen stěží ovládnete pláč?	1,63	0,00	<b>1,63</b>	6,34	0,00	<b>6,34</b>	5,80	0,73	<b>6,52</b>
15	Pronásledují Vás černé myšlenky a nemůžete se jich zbavit?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	1,27	0,00	<b>1,27</b>	4,89	0,73	<b>5,62</b>
16	Máte dojem, že kvůli smutným náladám poklesl Váš zájem o věci, které Vás dříve zajímaly?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	2,72	0,00	<b>2,72</b>	6,34	1,45	<b>7,79</b>
17	Snižuje Vám smutek a neradostná nálada pracovní výkon?	9,60	0,00	<b>9,60</b>	14,86	0,00	<b>14,86</b>	11,78	0,91	<b>12,68</b>
18	Stává se Vám, že nemůžete večer usnout, protože nejte schopen zaplašit myšlenky, které se vztahují k předmětu Vašeho neštěstí?	4,17	0,00	<b>4,17</b>	11,59	0,00	<b>11,59</b>	12,50	0,91	<b>13,41</b>
19	Máte pocit, že se od Vás přátelé odvracejí, ačkoliv jste jim nic špatného neudělal?	1,27	0,00	<b>1,27</b>	2,72	0,00	<b>2,72</b>	5,43	0,36	<b>5,80</b>
20	Přemýšlíte v poslední době o sebevraždě?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	<b>0,00</b>	1,63	0,18	<b>1,81</b>

### 8.4.3. Obsese – fobie

Tabulka 13 – Obsese - fobie, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
21	Vtírá se Vám často myšlenka, že trpíte nějakou těžkou chorobou, nebo že byste ji mohl dostat?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	2,17	0,00	<b>2,17</b>	4,53	0,91	<b>5,44</b>
22	Trpíte nepochopitelným strachem v uzavřených místnostech nebo prostorech?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,36	0,00	<b>0,36</b>	1,45	0,18	<b>1,63</b>
23	Máte silný strach z výšek, bojíte se pádu, nebo Vám něco ve výšce našeptává, že máte skočit dolů?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	0,91	0,00	<b>0,91</b>	2,54	0,91	<b>3,44</b>
24	Trpíte silnou úzkostí, když se octnete v davu lidí?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,91	0,00	<b>0,91</b>	1,99	0,91	<b>2,90</b>
25	Trpíte tísnivým pocitem, že jste zapomněl na některé běžné denní úkoly (zavřít okno, zamknout byt, zhasnout světlo)?	8,70	0,00	<b>8,70</b>	14,49	0,00	<b>14,49</b>	10,14	1,27	<b>11,42</b>
26	Přicházejí Vám často nesmyslné nápady, jako třeba počítat okna, šlapat jen po určitých kostkách chodníku, říkat nevhodná slova ve vážných situacích?	6,52	0,00	<b>6,52</b>	9,42	0,00	<b>9,42</b>	8,70	0,54	<b>9,24</b>
27	Obtěžují Vás často nevhodné myšlenky, se kterými nesouhlasíte a které stěží můžete zaplašit?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	2,54	0,00	<b>2,54</b>	7,25	0,91	<b>8,15</b>
28	Musíte často překontrolovat své předchozí úkoly, abyste se uklidnil a nabyl jistoty, že jste je provedl správně?	18,48	0,00	<b>18,48</b>	24,46	0,36	<b>24,82</b>	13,22	1,45	<b>14,68</b>
29	Přivede Vás silně z míry, když jsou narušeny Vaše běžné denní zvyklosti?	3,26	0,00	<b>3,26</b>	10,33	0,00	<b>10,33</b>	9,96	0,73	<b>10,69</b>
30	Myslíte si, že jste puntičkář? Nesnášíte, když se něco dělá nepřesně, nebo když nemáte kolem sebe naprostý pořádek?	44,75	5,08	<b>49,83</b>	49,82	5,81	<b>55,63</b>	12,86	3,99	<b>16,86</b>

#### 8.4.4. Hysterie

**Tabulka 14 – Hysterie, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami**

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
31	Míváte pocit, že na Vás jdou mdloby, když se silněji rozrušíte?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,18	0,00	<b>0,18</b>	1,45	0,00	<b>1,45</b>
32	Dělá Vám dobře, když se můžete stát středem pozornosti?	52,72	1,63	<b>54,35</b>	60,51	1,81	<b>62,32</b>	16,12	2,00	<b>18,12</b>
33	Pocítujete mravenčení nebo ztrátu citlivosti kůže v některých místech, když se silněji rozrušíte?	1,63	0,00	<b>1,63</b>	1,27	0,00	<b>1,27</b>	2,17	0,73	<b>2,90</b>
34	Stává se Vám, že pro silné rozrušení přestáváte vládnout končetinami?	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,54	0,00	<b>0,54</b>	1,63	0,18	<b>1,81</b>
35	Míváte pocit, že při rozčilení se nedovedete ubrzdít, ačkoliv v podvědomí cítíte, že jednáte nesprávně?	3,99	0,00	<b>3,99</b>	8,51	0,00	<b>8,51</b>	9,42	0,54	<b>9,96</b>
36	Stane se Vám, že v nepříjemných situacích nejste schopni promluvit, jakoby Vám zmrtněl jazyk?	0,91	0,00	<b>0,91</b>	4,53	0,00	<b>4,53</b>	5,62	1,09	<b>6,70</b>
37	Máte rád dramatické situace, ve kterých se můžete nějak "blýsknout"?	40,40	0,91	<b>41,31</b>	45,83	1,45	<b>47,29</b>	13,22	0,91	<b>14,13</b>
38	Stává se Vám, že v konfliktových situacích, dostáváte křeče do končetin?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	0,18	0,00	<b>0,18</b>	1,09	0,00	<b>1,09</b>
39	Pozorujete, že máte sklon k pózám nebo předstírání?	2,90	0,00	<b>2,90</b>	6,52	0,00	<b>6,52</b>	6,70	0,54	<b>7,25</b>
40	Zaintrikujete si někdy, abyste dosáhl cíle, který jste si předsevzal?	19,75	0,18	<b>19,93</b>	27,90	0,18	<b>28,08</b>	13,59	0,00	<b>13,59</b>

### 8.4.5. Hypochondrie

Tabulka 15 – Hypochondrie, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
41	Cítíte se často nemocen?	0,91	0,00	<b>0,91</b>	1,09	0,00	<b>1,09</b>	3,26	0,36	<b>3,62</b>
42	Máte sklon k bedlivému pozorování svých zdravotních potíží?	2,72	0,00	<b>2,72</b>	6,16	0,00	<b>6,16</b>	6,16	0,73	<b>6,89</b>
43	Jste zvyklý i při méně závažných potížích navštívit lékaře?	4,89	0,18	<b>5,07</b>	5,43	0,18	<b>5,62</b>	4,35	0,73	<b>5,07</b>
44	Když se necítíte dobře, měříte si teplotu, kontrolujete puls, kontrolujete svůj výraz v zrcadle apod.?	9,24	0,00	<b>9,24</b>	11,78	0,00	<b>11,78</b>	7,97	0,54	<b>8,52</b>
45	Snažíte se objasnit si závažnost svých potíží četbou populárních odborných lékařských článků nebo knih?	6,34	0,00	<b>6,34</b>	8,15	0,00	<b>8,15</b>	5,80	0,54	<b>6,34</b>
46	Trpíte nepříjemnými bodavými bolestmi u srdce, a to i v klidu?	0,18	0,00	<b>0,18</b>	0,54	0,00	<b>0,54</b>	3,08	0,00	<b>3,08</b>
47	Trápí Vás zažívací potíže?	9,24	0,00	<b>9,24</b>	18,66	0,00	<b>18,66</b>	11,05	1,27	<b>12,32</b>
48	Míváte průjemy nebo zácpu?	22,64	0,18	<b>22,83</b>	34,42	0,00	<b>34,42</b>	14,49	0,73	<b>15,22</b>
49	Trpíte na kloubové nebo svalové bolesti, které se v těle stěhují z místa na místo?	1,63	0,00	<b>1,63</b>	1,99	0,00	<b>1,99</b>	5,62	0,91	<b>6,52</b>
50	Svěřujete se svým známým se svými potížemi?	43,66	1,45	<b>45,11</b>	55,07	1,45	<b>56,52</b>	13,41	0,73	<b>14,13</b>

#### 8.4.6. Vegetativní labilita

Tabulka 16 – Vegetativní labilita, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
51	Trpíte celkovým nadměrným pocením nebo potivostí rukou či nohou?	6,52	0,36	<b>6,88</b>	11,23	1,27	<b>12,50</b>	8,70	2,18	<b>10,87</b>
52	Trpíte bolestmi hlavy?	14,67	0,00	<b>14,67</b>	23,37	0,00	<b>23,37</b>	13,22	0,91	<b>14,13</b>
53	Máte pocit jako by Vám občas vynechalo srdce?	0,18	0,00	<b>0,18</b>	1,09	0,00	<b>1,09</b>	4,17	0,00	<b>4,17</b>
54	Rozbuší se Vám snadno srdce v náročných situacích?	13,77	0,00	<b>13,77</b>	23,91	0,00	<b>23,91</b>	15,76	1,09	<b>16,85</b>
55	Červenáte se snadno?	26,27	0,36	<b>26,63</b>	33,51	1,45	<b>34,97</b>	13,22	0,91	<b>14,13</b>
56	Jste zimomřivý?	11,23	0,00	<b>11,23</b>	13,59	0,54	<b>14,13</b>	9,06	1,63	<b>10,69</b>
57	Pozorujete, že se Vám těžko dýchá, aniž by to odpovídalo Vašemu momentálnímu fyzickému zatížení?	0,36	0,00	<b>0,36</b>	1,81	0,00	<b>1,81</b>	5,43	1,09	<b>6,52</b>
58	Trpíte závratěmi nebo pocitem točení hlavy?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	1,63	0,00	<b>1,63</b>	5,43	0,36	<b>5,80</b>
59	Máte pocit na zvracení, když spatříte věc, která vzbuzuje odpor, nebo slyšíte vyprávět o hnusných věcech?	3,80	0,00	<b>3,80</b>	9,78	0,00	<b>9,78</b>	7,79	0,18	<b>7,97</b>
60	Dělá se Vám nevolno před běžnými zákroky u zubního lékaře nebo před jinými drobnými lékařskými zákroky?	4,53	0,18	<b>4,71</b>	5,07	0,54	<b>5,62</b>	4,53	0,73	<b>5,25</b>

#### 8.4.7. Psychastenie

Tabulka 17 – Psychastenie, srovnání napříč jednotlivými výzkumnými skupinami

položka		nevyjeli			vyjeli			web		
		% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často	% odpovědí někdy	% odpovědí často	% odpovědí někdy a často
61	Trpíte pocitem vnitřního neklidu, napětí, nesoustředěnosti?	1,99	0,00	<b>1,99</b>	7,25	0,00	<b>7,25</b>	11,96	1,45	<b>13,41</b>
62	Máte pocit, že v poslední době Vám paměť neslouží tak dobře jako dříve?	4,89	0,00	<b>4,89</b>	11,41	0,18	<b>11,59</b>	12,32	1,45	<b>13,77</b>
63	Domníváte se, že v poslední době snášíte mnohem hůř hluk a shon ve svém okolí?	1,09	0,00	<b>1,09</b>	4,17	0,00	<b>4,17</b>	9,60	1,45	<b>11,05</b>
64	Míváte pocit únavy a vyčerpání, který neodpovídá Vašemu pracovnímu vytížení?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	4,35	0,00	<b>4,35</b>	10,14	1,27	<b>11,42</b>
65	Máte pocit celkové slabosti?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	2,36	0,00	<b>2,36</b>	8,15	0,91	<b>9,06</b>
66	Pocítujete, že se míra Vašeho sexuálního zájmu snižuje, že máte při pohlavním styku těžkosti, které se dříve nevyskytovaly?	0,91	0,36	<b>1,27</b>	2,17	0,00	<b>2,17</b>	5,80	1,09	<b>6,89</b>
67	Trpíte podrážděností, vyvedou Vás z míry i nepodstatné věci?	1,99	0,00	<b>1,99</b>	6,16	0,00	<b>6,16</b>	11,96	0,91	<b>12,86</b>
68	Máte pocit, že Vám práce nejde tak dobře od ruky jako dříve, že se Váš výkon přes veškerou snahu snižuje?	0,72	0,00	<b>0,72</b>	4,17	0,00	<b>4,17</b>	8,88	0,91	<b>9,78</b>
69	Unavíte se snadněji než dříve?	3,62	0,00	<b>3,62</b>	9,60	0,00	<b>9,60</b>	10,69	1,45	<b>12,14</b>
70	Máte špatný spánek, probouzí se ráno s pocitem, že Vás spánek neosvěžil?	6,16	0,00	<b>6,16</b>	12,68	0,36	<b>13,04</b>	12,50	2,18	<b>14,68</b>

#### 8.5. Shrnutí výsledků

Výsledky ukazují, že skupina novodobých válečných veteránů prožívá více diskrétní psychopatologické symptomatiky než jejich kolegové, kteří se zahraničního nasazení nikdy nezúčastnili. Díky víceúrovňovému způsobu sběru dat



byla taktéž statisticky potvrzena domněnka, že během expertizních vyšetření ve vojenských nemocnicích vojáci mají tendenci neuvádět a nepřiznávat své psychické obtíže.

## 9. DISKUSE

V této části práce podáváme syntetizující souhrn základních poznatků předkládané doktorské disertační práce. V rámci diskuse poukážeme na limity tohoto výzkumného šetření, zaměříme se i na srovnání našich výsledků s výsledky publikovanými v literatuře a zároveň se je pokusíme interpretovat ve vazbě na specifikum prostředí ozbrojených sil.

Náš výzkum má samozřejmě mnohá omezení. Některá jsou metodologická a jiná daná spíše charakterem výzkumného souboru. Dále je možné diskutovat o tom, co je, či není patologie a která psychopatologie je zjevná a která diskrétní. Nicméně pokud bychom patologii chápali jako zvýšení incidence či prevalence příznaků, které jsou samy o sobě v populaci běžné (nejde tedy o hrubou psychopatologii běžně asociovanou s duševními chorobami) a klinickou důležitost získávají až svým zmnožením u jednoho jedince, pak v rámci základní pracovní hypotézy předpokládáme, že účast v zahraniční vojenské misi prevalenci takové psychopatologie zvyšuje.

### 9.1. Metodologická omezení

Náš výzkum pracuje se čtyřmi výzkumnými skupinami. První dvě jsou relativně velké, takže data jsou bezproblémová z hlediska velikosti souboru, nicméně jako problematická se může jevit motivace probandů k vyšetření. Data byla sesbírána v průběhu vyšetření, k nimž se probandi dostavili v rámci plnění služební povinnosti. Příslušníci ozbrojených styl jsou psychologicky vyšetřováni velmi často. Jednak v rámci opakovaného posuzování psychické způsobilosti k plnění nejrůznějších speciálních funkcí a jednak jsou oblíbenou cílovou skupinou nejrůznějších výzkumů. Ani jedno není z hlediska plánování designu výzkumu ideální. První vede ke snaze o disimulaci jakýchkoli obtíží a tedy k tendenci

poskytované informace zkreslovat a druhé vede k neochotě podstupovat jakékoli zbytečné psychologické vyšetření.

Mezi komplikovaným získáváním probandů a rizikem zkreslených dat jsme zvolili druhou možnost. K tomuto rozhodnutí nás vedlo očekávání, že se nám podaří získat relativně velké soubory, které se od sebe – v případě, že bude platit naše hypotéza – budou lišit i tak. Tento předpoklad se nakonec ukázal jako správný. Máme tak k dispozici dva statisticky významně odlišné soubory, jakkoli je možné, že skutečná míra psychopatologie se od té změřené odlišuje.

Třetí skupina je výsledkem snahy o korekci rozhodnutí výše uvedeného dilematu. Pokusili jsme se získat data nezatížená disimulací a sesbírat dotazníky prostřednictvím internetové administrace. I zde se naplnilo původní očekávání a sběr dat byl výrazně komplikovanější a získaný vzorek je z hlediska počtu probandů výrazně menší než první dvě skupiny, přesto se jedná o vzorek poměrně robustní. A ač byla data od počátku anonymní, tak jsme kromě limitované ochoty ke spolupráci narazili i na obavy ze zachování anonymity.

Dalším metodologickým omezením je nemožnost ovlivnit výběr probandů. Námi získaný vzorek tak reprezentuje výběr jednotlivců ochotných spolupracovat, který ovšem pravděpodobně není reálným vzorkem účastníků misí. Otázkou je samozřejmě i to, co vede jedince k vyplňování výzkumného psychologického dotazníku ve svém volném čase, jak může tato motivace zkreslit získaná data a jakým způsobem do nich interferuje. To je samozřejmě oblast, která by si zasloužila další zkoumání. Nicméně se domníváme, že jde o průnik působení více faktorů. Jedním z nich je ten, že služba v armádě a nasazení v zahraniční misi zvláště není běžným zaměstnáním, ale nese s sebou i značnou emoční zátěž. A emocemi je charakterizováno i hodnocení takové služby. Skutečností je, že mnoho vojáků má k armádě ambivalentní postoj. Na jednu stranu jsou k ní velmi kritičtí, na druhou stranu si život bez ní neumí dost dobře představit. Vzhledem ke způsobu řízení lidských zdrojů a třeba i vzhledem k tomu, že vojáci ze zákona nesmí zakládat odbory a být jejich členy, pozorujeme u mnoha příslušníků ozbrojených sil jistou míru frustrace pramenící z toho, že v rámci systému nemohou věci ovlivnit,

případně s pocitem, že jejich hlas vlastně nikoho nezajímá. I díky komentářům, které byly často k dotazníkům přiloženy, soudíme, že tento způsob sběru dat oslovuje ty, kdo mají dojem, že k věci mají co říct, ale zároveň se domnívají, že reálně nemají možnost tak učinit. Pro ilustraci uvádíme (zkráceně) některé z těchto komentářů:

Komentář 1:

*...byla jsem oslovena k vyplnění dotazníku pro výzkum. Konečně se s tím někdo začal zabývat. :-)* Zúčastnila jsem se 2 misí. První mise byla náročnější než ta druhá, více teda emočně. Celkově na mě práce udělala velký dojem, viděla jsem v ní smysl, pracovala jsem s místním obyvatelstvem. Po návratu do Čech, tak po půl roce se u mě objevily příznaky, jak jsou uvedené v dotazníku - po misi, hodnoceno 2. Také se u mě objevily deprese, díky mému kolegovi jsme je identifikovali do měsíce. Skončila jsem ambulantně na psychiatrii, stále jsem plakala a měla úzkostné stavy, černé myšlenky. Měla jsem pocit, že se musím vrátit zpátky do mise. Doted' beru nepravidelně antidepressiva, min množství. Vojenského lékaře ani psychologa jsem nevyhledala, bála jsem se a styděla. Situace mě otravovala natolik, že jsem vyhledala postupně psychology. Dnes už nechodím na terapii, ale spíše na koučink, je to můj průvodce náročným vojenským životem. Díky koučinku jsem snížila antidepressiva na 1/4, 50 mg každý 3. den.

*Jinak působení v misích je hodně náročné na psychiku. Myslím si, že ani ta psychologická příprava není adekvátní. Určitě by stálo za to více hodin zařadit do přípravy před výjezdem a před návratem. Voják by měl vědět o všech příznacích, co se mohou přihodit po návratu do vlasti.*

Komentář 2:

*nemám problém s anonymitou, posílám vyplněný dotazník dle nejlepšího vědomí a svědomí. Můžu ale otevřeně říct, že to již po misích není to, co bývalo. Více mě dojíhá smrt psů, než lidí, a to nevím, zda je to dobře, nebo jsem takový cynik a blázen. Mnohokrát se pro něco nadchnu, třeba setkání se známými, ale když k tomu má dojít, hledám vnitřně důvod proč tam třeba nejít...*

### Komentář 3:

*...každý, kdo byl vícekrát v misi, bude odpovídat pořád stejně, protože tyto otázky zná za ty roky pomalu z paměti, takže vám navrhuji osobní jednání s veteránama, co už toho všeho mají plné zuby. Co se týká pyrotechniků, tak ti to mají tak najeté, že vám ty otázky řeknou kdykoliv a kdekoliv. A budou odpovídat pořád stejně. Spíše byste měl přijít osobně na některé setkání účastníků misí, to by bylo asi nejlepší...*

Z těchto a dalších podobných komentářů soudíme, že přes internet administrované dotazníky oslovují spíše tu méně spokojenou část veteránů, kteří na sobě pociťují negativní důsledky mise.

Co se týká použitého dotazníku (N 70), tak z hlediska psychometrie je dotazník N70 kvalitním nástrojem, běžně užívaným pro screening aktuálního psychického stavu příslušníků AČR, čímž jsme sice minimalizovali zátěž pro účastníky, avšak pokud by to podmínky umožňovaly, preferovali bychom příště spíše využití vlastního dotazníku, cíleného na diskrétní psychopatologické projevy. Ten by byl za ideálních pro výzkumný záměr práce výtěžnějším. Nicméně, jak už jsme zmínili dříve, za stávajících podmínek, kdy ochota k vyplňování dotazníků je obecně nízká, zvolili jsme nástroj osvědčený, s nímž máme dostatek praxe.

Neměli jsme k dispozici finanční zdroje, které umožňovaly řešení projektů Moderátor (Klose et al., 2007) a Bojstres (Klose et al., 2011), kdy probandi byli za účast ve výzkumu honorováni. Na druhou stranu, ani taková motivace není zárukou spolehlivě reprezentativního vzorku, neboť do značné míry cílí na utilitární zaměření účastníků.

Co se týká čtvrté skupiny, tak tam je hlavním limitem absence kontrolní skupiny. Tento nedostatek je ale vyvážen využitím dotazníku přímo vytvořeného pro sledování psychických změn po návratu z mise.

## 9.2. Porovnání získaných dat s populační normou

Na úvod této podkapitoly bychom rádi poznamenali, že jsme si vědomi, že je diskutabilní, zda patří spíše do výsledkové či diskusní části práce. Po úvaze jsme se ji nakonec rozhodli zařadit do části diskusní, neboť pro nás představuje důležité diskusní východisko.

Ze studia literatury vyplývá, že účast v zahraniční vojenské misi má vliv na duševní (i fyzické) zdraví nasazených vojáků. Naší snahou bylo zjistit, zda to platí i pro příslušníky ozbrojených sil České republiky, přičemž jsme předpokládali, že se v našich datech takový trend objeví, a že budeme moci prokázat vliv zahraničních vojenských misí na duševní zdraví vojáků, již se jich účastní.

Srovnáním tří skupin probandů – vojáků, kteří na misi nikdy nebyli a těch, co za sebou mají jednu misi a anonymní skupiny účastníků misí, zjišťujeme, že mezi všemi skupinami existuje statisticky významný rozdíl v míře subjektivně prožívané „neurotické“ symptomatiky. Největší nárůst takové symptomatiky nacházíme u potíží, které jsou označeny jako „Anxieta“ a „Vegetativní labilita“. Nicméně jen o trochu méně jsou zvýšené i škály „Psychastenie“ a „Hypochondrie“. Tento nárůst je ještě větší při porovnání s anonymní skupinou probandů. Na druhou stranu naší ambicí bylo věnovat se diskrétní a nikoli hrubé psychopatologii. Tj. takové, které se u daného jedince ještě vejde do psychometricky pojímaného průměrného pásma. Zde se ukázala výhoda použití dotazníku N70 namísto nově vyvíjeného speciálního dotazníku. Měli jsme totiž možnost porovnat naše výsledky s populační normou. Pro srovnání tedy uvádíme tabulku, která ukazuje jak naměřené průměrné výsledky jednotlivých skupin probandů s normami pro daný dotazník (pro věkové kategorie 31 – 50 let)

---

**Tabulka 17 – Porovnání výzkumného vzorku s populační normou**

Skupina		CELKOVÝ SKÓR	ANXIETA	DEPRESE	FOBIE	HYSTERIE	HYPOCHONDRIE	VEGETATIVNÍ LABILITA	PSYCHASTENIE
Nevyjeli	M	0,08	0,13	0,02	0,09	0,13	0,11	0,08	0,02
Vyjeli	M	0,12	0,18	0,05	0,13	0,16	0,15	0,13	0,07
Web	M	0,47	0,59	0,35	0,45	0,39	0,41	0,49	0,59
Normy pro věkovou skupinu 31-40	M	0,20	0,32	0,12	0,19	0,20	0,18	0,22	0,16
	M + 1SD	0,35	0,55	0,29	0,38	0,36	0,35	0,42	0,38
Normy pro věkovou skupinu 41-50	M	0,26	0,37	0,16	0,25	0,22	0,24	0,26	0,29
	M + 1SD	0,43	0,61	0,36	0,45	0,39	0,45	0,47	0,58

Zřetelně zde vidíme, že vojáci ze skupin „vyjeli“ a „nevyjeli“ se – z hlediska skóru v dotazníku - bez potíží „vejdou“ do populační normy. To znamená, že ač mezi těmito skupinami existuje statisticky významný rozdíl a účast v misi pravděpodobně způsobuje zmnožení psychopatologické symptomatiky, nevytéká se míra této psychopatologie z toho, co bychom měli v klinickém prostředí považovat za patologické. Zjednodušeně řečeno, u těch, kdo v misi byli, pozorujeme oproti těm, kdo se jí nezúčastnili, signifikantně vyšší míru psychopatologie, ale přesto míra této symptomatiky nevybočuje z běžné populační normy. Na tomto místě by bylo jistě zajímavé pokračovat těmi, kdo se zúčastnili dvou a více misí, případně se zabývat druhem a místem nasazení.

Zcela jiná je situace u skupiny třetí, kde se již (s výjimkou škály „Hypochondrie“) dostáváme mimo oblast populační normy, jejíž horní hranice je zde definována jako průměr plus jedna směrodatná odchylka. U této skupiny by již míra psychopatologie pravděpodobně dosahovala i klinicky významné míry.

### 9.3. Analýza škál dotazníku N70

Zajímavé poznatky přináší komparace položek jednotlivých škál dotazníku N70 mezi výzkumnými skupinami, které jsou uvedeny ve výsledkové části v tabulkách 11 až 17.

#### 9.3.1. Anxieta

Jak již bylo konstatováno dříve, vykazují účastníci misí větší míru subjektivně prožívané nepohody. Co je zajímavé, je to, že respondenti z „internetové“ skupiny mají tendenci méně prožívat úzkost vázanou na interpersonální situace, ale více trpí tzv. volnou úzkostí. Zdá se, že jsou i ochotnější přiznat psychologické úzkostné prožitky, kdežto ti, kdo byli vyšetřeni v rámci služebně povinného vyšetření, jsou ochotni spíše přiznat somatickou složku úzkosti, jako je bušení srdce, nucení na stranu, svírání na hrudi. To pravděpodobně zpětně potvrzuje hypotézu tendenci disimulovat, respektive přiznávat symptomy, které považují za bezpečnější. Naše zjištění ohledně zvýšení úzkostné symptomatiky je zcela ve shodě se zjištěními dalších autorů (Bartone et al., 1998; Di Nicola et al., 2007; Fiedler et al., 2006).

#### 9.3.2. Deprese

I v případě depresivní symptomatiky vidíme zřetelnou tendenci „internetové“ skupiny přiznávat takové symptomy nejvíce. U této skupiny vidíme i mírný výskyt té (vzhledem k položkám dotazníku) nejzávažnější symptomatiky, tedy suicidálních úvah. Jinak pozorujeme poměrně značný nárůst kognitivní složky deprese, tedy zmnožení různých intruzivních depresivních úvah u osob, které se v minulosti zúčastnily mise. V této oblasti se naše zjištění přibližují zahraničním studiím, které hovoří o dvanáctiprocentní prevalenci (Gadermann et al., 2012). Naopak jsme opatrní v interpretaci otázky 17 (Snižuje Vám smutek a neradostná nálada pracovní výkon?), neboť se domníváme, že je svou formulací v zásadě obecná a nemusí popisovat aktuální prožitky. Zřetelná je dále tendence k sociálnímu stahování a omezení rozsahu zájmů.

### 9.3.3. Obsese – fobie

Ve „fobické“ části této škály pozorujeme jen relativně malé rozdíly mezi jednotlivými skupinami. Zajímavá je poměrně vysoká tendence probandů ze všech skupin přiznávat se k jisté míře perfekcionismu a tendenci ke kontrolování plněných úkolů a běžných denních úkonů. Zajímavé je, že k těmto tendencím se více přiznávají ti, kdo svá data poskytli v rámci „povinných“ vyšetření. Domníváme se, že v tomto případě nejde o ego-dystronní symptomatiku, ale naopak o vlastnosti, které v kontextu (z povahy věci perfekcionista) armádního prostředí považují za žádoucí, a tudíž nemají důvod jejich popírání, možná snad mají až tendenci je zdůrazňovat. Otázkou potom je, zda jejich úbytek u „anonymní“ skupiny interpretovat jako důsledek toho, že (vzhledem k okolnostem administrace dotazníku) necítí potřebu tyto vlastnosti zdůrazňovat, nebo zda jde o skutečný pokles. Pokud by šlo o pokles skutečný, dalo by se na něj nahlížet dvojnásobně. Buď jako na fenomén pozitivní, kdy v důsledku mise došlo k přehodnocení životních priorit a tedy v zásadě žádoucímu procesu zrání, kdy se člověk naučí rozpoznávat věci důležité a nedůležité, nebo jako na jev negativní, kdy tyto změny jsou spíše důsledkem jakéhosi stahování se a rezignaci a tedy vlastně extenzí výše zmiňované depresivní symptomatiku. Odpověď na tuto otázku neznáme a mohla by se stát zajímavým předmětem budoucího zkoumání.

### 9.3.4. Hysterie

U této škály je třeba na úvod konstatovat, že se v ní mísí několik různých konceptů. Jednak je to „klasická“ konverzní hysterie v položkách 31, 33, 34, 36 a 38 a pak spíše koncept histriónský v položkách ostatních. Pokud jde o první zmíněné, pak vidíme, že s částečnou výjimkou položky 36 tato problematika nepředstavuje žádný problém. Jiné je to s „typickými“ histriónskými projevy u položek 32, 37 a 40. Zde se opět nabízí stejná úvaha, jakou jsme měli v předchozí kapitole, tedy zda to, že respondenti z anonymního „internetového“ souboru na tyto položky odpovídají výrazně méně pozitivně, je pozitivní důsledkem osobnostního zrání, či negativním důsledkem stahování se ze sociálního a interpersonálního kontaktu. Vzhledem k našim klinickým zkušenostem, ke komentářům, které jsme od respondentů



obdrželi a i výsledkům dalšího internetového dotazníku soudíme, že podle toho, že respondenti tyto změny hodnotí spíše jako negativní důsledek misí, jde spíše o druhou možnost. Tedy o jev v zásadě negativní.

### 9.3.5. Hypochondrie

V případě této škály nenacházíme mezi jednotlivými skupinami velké rozdíly. Nezřídka dokonce jindy nejvíce skórující „internetová“ skupina vykazuje nižší skór než skupiny „Vyjeli“ a „Nevyjeli“. U některých položek je jejich skór naopak výrazně nejnižší. Tuto skutečnost interpretujeme tak, že pro vojáky v činné službě je psychopatologická symptomatika obecně málo přijatelná, na rozdíl od symptomů somatických. Nejvíce je to vidět u položek týkajících se gastrointestinálních symptomů. Předpokládáme, že ta část vojenské populace, která se stala dobrovolnými respondenty našeho výzkumu, se již posunula do fáze, kdy nemají potřebu případné symptomy psychické nepohody somatizovat a ochotněji připouštějí nepohodu, která se projevuje na psychické úrovni.

### 9.3.6. Vegetativní labilita

Pro položky škály Vegetativní labilita platí do jisté míry totéž, co pro škálu předchozí. Mezi skupinami nepozorujeme dramatické rozdíly. U některých položek skórují probandi z „anonymní“ skupiny dokonce níže, než ti ze skupin „vyjeli“ a „nevyjeli“. Nejvýraznější je to u položek 52, 54 a 55. Zde jde ovšem o položky popisující takové obtíže, které jsou v populaci běžné a z hlediska případné stigmatizace tedy prakticky neškodné. Naopak tam, kde již jde o popis patologie již závažnější (položky 57 a 58), skóruje opět výše „anonymní“ skupina. Vystává opět otázka interpretace. Klaníme se k hypotéze, že v rozvoji psychických potíží se uplatňuje jisté kontinuum. (U této hypotézy nepředpokládáme platnost obecnou, ale hovoříme o populaci vojenské, tedy předem již psychologicky „vybrané“ a označené jako psychicky odolné a stabilní.). Od „fyziologického“ stavu bez obtíží, přes lehké somaticky pociťované symptomy (jako je pocení, červenání a podobně) k somaticky percipovaným symptomům závažnějším (bolesti hlavy, závratě) až symptomům čistě psychopatologickým. Domníváme se, že skupina „vyjeli“ se stále

pohybuje ve fázi lehkých, somaticky prožívaných obtíží, kdežto skupina „web“ je již ve fázi těžších somatických symptomů a symptomů psychologických. Samozřejmě ani zde nemůžeme hovořit o obecné platnosti, ale jsme si vědomi specifického složení osob ve vzorku „web“ a jejich motivace, jak jsme o tom v této práci pojednali dříve.

### **9.3.7. Psychastenie**

V případě poslední škály dotazníku, škály Psychastenie pozorujeme opět rozložení odpovědí jako u předchozích „nesomatických“ škál. Položky zcela zjevně směřují k psychopatologii a dotazují se na ni. Proto není překvapivé, že nejvíce skórují opět probandi ze skupiny „web“. Globálně více připouštějí symptomy psychastenie, jako je únava, podrážděnost, nesoustředěnost, pocity nevykonnosti, slabosti, sníženou toleranci hluku a podobně. V souvislosti s ostatními zjištěními to nepovažujeme za překvapivé. Nicméně i u skupiny „Vyjeli“ pozorujeme výrazně vyšší skóry než i těch, kdo v misi dosud nebyli. To považujeme jedno z nejdůležitějších zjištění této práce a v souladu se stanovenou hypotézou. Právě položky škály psychastenie a příbuzné problémy asi nejlépe demonstrují to, co považujeme za onu diskrétní psychopatologii a právě tímto směrem bychom chtěli směřovat i naše budoucí zkoumání.

## **9.4. Webový dotazník.**

Samostatnou kapitolou je další webový dotazník, který nebyl zaměřen na „tradiční“ PTSD, ani na problematiku pokrytou dotazníkem N70, ale spíše na otázky, které bychom mohli směřovat do oblasti well-beingu. Tato data není s čím srovnat, není k nim žádný normativní soubor. Popisují jen to, jak účastníci misí vnímají změnu ve svém životě (respektive některých jeho oblastech) před a po misi. I z něj plyne, že u jednotlivých položek v průměru 30 % respondentů uvádí, že na sobě pociťují nějaké negativní důsledky, jež dávají do souvislosti s účastí v misi. Zde se naše zjištění shodují s podobným výzkumem Viscové (Visco, 2009). Ta pracovala s obdobným typem dotazníku a podobně velkým souborem. 200 vojáků a vojačky amerického letectva armády po nasazení v zahraniční operaci. Ze

souboru získala 170 validně vyplněných dotazníků, v nichž zjišťovala jednak rozvoj některých psychopatologických symptomů a jednak některé aspekty týkající se osobního, rodinného a pracovního života. Zjistila, že 26 % účastníků, považuje svůj psychický stav za horší než před misí, 12 % přiznávalo partnerské problémy. Zajímavé a s našimi zjištěními je srovnatelné, že jen 10 % respondentů by hledalo psychologickou pomoc v rámci jednotky a přibližně 30 % respondentů takovou možnost zcela odmítá.

## 9.5. Porovnání se zahraničními výzkumy

K uvedení našich závěrů do relace k těm zahraničním, je třeba rozlišit několik typů studií. Některé do jisté míry pracují s pacienty, tedy s vojáky, kteří vyhledali nějakou formu psychologické, psychoterapeutické či psychiatrické pomoci. Pak jsou studie, které (podobně jako ta naše) pracují s velkými soubory z obecné vojenské populace a využívají nejrůznější screeningové dotazníky. Společným rysem je ovšem to, že se zabývají hlavně nozologickými jednotkami. Například Kowalski uvádí, že z 615 německých vojáků, kteří vyhledali psychiatra či psychoterapeuta kvůli psychickým potížím 91 % splňovalo kritéria pro některou poruchu způsobenou stresem (F43.0, F43.1, F 43.2) a 8,9 % pro afektivní poruchu (F32.0 a F32.1) (Kowalski et al., 2012). My se ovšem snažíme pracovat s hypotézou, že častější problém představuje psychopatologie diskrétní. Té se ovšem příliš mnoho autorů nevěnuje, většinou pracují s PTSD a depresí, případně suicidalitou či interpersonální agresí jako dílčími rizikovými symptomy. Např. Sharkeyová a Rennix (Sharkey & Rennix, 2011) uvádějí, že mezi námořníky a příslušníky námořní pěchoty po nasazení v Iráku trpí 44,2 % nějakým psychickým problémem, kterého si je sám vědom. Nicméně zabývají se hlavně PTSD (35,9 %) a depresí (23,2 %). Suicidální ideacei nacházejí u 2,4 % veteránů. Pro nás jsou zajímavější interpersonální agresivní ideace (10,7 %) a mezilidské konflikty (11,1 %), což je daleko méně než v našem (menším) vzorku, kde různé druhy mezilidských konfliktů uvádělo mezi 30 a 40 % probandů. Oproti tomu Booth-Kewleyová (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland, & Gaskin, 2010) uvádí, že mezi příslušníky námořní pěchoty trpí PTSD 17,1 % příslušníků. Nicméně jejich výzkum je zajímavý

tím, že se snaží zjistit prediktory rozvoje PTSD mezi demografickými daty. Zjišťují, že jediné, co má významný vliv na případný rozvoj PTSD, jsou charakteristiky nasazení – jako je délka mise, potíže s velením, zhoršená schopnost komunikace s domovem a nedostatek volného času. My jsme se těmito vlivy podrobněji nezabývali, nicméně jde zcela jistě o zajímavý podnět pro další práci a výzkum. V souladu s výše uvedeným je i zjištění MacGregora, který uvádí, že na případný rozvoj PTSD má vliv doba, kterou vojáci stráví doma mezi dvěma misemi. (MacGregor, Han, Dougherty, & Galarneau, 2012) Tento poměr se ukazuje jako zásadní a pokud voják stráví doma alespoň dvojnásobek doby, po kterou byl nasazen v misi, klesá pravděpodobnost rozvoje PTSD nebo jiné psychopatologie na polovinu. My jsme pro náš výzkum zvolili vzorek těch, kdo v misi byli pouze jednou, navíc je třeba uvést, že v této studii čítal výzkumný vzorek téměř 56 000 osob, což je téměř 2,5 krát více, než je v ČR vojáků v činné službě (cca 23.000).

Klaassenes s kolegy (Klaassens, van Veen, Weerts, & Zitman, 2008) získali data z dotazníku BSI (Brief Symptom Inventory) od 729 nizozemských válečných veteránů. Z jejich zjištění vyplývá, že oproti normální populaci skórují veteráni výše pouze ve dvou škálách dotazníku – ve škále deprese a hostility. Nicméně autoři uvádějí, že limitem jejich výzkumu je skutečnost, že doba, která uplynula od nasazení v misi, se pohybuje mezi 10 a 25 lety, což ztěžuje možnost chápat účast v zahraniční operaci jako klíčový faktor determinující rozvoj psychopatologie. Nicméně jejich práci považujeme za zajímavou právě díky zvolenému diagnostickému nástroji.

Zajímavý pohled nabízí Bellová (Bell, Hunt, Harford, & Kay, 2011), které spolu s kolegy analyzovala data vojáků propuštěných z americké armády mezi lety 1994 a 2007 kvůli psychiatrickému onemocnění. Šlo celkem o 4.457 vojáků, kdy hlavními důvody byly poruchy nálady (29 %), úzkostné poruchy (29 %) a psychotická onemocnění (10 %). V našem výzkumu nepracujeme s těmi, kdo jsou identifikováni jako pacienti, přesto konkrétně u úzkostné symptomatiky zaznamenáváme vysokou elevaci výsledného skóru v našem dotazníku – především u skupiny, již byl dotazník administrován anonymně přes internet.

Podobný přístup jako my volila Orsillová (Orsillo, Roemer, Litz, Ehlich, & Friedman, 1998) se svým týmem spolupracovníků. Analyzovala data 3 447 vojáků, kteří se zúčastnili mírové operace v Somálsku. Měla k dispozici již zmíněný dotazník BSI. Podobně jako my se zajímala o to, nakolik se respondenti z jejího vzorku vymykají populační normě. Zjistila, že jde o následující dimenze (řazeno dle závažnosti): Hostilita, Psychoticismus, Deprese, Paranoidní ideace, Fobická úzkost, Úzkost, OCD, Interpersonální senzitivita a somatizace.

Na vyšší vulnerabilitu účastníků misí vzhledem k depresi oproti běžné populaci ukazují i další výzkumy (Gadermann et al., 2012) a studie (J. F. Ikin et al., 2016). Stejně je tomu u úzkosti (Lovering et al., 2013; Martin et al., 2006).

V čem se naše zjištění shodují se zahraničními, je zvýšená pravděpodobnost rozvoje závislosti na návykových látkách či jejich abúzus. V našem vzorku se třetina respondentů přiznává ke zvýšené konzumaci alkoholu, což je ve shodě s jinými studiemi (Eisen et al., 2012; Jacobson et al., 2008; Kelsall et al., 2015). Stejně je to u kouření cigaret s tabákem (Widome et al., 2011). V našem výzkumu jsme nezapomínali na nelegální drogy či abúzem léků, nicméně pokud jde o hazardní či sázkové hry (jako návykové chování), i k nim se téměř třetina respondentů přiznává. Nicméně tuto otázku jsme dále nezkoumali, nevíme tedy, o jaký typ rizikového chování konkrétně jde a ani nevíme, nakolik ho mají naši respondenti pod kontrolou.

## 9.6. Úvaha nad hypotézami

Domníváme se, že námi vyslovené hypotézy byly voleny střízlivě – vzhledem ke klinické zkušenosti, ke znalosti armádního prostředí a k poměrně limitovanému počtu dalších studií a prací, které se tématem diskrétní psychopatologie u válečných veteránů zabývají. Naši základní hypotézu, tedy že vojáci, kteří se zúčastnili zahraniční vojenské mise, vykazují statisticky signifikantně vyšší míru psychopatologických příznaků, než je tomu u vojáků, kteří se zahraniční mise nikdy nezúčastnili se nám v rámci námi použitých metod podařilo potvrdit. Nárůst symptomatiky nejvíce pozorujeme v oblastech anxiety, vegetativní

symptomatiky a psychastenie. Pokud bychom brali v úvahu i ty, kdo odpovídali anonymně a neměli tedy strach z možných posudkových následků, museli bychom výčet problematických kategorií rozšířit i o ostatní měřené škály.

Rozdíl mezi anonymními a neanonymními dotazníky nás vede úvaze, že můžeme potvrdit i druhou a třetí dílčí hypotézu, tedy že strach z toho, že sdělované problémy mohou vést k negativním důsledkům pro kariéru, vede vojáky k disimulaci.

Analyzujeme-li námi získaná data a srovnáme-li je s populační normou, vidíme, že účastníci misí neskórují mimo populační normu, tedy že nevykazují hrubou psychopatologii, která by je invalidizovala či nějak zásadně omezovala v životě, nicméně je otázkou, nakolik je může činit vulnerabilnějšími a jaký vliv budou mít další mise, do nichž pravděpodobně vyjedou.

Naším dalším zjištěním je to, že účastníci misí i relativně dlouhou dobu po návratu popisují negativní změny, které jim mise přinesla. Týká se to zejména obtíží v zařazení se zpět do rodinného života či interpersonálních vztahů vůbec. Důvodem je, že mají dojem, že oni méně rozumí svému okolí a zároveň pociťují, že okolí méně rozumí jim. To má zcela jistě souvislost s dojmem, že problémy, které se běžně řeší v „mírovém“ světě jsou vlastně nedůležité. To pravděpodobně vede i k ochuzení zájmů a aktivit.

## 9.7. Limity výzkumu

Kromě již výše zmíněných metodologických omezení považujeme za problematickou nereprezentativnost vzorku. Pro skutečně nezpochybnitelné závěry by bylo třeba, aby ve vzorku byli rovnoměrně (či poměrně) zastoupeni vojáci z různých regionů České republiky, různých druhů misí (bojové, humanitární), různých vykonávaných profesí a funkcí (bojové, strážní, štábní, logistické, zdravotnické apod.), různého vzdělání, věku, různé délky služby v armádě, různých hodností, rodinného statutu, doba uplynulá od poslední mise atd. Neboť to jsou všechno proměnné, které mohou rozvoji psychopatologie (či

v odolnosti vůči ní) hrát svou roli. Tyto proměnné jsme do designu našeho výzkumu neintegrovali. Důvodem byl potenciální rozpad robustní skupiny na mnoho dílčích a minoritních celků, kde by statistická analýza mohla suspektně produkovat falešně pozitivní výsledky, navíc se jedná o informace, které by u nastražených vojáků mohly zvyšovat disimulační tendenci při vyplňování.

Stejně tak jsme se vlastně zabývali výhradně negativními dopady misí a (záměrně) jsme pominuli i možnou druhou stranu mince, tedy možné pozitivní změny, jak v oblasti zdraví či well-beingu, nebo v případě tzv. posttraumatického růstu.

## 9.8. Další směřování

Domníváme se, že naše práce by mohla mít přínos výzkumný i praktický. Ve výzkumné rovině by bylo užitečné více zmapovat konkrétní symptomy, jimiž veteráni trpí. Například se více zabývat konkrétním obsahem úzkostné symptomatiky. Dále bychom se chtěli zabývat tím, jestli jejich potíže v osobním životě jsou determinovány rozvojem psychopatologie, či zda je to naopak. Nebo zda je možné popsat a definovat třeba i případné osobnostní změny, ke kterým by mohlo docházet.

Zajímavé by mohlo být i prospektivní pokračování práce a zabývat se tím, jaká bude další dynamika obtíží v následujících letech – a to jak u těch, kdo vyjedou do dalších misí, tak i u jedinců, kteří se dalších misí již nezúčastní. Možné je, že potíže budou spontánně odeznívat, nebo se budou zhoršovat, či zvýší vulnerabilitu veteránů a ti tak budou náchylnější k dalším a onemocněním. Zde můžeme polemizovat s jinými autory (Lee & Cho, 1999), kteří se domnívají, že delší mise představuje projektivní faktor vůči úzkosti. My se spíše kloníme k názoru, že nejde o jev pozitivní, ale právě naopak, že jde o jakousi „psychopatizaci“

Další využití může být pro rozvoj preventivních programů v rámci výcviku a psychologické přípravy vojáků před nasazením misí, před návratem a po návratu z ní. Například v přípravě na očekávání změn v partnerských, interpersonálních či

pracovních vztazích. Tím, jak jsou vojáci relativně málo ochotni vyhledávat profesionály v oblasti duševního zdraví, nelze očekávat, že budou vyhledávat terapii. Nicméně budou-li lépe edukováni, budou schopni případné počínající potíže včas rozpoznat, rychle vyhledat pomoc (třeba mimo vojenská zařízení) a předejít tak prohlubování či rozvoji sekundárních symptomů.

Neposlední možnou oblastí využití je příležitost edukovat odborníky působící v civilních zařízeních. Vzhledem k nastavení systému vojáci pravděpodobně nebudou vyhledávat pomoc a péči ve vojenských zařízeních, kde působí odborníci, kteří disponují znalostí vojenské problematiky. Péči budou veteráni pravděpodobně i nadále hledat v zařízeních jiných, nicméně tamní pracovníci zase nedisponují znalostmi vojenských specifik. Proto by mohlo být užitečné je informovat a edukovat.



## 10. ZÁVĚR

Předkládaná doktorská disertační práce se zabývá rozvojem diskrétní psychopatologické symptomatiky u vojáků – účastníků zahraničních misí. Práce je členěna na dva základní celky: teoretickou a empirickou část.

Teoretická část práce je zaměřena na shrnutí základních teoretických rámců a empirických znalostí, týkajících prostředí vojenských misí a psychopatologie. První podkapitola disertační práce předkládá krátké seznámení se problematikou zahraničních misí, druhá je věnována duševnímu zdraví a stresu, včetně proměnných ve zvládnání stresu, definici stresu bojového a ponávratového. Další podkapitola se zabývá psychopatologií. Následující kapitola se zabývá již konkrétněji předmětem práce, tedy psychopatologií rozvíjející se jako následek nasazení v misi. Teoretická část práce se opírá částečně o poznatky českých odborníků, hlavně však čerpá ze současných zahraničních výzkumů, studií a empirických zjištění.

Empirická část doktorské disertační práce je také rozčleněna na několik dílčích částí. Nejdříve jsou definovány výzkumné hypotézy, popsána metodologická východiska empirické části a charakterizován výzkumný soubor. Ve výsledkové části jsou předloženy výsledky všech postupných fází výzkumu. Tedy dat, která jsme zjistili v rámci povinných vyšetření a dat, která jsme získali od souboru anonymních respondentů. Těžištěm výsledkové práce jsou pak zjištění ohledně diskrétní psychopatologie, která se objevuje u účastníků zahraničních misí oproti vojákům, kteří v misi dosud nasazení nebyli. Postupně se zabýváme úzkostí, depresí, fobiemi, obsesemi, hypochondrií, hysterií vegetativní labilitou a psychastenii. Díky třem použitým výzkumným vzorkům můžeme popsat změny v oblasti duševního zdraví, ke kterým dochází v souvislosti s nasazením v misi.

## 10.1. Nejdůležitější zjištění

Ač míra psychopatologie zjištěná u veteránů se globálně nevymyká populační normě, přesto po nasazení v misi k jejímu rozvoji dochází. Tento trend je výrazněji vidět u anonymně sebraných dotazníků.

Co se týká úzkosti, tak účastníci misí vykazují větší míru subjektivně prožívané nepohody. Jde hlavně o tzv. volnou úzkost, která není vázána na konkrétní situace a tím je více obtěžující a zároveň obtížněji terapeuticky ovlivnitelná. Ti, kdo vyplňovali dotazník anonymně, uváděli spíše psychologické symptomy, u ostatních to byly spíše symptomy somatické.

V případě deprese, i tam vidíme u veteránů hlavně zřetelný nárůst kognitivní složky deprese, tedy zmnožení různých intruzivních depresivních úvah. Dále zde pozorujeme tendenci k sociálnímu stahování se a snížení rozsahu zájmů.

V případě obsedantní, fobické, konverzní ani histriónské symptomatiky žádný výrazný nárůst potíží nepozorujeme.

Naopak jistý nárůst pozorujeme v oblasti zaměření se na fyzické zdraví a v tendenci somatizovat psychické potíže. Jde hlavně o nejrůznější gastrointestinální symptomy.

Stejný trend pozorujeme i v případě vegetativní lability. Je to pravděpodobně stejný mechanismus, který jsme pozorovali u prožívání somatických symptomů úzkosti. Jde hlavně o symptomy, jako je pocení, červenání se, bolesti hlavy a závratě.

Psychastenie je jednou z nejméně výrazných skupin symptomů. Jde hlavně o symptomy jako je únava, podrážděnost, nesoustředěnost, pocity nevykonnosti, slabosti, sníženou toleranci hluku a podobně. Právě symptomy psychastenické asi nejlépe demonstrují to, co považujeme za onu diskrétní psychopatologii.

V závěrečných podkapitolách doktorské disertační práce jsou výsledky empirických poznatků podrobeny diskusi, výsledky jsou následně interpretovány,

zohledněny jsou limity daného výzkumu a doporučeny další oblasti výzkumu či využití dalších zjištění.

Uvedené poznatky jsou v souladu se stávající teoretickou základnou a částečně ji rozšiřují. Empirická část doktorandské disertační práce v řadě ohledů potvrzuje dosavadní teoretické předpoklady a empirická zjištění jiných autorů, nicméně je i částečně inovativní v tom, že není zaměřena na nejčastější oblasti výzkumného zájmu jako je PTSD a podobně, ale je cílena na méně závažnou, avšak zjevně daleko rozšířenější psychopatologii.

## 11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Adams, Z. W., McCauley, J. L., Back, S. E., Flanagan, J. C., Hanson, R. F., Killeen, T. K., & Danielson, C. K. (2016). Clinician Perspectives on Treating Adolescents with Co-occurring Post-Traumatic Stress Disorder, Substance Use, and Other Problems. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(6), 575–583. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2016.1153555>
2. Adenauer, H., Catani, C., Keil, J., Aichinger, H., & Neuner, F. (2010). Is freezing an adaptive reaction to threat? Evidence from heart rate reactivity to emotional pictures in victims of war and torture. *Psychophysiology*, 47(2), 315–322. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2009.00940.x>
3. Adler, A. B., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2011). *Deployment psychology: Evidence-based strategies to promote mental health in the military* (Vol. xii). Washington, DC, US: American Psychological Association.
4. Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 928–940. <https://doi.org/10.1037/a0016877>
5. Afari, N., Harder, L. H., Madra, N. J., Heppner, P. S., Moeller-Bertram, T., King, C., & Baker, D. G. (2009). PTSD, combat injury, and headache in Veterans Returning from Iraq/Afghanistan. *Headache*, 49(9), 1267–1276. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01517.x>
6. Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
7. Aker, T., Özeren, M., Basoglu, M., Kaptanoglu, C., Erol, A., & Buran, B. (1990). Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS) Reliability and Validity Study. *Turk Psikiyatri Derg*, 10(4), 286–293.
8. Aldemi, S., Dalbudak, E., & Topcu, M. (2015). Relationship of posttraumatic stress symptoms with depression, anxiety, childhood trauma and personality characteristics. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25, S98–S98.

9. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. a M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 21–27.
10. American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Association.
11. Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
12. Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22(4), 273–280.
13. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
14. Apel, D. (2005). Torture Culture: Lynching Photographs and the Images of Abu Ghraib. *Art Journal*, 64(2), 88–100. <https://doi.org/10.1080/00043249.2005.10791174>
15. Arnold, K. A., Turner, N., Barling, J., Kevin, E., & McKee, M. C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 193–203. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.193>
16. Atkinson, R. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
17. Bachynski, K. E., Canham-Chervak, M., Black, S. A., Dada, E. O., Millikan, A. M., & Jones, B. H. (2012). Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Injury Prevention*, 18(6), 405–412. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040112>
18. Bahbouh, R. (2011). *Sociomapování týmů*. Praha: QED GROUP a.s.
19. Baker, D. G., Heppner, P., Afari, N., Nunnink, S., Kilmer, M., Simmons, A., ... Bosse, B. (2009). Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 174(8), 773–778.
20. Baker, S. L. (1971). Drug abuse in the United States Army. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 47(6), 541–549.

21. Bandelow, B., Koch, M., Zimmermann, P., Biesold, K.-H., Wedekind, D., & Falkai, P. (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the German Armed Forces: a retrospective study in inpatients of a German army hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *262*(6), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0289-8>
22. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
23. Barak, Y., Bodner, E., Klayman, N., Ring, A., & Elizur, A. (2000). Anxiety among Israeli soldiers during the Gulf War. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *250*(3), 148–151. <https://doi.org/10.1007/s004060070032>
24. Barrett, E. L., Teesson, M., & Mills, K. L. (2014). Associations between substance use, post-traumatic stress disorder and the perpetration of violence: A longitudinal investigation. *Addictive Behaviors*, *39*(6), 1075–1080. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.003>
25. Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis. *Environmental Science & Technology*, *44*(10), 3947–3955. <https://doi.org/10.1021/es903183r>
26. Bartone, P., Adler, A., & Vaitkus, M. (1998). Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Military Medicine*, *9*(163), 587–591.
27. Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a.s.
28. Bell, N. S., Hunt, P. R., Harford, T. C., & Kay, A. (2011). Deployment to a combat zone and other risk factors for mental health-related disability discharge from the U.S. Army: 1994-2007. *Journal Of Traumatic Stress*, *24*(1), 34–43. <https://doi.org/10.1002/jts.20612>
29. Belle, E., Bray, R. M., & Kroutil, L. A. (2000). Relationships between substance use and recent deployments among women and men in the military. *Military Psychology*, *12*(3), 205–220. [https://doi.org/10.1207/S15327876MP1203\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327876MP1203_3)
30. Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W., & Barlow, D. H. (2013). The Interactive Contributions of Perceived Control and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder: A Triple Vulnerabilities Perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(1), 57–64. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9311-8>

31. Bergen-Cico, D. K. (2015). *War and Drugs: The Role of Military Conflict in the Development of Substance Abuse*. Routledge.
32. Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, bjsports90185. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
33. Black, S. A., Shayne, M., Bell, M. R., & Ritchie, E. C. (2011). Prevalence and risk factors associated with suicides of Army soldiers 2001–2009. *Military Psychology*, 23(4), 433–451. <https://doi.org/10.1037/h0094766>
34. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>
35. Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669–673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
36. Blass, T. (1999). *Obedience to Authority: Current Perspectives on the Milgram Paradigm*. London: Psychology Press.
37. Bliese, P. D., Thomas, J. L., McGurk, D., McBride, S., & Castro, C. A. (2011). Mental health advisory teams: a proactive examination of mental health during combat deployments. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 23(2), 127–134. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.558834>
38. Boermans, S. M., Kamphuis, W., Delahaij, R., van den Berg, C., & Euwema, M. C. (2014). Team Spirit Makes the Difference: The Interactive Effects of Team Work Engagement and Organizational Constraints during a Military Operation on Psychological Outcomes Afterwards. *Stress and Health*, 30(5), 386–396. <https://doi.org/10.1002/smi.2621>
39. Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
40. Booth-Kewley, S., Highfill-McRoy, R. M., Larson, G. E., Garland, C. F., & Gaskin, T. A. (2012). Anxiety and Depression in Marines Sent to War in Iraq and Afghanistan. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(9), 749–757.

41. Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A. (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal Of Traumatic Stress, 23*(1), 69–77. <https://doi.org/10.1002/jts.20485>
42. Boscarino, J. A. (2006). Posttraumatic Stress Disorder and Mortality Among U.S. Army Veterans 30 Years After Military Service. *Annals of Epidemiology, 16*(4), 248–256. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.03.009>
43. Bowler, R. M., Kornblith, E. S., Li, J., Adams, S. W., Gocheva, V. V., Schwarzer, R., & Cone, J. E. (2016). Police officers who responded to 9/11: Comorbidity of PTSD, depression, and anxiety 10–11 years later. *American Journal of Industrial Medicine, 59*(6), 425–436. <https://doi.org/10.1002/ajim.22588>
44. Boyko, E. J., Trone, D. W., Peterson, A. V., Jacobson, I. G., Littman, A. J., Maynard, C., ... Bricker, J. B. (2015). Longitudinal Investigation of Smoking Initiation and Relapse Among Younger and Older US Military Personnel. *American Journal of Public Health, 105*(6), 1220–1229. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302538>
45. Brady, F. N., & Logsdon, J. M. (1988). Zimbardo's "Stanford Prison Experiment" and the relevance of social psychology for teaching business ethics. *Journal of Business Ethics, 7*(9), 703–710. <https://doi.org/10.1007/BF00382981>
46. Brailey, K., Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Constans, J. I., & Friedman, M. J. (2007). *PTSD Symptoms, Life Events, and Unit Cohesion in U.S. Soldiers: Baseline Findings From the Neurocognition Deployment Health Study* (No. ADA472468). Army Research Inst Of Environmental Medicine Natick Ma Thermal And Mountain Medicine Division.
47. Bray, R. M., Marsden, M. E., & Peterson, M. R. (1991). Standardized comparisons of the use of alcohol, drugs, and cigarettes among military personnel and civilians. *American Journal of Public Health, 81*(7), 865–869. <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.7.865>
48. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 216–222. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
49. Breslow, L. (1972). A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being. *International Journal of Epidemiology, 1*(4), 347–355. <https://doi.org/10.1093/ije/1.4.347>



50. Breyer, B. N., Cohen, B. E., Bertenthal, D., Rosen, R. C., Neylan, T. C., & Seal, K. H. (2014). Sexual Dysfunction in Male Iraq and Afghanistan War Veterans: Association with Posttraumatic Stress Disorder and Other Combat-Related Mental Health Disorders: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 75–83. <https://doi.org/10.1111/jsm.12201>
51. Brooks, M. S., & Fulton, L. (2010). Evidence of poorer life-course mental health outcomes among veterans of the Korean War cohort. *Aging & Mental Health*, *14*(2), 177–183. <https://doi.org/10.1080/13607860903046560>
52. Brown, J., Williams, J., Bray, R., & Hourani, L. (2012). Postdeployment Alcohol Use, Aggression, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Military Medicine*, *177*(10), 1184–1190. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00119>
53. Brown, M. (2005). “Setting the Conditions” for Abu Ghraib: The Prison Nation Abroad. *American Quarterly*, *57*(3), 973–997. <https://doi.org/10.1353/aq.2005.0039>
54. Bryan, C. J., Hernandez, A. M., Allison, S., & Clemans, T. (2013). Combat Exposure and Suicide Risk in Two Samples of Military Personnel. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 64–77. <https://doi.org/10.1002/jclp.21932>
55. Bryan, C. J., Morrow, C. E., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2013). Guilt, Shame, and Suicidal Ideation in a Military Outpatient Clinical Sample. *Depression and Anxiety*, *30*(1), 55–60. <https://doi.org/10.1002/da.22002>
56. Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. E., & Etienne, N. (2013). Guilt is more strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.044>
57. Buckman, J. E. J., Sundin, J., Greene, T., Fear, N. T., Dandeker, C., Greenberg, N., & Wessely, S. (2010). The impact of deployment length on the health and well-being of military personnel: a systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, *68*(1), 69–76. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.054692>
58. Burgh, H. T. de, White, C. J., Fear, N. T., & Iversen, A. C. (2011). The impact of deployment to Iraq or Afghanistan on partners and wives of military personnel. *International Review of Psychiatry*, *23*(2), 192–200. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.560144>
59. Burrell, L., Durand, D. B., & Fortado, J. (2003). Military Community Integration and Its Effect on Well-Being and Retention. *Armed Forces*

60. Burrell, L. M., Adams, G. A., Durand, D. B., & Castro, C. A. (2006). The Impact of Military Lifestyle Demands on Well-Being, Army, and Family Outcomes. *Armed Forces & Society*, 33(1), 43–58. <https://doi.org/10.1177/0002764206288804>
61. Bush, N. E., Reger, M. A., Luxton, D. D., Skopp, N. A., Kinn, J., Smolenski, D., & Gahm, G. A. (2013). Suicides and Suicide Attempts in the U.S. Military, 2008–2010. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(3), 262–273. <https://doi.org/10.1111/sltb.12012>
62. Büssing, A., Michalsen, A., Khalsa, S. B. S., Telles, S., & Sherman, K. J. (2012). Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of Reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, e165410. <https://doi.org/10.1155/2012/165410>
63. Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279>
64. Cahill, K. M. (2003). *Basics of International Humanitarian Missions*. New York: Fordham Univ Press.
65. Callahan, D. (1973). The WHO Definition of “Health.” *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77–87. <https://doi.org/10.2307/3527467>
66. Cameron, R. P., Mona, L. R., Syme, M. L., Cordes, C. C., Fraley, S. S., Chen, S. S., ... Lemos, L. (2011). Sexuality among wounded veterans of Operation Enduring Freedom (OEF), Operation Iraqi Freedom (OIF), and Operation New Dawn (OND): Implications for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 56(4), 289–301. <https://doi.org/10.1037/a0025513>
67. Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C.-F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., ... Chaney, E. F. (2007). Prevalence of Depression–PTSD Comorbidity: Implications for Clinical Practice Guidelines and Primary Care-based Interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 711–718. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0101-4>
68. Campise, R., Geller, S., & Campise, M. (2006). Combat stress. In C. Kennedy & E. Zillmer, *Military Psychology* (pp. 215–240). New York: The Guilford Press.
69. Cannon, W. (1939). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: D. Appleton Century Co.

70. Capaldi, V. F., Guerrero, M. L., & Killgore, W. D. S. (2011). Sleep Disruptions Among Returning Combat Veterans From Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 176(8), 879–888. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00440>
71. Cardozo, B. L., Crawford, C. G., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., ... Simon, W. (2012). Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PLOS ONE*, 7(9), e44948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>
72. Casey Jr., G. W. (2011). Comprehensive soldier fitness: A vision for psychological resilience in the U.S. Army. *American Psychologist*, 66(1), 1–3. <https://doi.org/10.1037/a0021930>
73. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Current depression among adults---United States, 2006 and 2008. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(38), 1229–1235.
74. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Energy drink consumption and its association with sleep problems among U.S. service members on a combat deployment - Afghanistan, 2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(44), 895–898.
75. Chang, W. C., Yee Man Tang, J., Lai Ming Hui, C., Hoi Yan Wong, G., Kit Wa Chan, S., Ho Ming Lee, E., & Yu Hai Chen, E. (2013). The relationship of early premorbid adjustment with negative symptoms and cognitive functions in first-episode schizophrenia: A prospective three-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 209(3), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.014>
76. Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
77. Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A., & Simpson, T. (2013). Mental Health Characteristics of Sexual Minority Veterans. *Journal of Homosexuality*, 60(2–3), 419–435. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932>
78. Coffey, S. F., Gudmundsdottir, B., Beck, G., Palyo, S. A., & Miller, L. (2006). Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 119–128. <https://doi.org/10.1002/jts.20106>
79. Cohen, B. E., Gima, K., Bertenthal, D., Kim, S., Marmar, C. R., & Seal, K. H. (2010). Mental health diagnoses and utilization of VA non-mental health medical services among returning Iraq and Afghanistan

- veterans. *Journal Of General Internal Medicine*, 25(1), 18–24. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1117-3>
80. Cordova, M. J., C. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
  81. Cozza, K. L., & Hales, R. E. (1991). Psychiatry in the Army: A Brief Historical Perspective and Current Developments. *Psychiatric Services*, 42(4), 413–418. <https://doi.org/10.1176/ps.42.4.413>
  82. Creamer, M., Burgess, P., & Mcfarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237–1247. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004287>
  83. Creamer, Mark, Wade, D., Fletcher, S., & Forbes, D. (2011). PTSD among military personnel. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 23(2), 160–165. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.559456>
  84. Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. Basic Books.
  85. Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 77–85. <https://doi.org/10.1348/000711200160318>
  86. DeCarvalho, L., & Whealin, J. (2012). *Healing Stress in Military Families: Eight Steps to Wellness*. New Jersey: Wiley.
  87. Deckerová, J., & Marek, V. (2016). Vánoce s příchutí střelného prachu. *A Report*, 8(12), 0–1.
  88. Di Nicola, M., Occhiolini, L., Di Nicola, L., Vellante, P., Di Mascio, R., Guizzardi, M., ... Ballone, E. (2007). Stress management and factors related to the deployment of Italian peacekeepers in Afghanistan. *Military Medicine*, 172(2), 140–143.
  89. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
  90. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied*

*Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43.  
<https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>

91. Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1545–1559. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00198-8)
92. Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry*, 11, 26. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-26>
93. Dohnal, F. (2014). *Studijní texty k dějinám farmacie*. Praha: Karolinum Press.
94. Doris, J. M., & Murphy, D. (2007). From My Lai to Abu Ghraib: The Moral Psychology of Atrocity. *Midwest Studies In Philosophy*, 31(1), 25–55. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4975.2007.00149.x>
95. Drummet, A. R., Coleman, M., & Cable, S. (2003). Military Families Under Stress: Implications for Family Life Education\*. *Family Relations*, 52(3), 279–287. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00279.x>
96. Duma, S. J., Reger, M. A., Canning, S. S., McNeil, J. D., & Gahm, G. A. (2010). Longitudinal mental health screening results among postdeployed U.S. soldiers preparing to deploy again. *Journal Of Traumatic Stress*, 23(1), 52–58. <https://doi.org/10.1002/jts.20484>
97. Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363. <https://doi.org/10.1023/A:1021637011732>
98. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A.-P. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing a.s.
99. Eisen, S. V., Schultz, M. R., Vogt, D., Glickman, M. E., Elwy, A. R., Drainoni, M.-L., ... Martin, J. (2012). Mental and Physical Health Status and Alcohol and Drug Use Following Return From Deployment to Iraq or Afghanistan. *American Journal of Public Health*, 102(S1), S66–S73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300609>
100. Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality

Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>

101. Elder, G. A. (2015). Update on TBI and Cognitive Impairment in Military Veterans. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15(10), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11910-015-0591-8>
102. Elhai, J. D., Contractor, A. A., Tamburrino, M., Fine, T. H., Cohen, G., Shirley, E., ... Galea, S. (2015). Structural relations between DSM-5 PTSD and major depression symptoms in military soldiers. *Journal of Affective Disorders*, 175, 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.034>
103. England, D. (2009). *The Post Traumatic Stress Disorder Relationship: How to Support Your Partner and Keep Your Relationship Healthy*. Adams Media.
104. Erbes, C. R., Kaler, M. E., Schult, T., Polusny, M. A., & Arbisi, P. A. (2011). Mental health diagnosis and occupational functioning in National Guard/Reserve veterans returning from Iraq. *Journal Of Rehabilitation Research And Development*, 48(10), 1159–1170.
105. Ewbank, R. (1985). Behavioral Responses to Stress in Farm Animals. In G. P. Moberg (Ed.), *Animal Stress* (pp. 71–79). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7544-6\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7544-6_5)
106. Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25–32. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0164-6>
107. Fear, N. T., Jones, M., Murphy, D., Hull, L., Iversen, A. C., Coker, B., ... Wessely, S. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *The Lancet*, 375(9728), 1783–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60672-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60672-1)
108. Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2013). Amotivation and functional outcomes in early schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(2), 665–668. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.024>
109. Festinger, L. (1962). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
110. Fiedler, N., Ozakinci, G., Hallman, W., Wartenberg, D., Brewer, N. T., Barrett, D. H., & Kipen, H. M. (2006). Military deployment to the Gulf War as a risk factor for psychiatric illness among US troops. *The*

*British Journal of Psychiatry*, 188(5), 453–459.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.453>

111. Flegr, J., Hampl, R., Černochová, D., Preiss, M., Bičíková, M., Sieger, L., ... Klose, J. (2012). The relation of cortisol and sex hormone levels to results of psychological, performance, IQ and memory tests in military men and women. *Neuro Endocrinology Letters*, 33(2), 224–235.
112. Flegr, J., Preiss, M., & Klose, J. (2013). Toxoplasmosis-associated difference in intelligence and personality in men depends on their Rhesus blood group but not ABO blood group. *Plos One*, 8(4), e61272–e61272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061272>
113. Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141–150.
114. Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
115. Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459–473. <https://doi.org/10.1002/jts.2490060405>
116. Forbes, D., Creamer, M., & Biddle, D. (2001). The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 977–986. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00084-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00084-X)
117. Forter, G. (2006). Abu Ghraib, the torture memos, and the psychosocial dynamics of torture: a dossier. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 3(2), 168–176. <https://doi.org/10.1002/aps.103>
118. Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
119. Friedman, R., Epstein, Y., & Gefen, A. (2016). Traumatic Brain Injury in the Military: Biomechanics and Finite Element Modelling. In A. Gefen & Y. Epstein (Eds.), *The Mechanobiology and Mechanophysiology of Military-Related Injuries* (pp. 209–233).

120. Frontières, M. S. (2004). *Campaign for Access to Essential Medicines*.
121. Gadermann, A. M., Engel, C. C., Naifeh, J. A., Nock, M. K., Petukhova, M., Santiago, P. N., ... Kessler, R. C. (2012). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among U.S. Military Personnel: Meta-Analysis and Simulation. *Military Medicine*, 177(8S), 47–59. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00103>
122. Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Grant, K., Joseph, A., & Shouldice, L. (2005). Understanding the Nature and Role of Spirituality in Relation to Coping and Health: A Conceptual Framework. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 46(2), 88–104. <https://doi.org/10.1037/h0087008>
123. Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived Control and Vulnerability to Anxiety Disorders: A Meta-analytic Review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571–584. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9624-x>
124. Gallaway, M. S., Fink, D. S., Millikan, A. M., & Bell, M. R. (2012). Factors Associated With Physical Aggression Among US Army Soldiers. *Aggressive Behavior*, 38(5), 357–367. <https://doi.org/10.1002/ab.21436>
125. Garber, B. G., Zamorski, M. A., & Jetly, C. R. (2012). Mental Health of Canadian Forces Members While on Deployment to Afghanistan. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(12), 736–744. <https://doi.org/10.1177/070674371205701205>
126. Gelenberg, A. J. (2000). Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 2(2), 49–54.
127. Gellis, L., Gehrman, P., Mavandadi, S., & Oslin, D. (2013). Predictors of Sleep Disturbances in Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom Veterans Reporting a Trauma. *Military Medicine*, 175(8), 567–573. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-09-00123>
128. George S. Everly, & Jeffrey T. Mitchell. (1999). *Critical Incident Stress Management, CISM, A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention, Second Edition* (Vol. 1999). Elliott City: Chevron Publishing Corporation.
129. George S. Everly, Jr., & Mitchell, J. (2000). *Critical Incident Stress Management: Advanced Group Crisis Interventions A Workbook, 2nd*



*Edition* (Vol. 2000). Elliott City: The International Critical Incident Stress Foundation Inc.

130. Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 345–357. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00004-9)
131. Goorney, A. B., & O’connor, P. J. (1971). Anxiety Associated with Flying: A Retrospective Survey of Military Aircrew Psychiatric Casualties. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 159–166. <https://doi.org/10.1192/bjp.119.549.159>
132. Gordana, D. J., & Milivoje, P. (2007). Suicide Prevention Program in the Army of Serbia and Montenegro. *Military Medicine*, 172(5), 551–555. <https://doi.org/10.7205/MILMED.172.5.551>
133. Goulston, M. (2011). *Post-Traumatic Stress Disorder For Dummies*. Indianapolis: John Wiley & Sons.
134. Greenwood, M. L., & Leeuw, S. N. de. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*, 17(7), 381.
135. Griffith, J. (2002). Multilevel analysis of cohesion’s relation to stress, well-being, identification, disintegration, and perceived combat readiness. *Military Psychology*, 14(3), 217–239. [https://doi.org/10.1207/S15327876MP1403\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327876MP1403_3)
136. Griffith, J. (2013). Combat Exposure and Postdeployment Aggression: The Mediating Effects of Posttraumatic Stress, Negative Emotion, and Postdeployment Stressors. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 3(1), 2. <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000115>
137. Grossman, D. (2013). *Žena prchá před zprávou*. Mladá Fronta.
138. Haar, J. M., Russo, M., Suñe, A., & Ollier-Malaterre, A. (2014). Outcomes of work–life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*, 85(3), 361–373. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.08.010>
139. Haney, C., & Zimbardo, P. (1998). The past and future of U.S. prison policy: Twenty-five years after the Stanford Prison Experiment. *American Psychologist*, 53(7), 709–727. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.7.709>

140. Hankin, C. S., Skinner, K. M., Sullivan, L. M., Miller, D. R., Frayne, S., & Tripp, T. J. (1999). Prevalence of depressive and alcohol abuse symptoms among women VA outpatients who report experiencing sexual assault while in the military. *Journal of Traumatic Stress, 12*(4), 601–612. <https://doi.org/10.1023/A:1024760900213>
141. Harari, Y. N. (2008). Combat flow: Military, political, and ethical dimensions of subjective well-being in war. *General Psychology, 12*(3), 253–264.
142. Harmon, S. C., Hoyt, T. V., Jones, M. D., Etherage, J. R., & Okiishi, J. C. (2012). Postdeployment mental health screening: an application of the Soldier Adaptation Model. *Military Medicine, 177*(4), 366–373.
143. Harrington, R. (2012). *Stress, Health and Well-Being: Thriving in the 21st Century*. Belmont: Cengage Learning.
144. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
145. Harvey, S. B., Hatch, S. L., Jones, M., Hull, L., Jones, N., Greenberg, N., ... Wessely, S. (2012). The Long-Term Consequences of Military Deployment: A 5-Year Cohort Study of United Kingdom Reservists Deployed to Iraq in 2003. *American Journal of Epidemiology, kws248*. <https://doi.org/10.1093/aje/kws248>
146. Haskell, S. G., Gordon, K. S., Mattocks, K., Duggal, M., Erdos, J., Justice, A., & Brandt, C. A. (2010). Gender Differences in Rates of Depression, PTSD, Pain, Obesity, and Military Sexual Trauma Among Connecticut War Veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Women's Health, 19*(2), 267–271. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1262>
147. Hassija, C. M., Jakupcak, M., Maguen, S., & Shipherd, J. C. (2012). The Influence of combat and interpersonal trauma on PTSD, depression, and alcohol misuse in U.S. Gulf War and OEF/OIF women veterans. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 216–219. <https://doi.org/10.1002/jts.21686>
148. Heishman, S. J., Kleykamp, B. A., & Singleton, E. G. (2010). Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology, 210*(4), 453–469. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1848-1>
149. Hewa, S. (2016). Theories of disease causation: Social epidemiology and epidemiological transition. *Galle Medical Journal, 20*(2). <https://doi.org/10.4038/gmj.v20i2.7936>

150. Hilton, J. (2008). *Jak překonat stres doma, v práci, na cestách*. Praha: Svojtka & Co.
151. Hoge, C., Auchterlonie, J., & Milliken, C. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>
152. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
153. Hoggatt, K. J., Jamison, A. L., Lehavot, K., Cucciare, M. A., Timko, C., & Simpson, T. L. (2015). Alcohol and Drug Misuse, Abuse, and Dependence in Women Veterans. *Epidemiologic Reviews*, mxu010. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu010>
154. Holmes, T., & Rahe, R. (1967). Introduction to life-stress scale. *Journal of Psychosomatic Research*, (37), 1239–1243.
155. Hosák, L. (2015). Základy psychopatologie. In L. Hosák, M. Hrdlička, & J. Libiger (Eds.), *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (pp. 56–75). Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press.
156. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing a.s.
157. Howard, M. D. (2007). Escaping the Pain: Examining the Use of Sexually Compulsive Behavior to Avoid the Traumatic Memories of Combat. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(2), 77–94. <https://doi.org/10.1080/10720160701310443>
158. Hrbata, M. (2013). Využití metody sociomapování v rezortu obrany. *Vojenské Rozhledy*, 21(4), 90–93.
159. Hynek, N., Eichler, J., & Majerník, L. (2012). *Konflikt a obnova v Afghánistánu: kontext, prostředí a zájmy*. Praha: Ústav mezinárodních vztahů.
160. Ikin, J. F., McKenzie, D. P., Gwini, S. M., Kelsall, H. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., ... Sim, M. (2016). Major depression and depressive symptoms in Australian Gulf War veterans 20 years after the Gulf War. *Journal of Affective Disorders*, 189, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.016>
161. Ikin, Jillian F., Creamer, M. C., Sim, M. R., & McKenzie, D. P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective*

- Disorders*, 125(1–3), 279–286.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.005>
162. Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., & Preston, C. (1982). Occupational Stress, Type A Behavior, and Physical Well Being. *Academy of Management Journal*, 25(2), 373–391.  
<https://doi.org/10.2307/255998>
163. Iversen, A. C., van Staden, L., Hughes, J. H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., ... Fear, N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 68–68.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-68>
164. Jacobson, I. G., Ryan, M. A. K., Hooper, T. I., Smith, T. C., Amoroso, P. J., Boyko, E. J., ... Bell, N. S. (2008). Alcohol Use and Alcohol-Related Problems Before and After Military Combat Deployment. *JAMA*, 300(6), 663–675. <https://doi.org/10.1001/jama.300.6.663>
165. Jakšić, N., Brajković, L., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD), 24(3), 256–266.
166. Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H. A., Felker, B., ... McFall, M. E. (2007). Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 945–954.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20258>
167. Jakupcak, M., Tull, M. T., McDermott, M. J., Kaysen, D., Hunt, S., & Simpson, T. (2010). PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive Behaviors*, 35(9), 840–843.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.023>
168. Jehošua, A. (2008). *Milenec*. Příbram: Pistorius & Olšanská, s.r.o.
169. Jetly, R. (2011). Psychiatric lessons learned in Kandahar. *Canadian Journal Of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie*, 54(6), S142–S144.  
<https://doi.org/10.1503/cjs.023911>
170. Jiráček, R., Bob, P., & Papežová, H. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. (Z. Fišar, Ed.). Praha: Grada Publishing a.s.
171. Jones, E., Vermaas, R. H., McCARTNEY, H., Beech, C., Palmer, I., Hyams, K., & Wessely, S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 158–163.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.158>

172. Jones, E., & Wessely, S. (2005). *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. New York: Psychology Press.
173. Jones, N., Fear, N. T., Jones, M., Wessely, S., & Greenberg, N. (2010). Long-term military work outcomes in soldiers who become mental health casualties when deployed on operations. *Psychiatry*, *73*(4), 352–364. <https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.4.352>
174. Jones, N., Seddon, R., Fear, N. T., McAllister, P., Wessely, S., & Greenberg, N. (2012). Leadership, cohesion, morale, and the mental health of UK Armed Forces in Afghanistan. *Psychiatry*, *75*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.49>
175. Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
176. Katz, I. (2012). Lessons learned from mental health enhancement and suicide prevention activities in the Veterans Health Administration. *American Journal Of Public Health*, *102 Suppl 1*, S14–S16. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300582>
177. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(1), 85–90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85>
178. Kebza, V., & Poláčková - Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Čkoslovenská Psychologie*, *52*(1), 1–19.
179. Kelnarová, J., & Matějková, E. (2014). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
180. Kelsall, H. L., Wijesinghe, M. S. D., Creamer, M. C., McKenzie, D. P., Forbes, A. B., Page, M. J., & Sim, M. R. (2015). Alcohol Use and Substance Use Disorders in Gulf War, Afghanistan, and Iraq War Veterans Compared With Nondeployed Military Personnel. *Epidemiologic Reviews*, *37*, mxu014. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu014>
181. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
182. Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International*

*Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121.  
<https://doi.org/10.1002/mpr.168>

183. Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.
184. Killgore, W. D. S., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Preliminary normative data for the Evaluation of Risks Scale-Bubble Sheet Version (EVAR-B) for large-scale surveys of returning combat veterans. *Military Medicine*, 175(10), 725–731.
185. Killgore, W. D. S., Cotting, D. I., Thomas, J. L., Cox, A. L., McGurk, D., Vo, A. H., ... Hoge, C. W. (2008). Post-combat invincibility: Violent combat experiences are associated with increased risk-taking propensity following deployment. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1112–1121. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.001>
186. Killgore, W. D. S., Stetz, M. C., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2006). The effects of prior combat experience on the expression of somatic and affective symptoms in deploying soldiers. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.02.012>
187. Kiselica, A., Brown Hangartner, R., & Lewin, A. B. (2015). Differential diagnosis of anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder in a male military veteran. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, e19 (11 pages). <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000458>
188. Klaassens, E. R., van Veen, T., Weerts, J. M. P., & Zitman, F. G. (2008). Mental health of Dutch peacekeeping veterans 10-25 years after deployment. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*, 23(7), 486–490. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.009>
189. Klimpl, P. (1998). *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada Publishing, a.s.
190. Kline, A., Falca-Dodson, M., Sussner, B., Ciccone, D. S., Chandler, H., Callahan, L., & Losonczy, M. (2010). Effects of repeated deployment to Iraq and Afghanistan on the health of New Jersey Army National Guard troops: implications for military readiness. *American Journal Of Public Health*, 100(2), 276–283. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.162925>
191. Klose, J. (2010, March 14). Vzali by vás za vojáka? Retrieved May 31, 2016, from <http://www.mocr.army.cz/informacni-servis/zpravodajstvi/vzali-by-vas-za-vojaka---37228/>

192. Kloze, J., & Hoffmann, Z. (2008). Neprojdou čtyři z deseti. *A Report*, (25\_26), 32–33.
193. Kloze, J., Král, P., Tichý, V., Navrátil, P., Pulkrabková, A., & Holub, M. (2011). Závěrečná zpráva projektu výzkumu Ministerstva obrany České republiky: „Bojový stres – dopady na příslušníky AČR v podmínkách zahraničních misí- BOJSTRES“. Ministerstvo obrany.
194. Kloze, J., Král, P., Tichý, V., Šmíd, M., Holub, M., Pilc, O., ... Jelínková, S. (2007). Závěrečná zpráva projektu výzkumu Ministerstva obrany České republiky: Moderátory zdraví a zvládnání stresu u účastníků zahraničních misí. Ministerstvo obrany.
195. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
196. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
197. Koenen, K. C., Lyons, M. J., Goldberg, J., Simpson, J., Williams, W. M., Toomey, R., ... Tsuang, M. T. (2003). A High Risk Twin Study of Combat-Related PTSD Comorbidity. *Twin Research and Human Genetics*, 6(3), 218–226. <https://doi.org/10.1375/twin.6.3.218>
198. Kofman, O. (2002). The role of prenatal stress in the etiology of developmental behavioural disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(4), 457–470. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(02\)00015-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(02)00015-5)
199. Kokkevi, A., Gabhainn, S. N., & Spyropoulou, M. (2006). Early Initiation of Cannabis Use: A Cross-national European Perspective. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 712–719. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.05.009>
200. Kolkow, T. T., Spira, J. L., Morse, J. S., & Grieger, T. A. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder and Depression in Health Care Providers Returning from Deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172(5), 451–455. <https://doi.org/10.7205/MILMED.172.5.451>
201. Kolov, S., & Ostapenko, A. (2013). 539 – The impact of combat psychic trauma on sexuality. *European Psychiatry*, 28, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)75834-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)75834-6)
202. Kořan, M., & Ditrych, O. (2012). *Česká zahraniční politika v roce 2011: Analýza ÚMV*. Praha: Ústav mezinárodních vztahů.

203. Kowalski, J. T., Hauffa, R., Jacobs, H., Höllmer, H., Gerber, W. D., & Zimmermann, P. (2012). Deployment-related stress disorder in German soldiers: utilization of psychiatric and psychotherapeutic treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, *109*(35–36), 569–575. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0569>
204. Král, P. (2016). Trénink duševního zdraví. *A Report*, *9*(12), 12–13.
205. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s.
206. Krueger, J. I. (2009). A componential model of situation effects, person effects, and situation-by-person interaction effects on social behavior. *Journal of Research in Personality*, *43*(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.042>
207. Lamerson, C., & Kelloway, E. (1996). Towards a model of peacekeeping stress: Traumatic and contextual influences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *37*(4), 195–204. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.37.4.195>
208. Lande, G., Marin, B., Chang, A., & Lande, G. R. (2008). Survey of Alcohol Use in the U.S. Army. *Journal of Addictive Diseases*, *27*(3), 115–121. <https://doi.org/10.1080/10550880802122711>
209. Lane, M. E., Hourani, L. L., Bray, R. M., & Williams, J. (2012). Prevalence of perceived stress and mental health indicators among reserve-component and active-duty military personnel. *American Journal Of Public Health*, *102*(6), 1213–1220. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300280>
210. Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Grada Publishing a.s.
211. Lau, R. R., Hartman, K. A., & Ware, J. E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, *5*(1), 25–43. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.5.1.25>
212. Lauterbach, D., Vrana, S., King, D. W., & King, L. A. (1997). Psychometric Properties of the Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, *10*(3), 499–513. <https://doi.org/10.1023/A:1024801607043>
213. LeardMann, C. A., Powell, T. M., Smith, T. C., Bell, M. R., Smith, B., Boyko, E. J., ... Hoge, C. W. (2013). Risk Factors Associated With Suicide in Current and Former US Military Personnel. *JAMA*, *310*(5), 496–506. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.65164>
214. Lečbych, M. (2014). Rorschach method in psychological trauma impacts assessment. *Ceskolovenska Psychologie*, *58*(1), 72–81.



215. Lee, J. H., & Cho, J. Y. (1999). Anxiety, Depression and Impulsiveness according to Military Service Duration in Army-Enlisted Males. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 38(5), 966–972.
216. Lees-Haley, P. R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCMI-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F-K, fake bad scale, ego strength, subtle-obvious subscales, DIS, and DEB. *Journal of Clinical Psychology*, 48(5), 681–688. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199209\)48:5<681::AID-JCLP2270480516>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199209)48:5<681::AID-JCLP2270480516>3.0.CO;2-Q)
217. Lester, P., Peterson, K., Reeves, J., Knauss, L., Glover, D., Mogil, C., ... Beardslee, W. (2010). The Long War and Parental Combat Deployment: Effects on Military Children and At-Home Spouses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.003>
218. Leung-Shea, C., & Danaher, P. J. (2006). Q Fever in Members of the United States Armed Forces Returning from Iraq. *Clinical Infectious Diseases*, 43(8), e77–e82. <https://doi.org/10.1086/507639>
219. Levenson, J. (2007). *Psychosomatic Medicine*. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing Inc.
220. Lewis, V., Creamer, M., & Failla, S. (2009). Is poor sleep in veterans a function of post-traumatic stress disorder? *Military Medicine*, 174(9), 948–951.
221. Limbert, C. (2004). Psychological Well-Being and Job Satisfaction Amongst Military Personnel on Unaccompanied Tours: The Impact of Perceived Social Support and Coping Strategies. *Military Psychology*, 16(1), 37–51. [https://doi.org/10.1207/s15327876mp1601\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327876mp1601_3)
222. Lind, M. J., Brown, E., Farrell-Carnahan, L., Brown, R. C., Hawn, S., Berenz, E., ... Amstadter, A. B. (2016). Sleep Disturbances in OEF/OIF/OND Veterans: Associations with PTSD, Personality, and Coping. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*.
223. Litz, B. T., King, L. A., King, D. W., Orsillo, S. M., & Friedman, M. J. (1997). Warriors as peacekeepers: Features of the Somalia experience and PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1001–1010. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.6.1001>
224. Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17(3), 198–202. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2000.00260.x>

225. Lovering, M. E., Proctor, S. P., & Heaton, K. J. (2013). A retrospective study of anxiety disorder diagnoses in the military from 2000 to 2009. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.003>
226. Lu, L. C., & Bludau, J. (2011). *Alzheimer's Disease*. ABC-CLIO.
227. Lukáčová, V. (2016). Sledování pornografie jako nutkavé chování. Presented at the Sjezd vojenských psychologů a psychiatrů 2016, Zvíkovské podhradí, ČR.
228. Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., Wel, K. A. van der, & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work–life balance, health and well-being in European welfare states. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 422–427. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku010>
229. Luxton, D. D., Greenburg, D., Ryan, J., Niven, A., Wheeler, G., & Mysliwiec, V. (2011). Prevalence and impact of short sleep duration in redeployed OIF soldiers. *Sleep*, 34(9), 1189–1195. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1236>
230. Luxton, D. D., Skopp, N. A., & Maguen, S. (2010). Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1027–1033. <https://doi.org/10.1002/da.20730>
231. MacDonald, C. (2003). Evaluation of Stress Debriefing Interventions with Military Populations - ProQuest. *Military Medicine*, 12(168), 961–968.
232. MacDonald, H. Z., Proctor, S. P., Heeren, T., & Vasterling, J. J. (2013). Associations of postdeployment PTSD symptoms with predeployment symptoms in Iraq-deployed Army soldiers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 470–476. <https://doi.org/10.1037/a0029010>
233. MacGregor, A. J., Han, P. P., Dougherty, A. L., & Galarneau, M. R. (2012). Effect of dwell time on the mental health of US military personnel with multiple combat tours. *American Journal Of Public Health*, 102 Suppl 1, S55–S59. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300341>
234. MacManus, D., Dean, K., Bakir, M. A., Iversen, A. C., Hull, L., Fahy, T., ... Fear, N. T. (2012). Violent behaviour in UK military personnel returning home after deployment. *Psychological Medicine*, 42(8), 1663–1673. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002327>
235. Madhusoodanan, S., Danan, D., Brenner, R., & Bogunovic, O. (2004). Brain Tumor and Psychiatric Manifestations: A Case Report and Brief

- Review. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16(2), 111–113.  
<https://doi.org/10.3109/10401230490453770>
236. Mádlová, K., Kališová, L., & Zajícová, M. (2016). Public stigma of electroconvulsive therapy (ECT) in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 33, Supplement, S554.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2046>
237. Maguen, S., Lucenko, B. A., Reger, M. A., Gahm, G. A., Litz, B. T., Seal, K. H., ... Marmar, C. R. (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq war veterans. *Journal Of Traumatic Stress*, 23(1), 86–90.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20434>
238. Maguen, S., Luxton, D. D., Skopp, N. A., & Madden, E. (2012). Gender differences in traumatic experiences and mental health in active duty soldiers redeployed from Iraq and Afghanistan. *Journal of Psychiatric Research*, 46(3), 311–316.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.007>
239. Maguen, S., Ren, L., Bosch, J. O., Marmar, C. R., & Seal, K. H. (2010). Gender differences in mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans enrolled in veterans affairs health care. *American Journal Of Public Health*, 100(12), 2450–2456.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.166165>
240. Maher, M. J., Rego, S. A., & Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs*, 20(7), 567–591.
241. Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
242. Malá, E., & Pavlovský, P. (2010). *Psychiatrie*. Praha: Portál.
243. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
244. Martin, P. D., Williamson, D. A., Alfonso, A. J., & Ryan, D. H. (2006). Psychological Adjustment during Army Basic Training. *Military Medicine*, 171(2), 157–160.  
<https://doi.org/10.7205/MILMED.171.2.157>
245. Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review

- and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136–2148.  
<https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket169>
246. Mateczun, J. M., & Holmes, E. K. (1996). Return, readjustment, and reintegration: The three R's of family reunion. In R. J. Ursano & A. E. Norwood (Eds.), *Emotional aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, families, communities, and nations* (pp. 369–392). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
247. Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
248. McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Fullerton, C. S. (1995). Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15-month follow-up. *The American Journal Of Psychiatry*, 152(6). Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/e9546d874038b5f2fd54632419c5bba0/1?pq-origsite=gscholar>
249. McCarroll, J., Ursano, R., Liu, X., Thayer, L., Newby, J., Norwood, A., & Fullerton, C. (2010). Deployment and the Probability of Spousal Aggression by U.S. Army Soldiers. *Military Medicine*, 175(5), 352–356. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00048>
250. McCarthy, S. (2008). Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occupational Medicine*, 58(5), 379–379. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn062>
251. McCulloch, K. L., Goldman, L. S., Lowe, L., Radomski, M. V., Reynolds, J., Shapiro, C. R., & West, T. A. (2015). Development of Clinical Recommendations for Progressive Return to Activity After Military Mild Traumatic Brain Injury: Guidance for Rehabilitation Providers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(1), 56–67. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000104>
252. McFarlane, A. C. (2009). Military deployment: the impact on children and family adjustment and the need for care. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 369–373. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9064>
253. McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. G. (2016). PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 246, 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.036>
254. McNally, R. J. (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry*, 53(9), 779–788. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01663-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01663-3)

255. McRae, R., & Hubert, D. (2001). *Human Security and the New Diplomacy: Protecting People, Promoting Peace*. Montreal: McGill-Queen's Press - MQUP.
256. Merolla, A. J. (2010). Relational Maintenance during Military Deployment: Perspectives of Wives of Deployed US Soldiers. *Journal of Applied Communication Research*, 38(1), 4–26. <https://doi.org/10.1080/00909880903483557>
257. Michel, P.-O., Lundin, T., & Larsson, G. (2003). Stress Reactions Among Swedish Peacekeeping Soldiers Serving in Bosnia: A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 589–593. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004084.85732.86>
258. Miles, S. H. (2004). Abu Ghraib: its legacy for military medicine. *The Lancet*, 364(9435), 725–729. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16902-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16902-X)
259. Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A., Greene, A., Ofrat, S., & McInerney, S. (2012). Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 599–607. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.016>
260. Ministerstvo obrany ČR. (2003). *Armáda České republiky a zahraniční mise*. (P. Majer, Ed.). Praha: Agentura vojenských informací a služeb.
261. Ministerstvo obrany, & Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška o zdravotní způsobilosti k výkonu vojenské činné služby, Pub. L. No. 357/2016, 142/2016 Zákon o branné povinnosti a jejím zajišťování (2016).
262. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
263. Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the Prevention of Work-Related Traumatic Stress among High Risk Occupational Groups. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 267–280). New York: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9_16)
264. Monson, C. M., & Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: Harnessing the Healing Power of Relationships*. New York: Guilford Press.

265. Moradi, B. (2009). Sexual orientation disclosure, concealment, harassment, and military cohesion: Perceptions of LGBT military veterans. *Military Psychology, 21*(4), 513–533. <https://doi.org/10.1080/08995600903206453>
266. Morissette, S. B., Woodward, M., Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., Kruse, M. I., Dolan, S., & Gulliver, S. B. (2011). Deployment-related TBI, persistent postconcussive symptoms, PTSD, and depression in OEF/OIF veterans. *Rehabilitation Psychology, 56*(4), 340–350. <https://doi.org/10.1037/a0025462>
267. Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, Gender, and Self-Esteem Differences in Adolescent Coping Styles. *The Journal of Social Psychology, 140*(4), 539–541. <https://doi.org/10.1080/00224540009600494>
268. Mysliwicz, V., Gill, J., Lee, H., Baxter, T., Pierce, R., Barr, T. L., ... Roth, B. J. (2013). Sleep disorders in us military personnel: A high rate of comorbid insomnia and obstructive sleep apnea. *Chest, 144*(2), 549–557. <https://doi.org/10.1378/chest.13-0088>
269. Mysliwicz, V., McGraw, L., Pierce, R., Smith, P., Trapp, B., & Roth, B. J. (2013). Sleep Disorders and Associated Medical Comorbidities in Active Duty Military Personnel. *SLEEP*. <https://doi.org/10.5665/sleep.2364>
270. Nader, K., Newman, E., Weathers, F., Kaloupek, D. G., Krieger, J., & Blake, D. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPSCA): Interviewer's Guide*. Los Angeles: Western Psychological Services. Retrieved from <http://www.ncsnet.org/content/clinician-administered-ptsd-scale-children-and-adolescents>
271. Nash, W. (2011). The Stressors of War. In C. R. Figley & W. P. Nash (Eds.), *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. New York: Routledge.
272. Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
273. Neria, Y., Solomon, Z., Ginzburg, K., & Dekel, R. (2000). Sensation seeking, wartime performance, and long-term adjustment among Israeli war veterans. *Personality and Individual Differences, 29*(5), 921–932. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00243-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00243-3)
274. Nevin, R. L. (2009). Low validity of self-report in identifying recent mental health diagnosis among U.S. service members completing Pre-Deployment Health Assessment (PreDHA) and deployed to

- Afghanistan, 2007: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 9, 376–376. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-376>
275. Newby, J. H., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fan, Z., Shigemura, J., & Tucker-Harris, Y. (2005). Positive and Negative Consequences of a Military Deployment. *Military Medicine*, 170(10), 815–819. <https://doi.org/10.7205/MILMED.170.10.815>
276. Neylan, T. C., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Weiss, D. S., Zatzick, D. F., Delucchi, K. L., ... Schoenfeld, F. B. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *The American Journal Of Psychiatry*, 155(7), 929–933.
277. Nissen, L. R., Marott, J. L., Gyntelberg, F., & Guldager, B. (2011). Danish soldiers in Iraq: perceived exposures, psychological distress, and reporting of physical symptoms. *Military Medicine*, 176(10), 1138–1143.
278. Norwood, A., Fullerton, C., & Hagen, K. (1996). Those left behind: Military families. In A. Norwood & C. S. Fullerton (Eds.), *Emotional aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, families, communities, and nations* (pp. 163–196). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
279. Nový, M. (2012). K otázce délky nasazení vojáků v zahraniční mírové operaci. *Vojenské Rozhledy*, 21(53), 122–128.
280. Nový, M. (2013). Vznik Odboru operační psychologie Agentury vojenského zdravotnictví (Vol. 2013). Presented at the Sjezd vojenských psychiatrů a psychologů, Zámek Čejkovice.
281. Nový, M. (2015). Psycholog v ZO | Operační Psychologie AČR. Retrieved December 18, 2016, from <http://www.psychologove.army.cz/psycholog-v-zo>
282. Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Garcia-Franco, M., Vilamala, S., Ribas, M., Arenas, O., ... Haro, J. M. (2015). Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.011>
283. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing a.s.
284. Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonk, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

285. Orsillo, S. M., Roemer, L., Litz, B. T., Ehlich, P., & Friedman, M. J. (1998). Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: an examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *Journal Of Traumatic Stress, 11*(4), 611–625.
286. Osiel, M. J. (1998). Obeying Orders: Atrocity, Military Discipline, and the Law of War. *California Law Review, 86*(5), 939–1129. <https://doi.org/10.2307/3481100>
287. Ouellette Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(5), 525–533. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90086-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90086-8)
288. Padden, D. L., Connors, R. A., & Agazio, J. G. (2011). Stress, Coping, and Well-Being in Military Spouses During Deployment Separation. *Western Journal of Nursing Research, 33*(2), 247–267. <https://doi.org/10.1177/0193945910371319>
289. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing a.s.
290. Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
291. Peterson, A., Goodie, M. J., Satterfield, W., & Brim, W. (2008). Sleep Disturbance during Military Deployment. *Military Medicine, 173*(3), 230–235. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.3.230>
292. Peterson, K. C., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). PTSD in Children. In *Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 61–66). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0756-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0756-1_5)
293. Piccirillo, A. L., Packnett, E. R., Boivin, M. R., & Cowan, D. N. (2015). Epidemiology of psychiatric disability without posttraumatic stress disorder among U.S. Army and Marine Corps personnel evaluated for disability discharge. *Journal Of Psychiatric Research, 71*, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.010>
294. Pirkis, J., & Nordentoft, M. (2011). Media Influences on Suicide and Attempted Suicide. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 531–544). New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119998556.ch30/summary>



295. Plumb, T. R., Peachey, J. T., & Zelman, D. C. (2014). Sleep disturbance is common among servicemembers and veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Psychological Services, 11*(2), 209–219. <https://doi.org/10.1037/a0034958>
296. Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71–83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>
297. Powers, M. B., Gillihan, S. J., Rosenfield, D., Jerud, A. B., & Foa, E. B. (2012). Reliability and validity of the PDS and PSS-I among participants with PTSD and alcohol dependence. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(5), 617–623. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.013>
298. Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
299. Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál.
300. Praško, J. (2012). *Úzkost a obavy*. Praha: Portál.
301. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM - 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, s.r.o.
302. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press.
303. Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton.
304. Ramchand, R., Schell, T. L., Karney, B. R., Osilla, K. C., Burns, R. M., & Caldarone, L. B. (2010). Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: Possible explanations. *Journal of Traumatic Stress, 23*(1), 59–68. <https://doi.org/10.1002/jts.20486>
305. Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Mash, H. B. H., Ng, T. H. H., Kessler, R. C., Stein, M. B., & Ursano, R. J. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorders, 161*, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.016>
306. Rawlins, M. D., Wexler, N. S., Wexler, A. R., Tabrizi, S. J., Douglas, I., Evans, S. J. W., & Smeeth, L. (2016). The Prevalence of Huntington's Disease. *Neuroepidemiology, 46*(2), 144–153. <https://doi.org/10.1159/000443738>

307. Regasa, L. E., Thomas, D. M., Gill, R. S., Marion, D. W., & Ivins, B. J. (2016). Military Deployment May Increase the Risk for Traumatic Brain Injury Following Deployment: *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *31*(1), E28–E35. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000155>
308. Reger, M. A., Gahm, G. A., Swanson, R. D., & Duma, S. J. (2009). Association Between Number of Deployments to Iraq and Mental Health Screening Outcomes in US Army Soldiers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(9), 1266–1272. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04361>
309. Reiche, E. M. V., Nunes, S. O. V., & Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The Lancet Oncology*, *5*(10), 617–625. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(04\)01597-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(04)01597-9)
310. Reijnen, A., Rademaker, A. R., Vermetten, E., & Geuze, E. (2015). Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: a 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*, *30*(2), 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.003>
311. Reivich, K. J., P, E., & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. *American Psychologist*, *66*(1), 25–34. <https://doi.org/10.1037/a0021897>
312. Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
313. Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *38*, 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
314. Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010204.pub2/abstract>
315. Robins, L. N., Davis, D. H., & Goodwin, D. W. (1974). Drug Use by U.s. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-up on Their Return Hom. *American Journal of Epidemiology*, *99*(4), 235–249.

316. Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). *A Sociology Of Mental Health And Illness*. Berkshire: McGraw-Hill Education (UK).
317. Rojas, S. M., Bujarski, S., Babson, K. A., Dutton, C. E., & Feldner, M. T. (2014). Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(3), 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.02.004>
318. Roscoe, J. A., Kaufman, M. E., Matteson-Rusby, S. E., Palesh, O. G., Ryan, J. L., Kohli, S., ... Morrow, G. R. (2007). Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. *The Oncologist*, 12(Supplement 1), 35–42. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-S1-35>
319. Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.4.489>
320. Ruggiero, K. J., & McLeer, S. V. (2000). PTSD scale of the child behavior checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 287–299. <https://doi.org/10.1023/A:1007710828777>
321. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
322. Ruzek, J. I., & Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.008>
323. Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S.-L., Meadows, G., & Asmundson, G. J. G. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Archives Of General Psychiatry*, 64(7), 843–852.
324. Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D., & Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive–compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research*, 135(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.026>
325. Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257–1264. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1257>

326. Schlenger, W., Jordan, K., Caddell, J., Ebert, L., & Fairbank, J. (2004). Epidemiological Methods for Assessing Trauma and PTSD. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 226–261). New York: Guilford Press.
327. Schmied, L. A., & Lawler, K. A. (1986). Hardiness, Type A behavior, and the stress–illness relation in working women. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1218–1223. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1218>
328. Schnurr, P., Friedman, M., & Rosenberg, S. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *The American Journal Of Psychiatry*, *150*(3), 479–483.
329. Schomerus, D. G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *259*(5), 298–306. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0870-y>
330. Schwarz, E., & Kowalski, J. (1991). Malignant Memories: PTSD in Children and Adults after a School Shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(6), 936–944. <https://doi.org/10.1097/00004583-199111000-00011>
331. Seelig, A. D., Jacobson, I. G., Smith, B., Hooper, T. I., Boyko, E. J., Gackstetter, G. D., ... Millennium Cohort Study Team. (2010). Sleep patterns before, during, and after deployment to Iraq and Afghanistan. *Sleep*, *33*(12), 1615–1622.
332. Seligman, M. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, *23*(1), 407–412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
333. Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Brno: Jan Melvil Publishing.
334. Seligman, M. E. P. (2011). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York: Knopf Doubleday Publishing Group.
335. Selye, H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive Therapy*, *1*(8), 9–13.
336. Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, *115*(8), 718.
337. Seyle, H. (1975). Stress without distress. [Stress without distress.]. *Vie médicale au Canada français*, *4*(8), 964–968.

338. Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., & Sahar, T. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *The British Journal of Psychiatry*, *170*(6), 558–564. <https://doi.org/10.1192/bjpp.170.6.558>
339. Shalev, Arieh Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ursano, R. J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, *163*(7), 494–498.
340. Sharkey, J. M., & Rennix, C. P. (2011). Assessment of changes in mental health conditions among sailors and marines during postdeployment phase. *Military Medicine*, *176*(8), 915–921.
341. Shattuck, N. L., & Brown, S. A. T. (2013). Wounded in Action: What the Sleep Community can Learn from Sleep Disorders of US Military Service Members. *Sleep*, *36*(2), 159–160. <https://doi.org/10.5665/sleep.2356>
342. Shen, Y.-C., Arkes, J., Kwan, W., Tan, L. Y., & Williams, T. (2010). Effects of Iraq/Afghanistan Deployments on PTSD Diagnoses for Still Active Personnel in All Four Services. *Military Medicine*, *175*(10), 763–769. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00086>
343. Shipherd, J. C., Stafford, J., & Tanner, L. R. (2005). Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veterans: What role do PTSD symptoms play? *Addictive Behaviors*, *30*(3), 595–599. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.07.004>
344. Sipos, M. L., Bar-Haim, Y., Abend, R., Adler, A. B., & Bliese, P. D. (2014). Postdeployment threat-related attention bias interacts with combat exposure to account for PTSD and anxiety symptoms in soldiers. *Depression And Anxiety*, *31*(2), 124–129. <https://doi.org/10.1002/da.22157>
345. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada.
346. Smetana, J., Smetana, R., Vacková, M., Pek, M., & Chlábek, R. (2005). Prevention of the development and importation of infections in members of the Army of the Czech Republic participating in foreign missions. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie: casopis Spolecnosti pro epidemiologii a mikrobiologii Ceske lekarske spolecnosti J.E. Purkyne*, *54*(3), 116–122.
347. Smith, B., Ryan, M. A. K., Wingard, D. L., Patterson, T. L., Slymen, D. J., & Macera, C. A. (2008). Cigarette Smoking and Military Deployment. *American Journal of Preventive Medicine*, *35*(6), 539–546. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.07.009>

348. Smith, Patrick, Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051–1061. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318067e288>
349. Smith, Philip, Potenza, M., Mazure, C., Sherry McKee, Park, C., & Hoff, R. (2014). Compulsive sexual behavior among male military veterans: Prevalence and associated clinical factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 241–222.
350. Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100–113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
351. Spector, P. E. (1988). Development of the Work Locus of Control Scale. *Journal of Occupational Psychology*, 61(4), 335–340. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1988.tb00470.x>
352. Spira, A. P., Beaudreau, S. A., Stone, K. L., Kezirian, E. J., Lui, L.-Y., Redline, S., ... Study, for the O. F. in M. (2011). Reliability and Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Scale in Older Men. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glr172. <https://doi.org/10.1093/gerona/qlr172>
353. Stehlík, P. (2014). *Do temnoty*. Praha: CPress, Albatros Media a.s.
354. Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current Psychiatry Reports*, 6(2), 96–100. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0048-2>
355. Stieglitz, R.-D., Frommberger, U., Foa, E. B., & Berger, M. (2001). Evaluation of the German Version of the PTSD Symptom Scale (PSS). *Psychopathology*, 34(3), 128–133. <https://doi.org/10.1159/000049295>
356. Stokols, D., Novaco, R. W., Stokols, J., & Campbell, J. (1978). Traffic congestion, Type A behavior, and stress. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 467–480. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.467>
357. Stretch, R. H. (1985). Posttraumatic stress disorder among U.S. Army Reserve Vietnam and Vietnam-era veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 935–936. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.6.935>

358. Stretch, R. H. (1986). Incidence and Etiology of Post-Traumatic Stress Disorder Among Active Duty Army Personnel. *Journal of Applied Social Psychology, 16*(6), 464–481. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1986.tb01153.x>
359. Sukegawa, T., Itoga, M., Seno, H., Miura, S., Inagaki, T., Saito, W., ... Horiguchi, J. (2003). Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(3), 265–270. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01115.x>
360. Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*(3), 249–288. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249>
361. Svetlicky, V., Solomon, Z., Benbenishty, R., Levi, O., & Lubin, G. (2010). Combat exposure, posttraumatic stress symptoms and risk-taking behavior in veterans of the Second Lebanon War. *The Israel Journal Of Psychiatry And Related Sciences, 47*(4), 276–283.
362. Talcott, G. W., Cigrang, J., Sherrill-Mittleman, D., Snyder, D. K., Baker, M., Tatum, J., ... Heyman, R. E. (2013). Tobacco Use During Military Deployment. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(8), 1348–1354. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts267>
363. Tennant, F. S. (1972). Drug Abuse in the US Army, Europe. *JAMA, 221*(10), 1146–1149. <https://doi.org/10.1001/jama.1972.03200230034008>
364. Thorp, S. R., Sones, H. M., Glorioso, D., Thompson, W., Light, G. A., Golshan, S., & Jeste, D. V. (2012). Older Patients With Schizophrenia: Does Military Veteran Status Matter? *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(3), 248–256. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182096ae5>
365. Thorson, J., & Öberg, P.-A. (2003). Was There a Suicide Epidemic After Goethe's Werther? *Archives of Suicide Research, 7*(1), 69–72. <https://doi.org/10.1080/13811110301568>
366. Troisi, A., Pasini, A., Saracco, M., & Spalletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction, 93*(4), 487–492. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9344874.x>
367. Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology, 5*(2), 207–232. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)

368. Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, *185*(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
369. Vasterling, J. J., Brailey, K., Proctor, S. P., Kane, R., Heeren, T., & Franz, M. (2012). Neuropsychological outcomes of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder and depression in Iraq-deployed US Army soldiers. *The British Journal of Psychiatry*, *bjp.bp.111.096461*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096461>
370. Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Friedman, M. J., Hoge, C. W., Heeren, T., King, L. A., & King, D. W. (2010). PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with nondeployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(1), 41–51. <https://doi.org/10.1002/jts.20487>
371. Verdeli, H., Baily, C., Voursora, E., Belser, A., Singla, D., & Manos, G. (2011). The case for treating depression in military spouses. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 488–496. <https://doi.org/10.1037/a0024525>
372. Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *16*(2), 434. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0434-8>
373. Vevera, J., Král, P., & Tichý, V. (2012). Vojenská psychiatrie. In J. Raboch & P. Pavlovský (Eds.), *Psychiatrie*. Praga: Karolinum Press.
374. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, *379*(9826), 1641–1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
375. Visco, R. (2009). Postdeployment, self-reporting of mental health problems, and barriers to care. *Perspectives In Psychiatric Care*, *45*(4), 240–253. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00227.x>
376. Vogel, L. (2011). Mental health care still a minefield at the front. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, *183*(5), E257–E258. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3826>
377. Vogt, D. S., Proctor, S. P., King, D. W., King, L. A., & Vasterling, J. J. (2008). Validation of Scales From the Deployment Risk and Resilience Inventory in a Sample of Operation Iraqi Freedom Veterans. *Assessment*, *15*(4), 391–403. <https://doi.org/10.1177/1073191108316030>



378. Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9114-7>
379. Walker, W. C., Cifu, D. X., Hudak, A. M., Goldberg, G., Kunz, R. D., & Sima, A. P. (2014). Structured Interview for Mild Traumatic Brain Injury after Military Blast: Inter-Rater Agreement and Development of Diagnostic Algorithm. *Journal of Neurotrauma*, 32(7), 464–473. <https://doi.org/10.1089/neu.2014.3433>
380. Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. ., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580–585. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.4.580>
381. Warner, C. H., Appenzeller, G. N., Grieger, T., Belenkiy, S., Breitbach, J., Parker, J., ... Hoge, C. (2011). Importance of Anonymity to Encourage Honest Reporting in Mental Health Screening After Combat Deployment. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1065–1071. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.112>
382. Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
383. Weintraub, S. (2001). *Silent Night: The Story of the World War I Christmas Truce*. London: Simon and Schuster.
384. Weiss, M. (2009). Consensual BDSM and “Sadomasochistic” Torture at Abu Ghraib. In E. Lewin & W. L. Leap (Eds.), *Out in Public: Reinventing Lesbian / Gay Anthropology in a Globalizing World* (pp. 180–202). Singapore: John Wiley & Sons.
385. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., ... Yeh, E.-K. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA*, 276(4), 293–299. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540040037030>
386. Wells, T. S., LeardMann, C. A., Fortuna, S. O., Smith, B., Smith, T. C., Ryan, M. A. K., ... Blazer, D. (2010). A Prospective Study of Depression Following Combat Deployment in Support of the Wars in Iraq and Afghanistan. *American Journal of Public Health*, 100(1), 90–99. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.155432>
387. Wells, T. S., Miller, S. C., Adler, A. B., Engel, C. C., Smith, T. C., & Fairbank, J. A. (2011). Mental health impact of the Iraq and Afghanistan conflicts: a review of US research, service provision, and programmatic responses. *International Review Of Psychiatry*

(Abingdon, England), 23(2), 144–152.  
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.558833>

388. Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
389. Westermeyer, J., Canive, J., Garrard, J., Thuras, P., & Thompson, J. (2005). Lifetime Prevalence of Pathological Gambling Among American Indian and Hispanic American Veterans. *American Journal of Public Health, 95*(5), 860–866. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.023770>
390. Wetterberg, L. (1983). The relationship between the pineal gland and the pituitary-adrenal axis in health, endocrine and psychiatric conditions. *Psychoneuroendocrinology, 8*(1), 75–80. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(83\)90042-2](https://doi.org/10.1016/0306-4530(83)90042-2)
391. Widome, R., Joseph, A. M., Polusny, M. A., Chlebeck, B., Brock, B., Gulden, A., & Fu, S. S. (2011). Talking to Iraq and Afghanistan war veterans about tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco, 13*(7), 623–626. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr028>
392. Wiens, T. W., & Boss, P. (2006). Maintaining Family Resiliency Before, During, and After Military Separation. In C. A. Castro, A. B. Adler, & T. W. Britt (Eds.), *Military life: The psychology of serving in peace and combat: The military family, Vol. 3* (pp. 13–38). Westport, CT: Praeger Security International.
393. Wilcox, S. L., Redmond, S., & Davis, T. L. (2015). Genital Image, Sexual Anxiety, and Erectile Dysfunction Among Young Male Military Personnel. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(6), 1389–1397. <https://doi.org/10.1111/jsm.12880>
394. Wilk, J. E., Quartana, P. J., Clarke-Walper, K., Kok, B. C., & Riviere, L. A. (2015). Aggression in US soldiers post-deployment: Associations with combat exposure and PTSD and the moderating role of trait anger. *Aggressive Behavior, 41*(6), 556–565. <https://doi.org/10.1002/ab.21595>
395. Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety, 28*(7), 596–606. <https://doi.org/10.1002/da.20837>

396. Wilson, J. (2004). PTSD and Complex PTSD: Symptoms, Syndromes and Diagnoses. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 7–44). New York: Guilford Press.
397. Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C., & Ringenbach, S. (2011). An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *21*(3), 474–481. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01049.x>
398. Wojcik, B. E., Stein, C. R., Bagg, K., Humphrey, R. J., & Orosco, J. (2010). Traumatic Brain Injury Hospitalizations of U.S. Army Soldiers Deployed to Afghanistan and Iraq. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(1), S108–S116. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.006>
399. Woodhead, C., Rona, R. J., Iversen, A. C., MacManus, D., Hotopf, M., Dean, K., ... Fear, N. T. (2011). Health of national service veterans: an analysis of a community-based sample using data from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey of England. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *46*(7), 559–566. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0232-0>
400. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/37958>
401. World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
402. World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/44489>
403. Yehia, D. B. M., Callister, L. C., & Hamdan-Mansour, A. (2013). Prevalence and Predictors of Postpartum Depression Among Arabic Muslim Jordanian Women Serving in the Military: *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *27*(1), 25–33. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31827ed6db>
404. Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(5), 1107–1119. <https://doi.org/10.1111/jsm.12856>
405. Yesavage, J. A., Kinoshita, L. M., Noda, A., Lazzeroni, L. C., Fairchild, J. K., Friedman, L., ... Zeitzer, J. M. (2014). Longitudinal assessment of

sleep disordered breathing in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Nature and Science of Sleep*, 6, 123–127. <https://doi.org/10.2147/NSS.S65034>

406. Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1209–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2463>
407. Zahava, S. (2013). *Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War*. Springer Science & Business Media.
408. Zamorski, M. A. (2011). Suicide prevention in military organizations. *International Review of Psychiatry*, 23(2), 173–180. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.562186>
409. Zamorski, M. A., Rusu, C., & Garber, B. G. (2014). Prevalence and Correlates of Mental Health Problems in Canadian Forces Personnel Who Deployed in Support of the Mission in Afghanistan: Findings from Postdeployment Screenings, 2009–2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(6), 319–326. <https://doi.org/10.1177/070674371405900605>
410. Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., ... Kunze, M. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(4), 249–257. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2000.102004249.x>
411. Zimbardo, P. (2011). *The Lucifer Effect: How Good People Turn Evil*. Isle of Man: Ebury Publishing.
412. Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

# I. PŘÍLOHA 1

Dotazník N70:

		Nikdy	Někdy	Často
1	Zmocní se Vás neklid, když Vás volá představený a Vy nevíte, o co jde?	0	1	2
2	Míváte pocit nepříjemného vnitřního napětí, jako by se mělo něco zlého přihodit?	0	1	2
3	Míváte v náročných situacích pocit svírání v břiše, v hrudníku, chce se Vám častěji na stranu?	0	1	2
4	Trpíte trémou?	0	1	2
5	Trpíte strachem, který je zcela nepřiměřený situaci, ze které pramení?	0	1	2
6	Máte pocit na zvracení, když očekáváte nějakou nepříjemnost?	0	1	2
7	Přejíždáte se, na rozdíl od ostatních lidí, když máte žal nebo starosti?	0	1	2
8	Trpíte pocitem neurčitěho strachu, i když k němu nemáte žádné důvody?	0	1	2
9	Když stojíte před nějakou vážnou situací, vnímáte zpravidla nepříjemně tlukot vlastního srdce?	0	1	2
10	Míváte stavy, kdy pro vnitřní napětí nevydržíte chvíli v klidu, musíte se pohybovat, něco neúčelného dělat? (kouřit jednu cigaretu za druhou - jste-li kuřák)?	0	1	2
11	Propadáte v poslední době snadno bezraději?	0	1	2
12	Ztratil jste schopnost bavit se, veselit se, dívat se radostně do budoucnosti?	0	1	2
13	Domníváte se, že jste nešťastný člověk?	0	1	2
14	Stává se Vám, že v situacích, které Vás zraňují, jen stěží ovládnete pláč?	0	1	2
15	Pronásledují Vás černé myšlenky a nemůžete se jich zbavit?	0	1	2
16	Máte dojem, že kvůli smutným náladám poklesl Váš zájem o věci, které Vás dříve zajímaly?	0	1	2
17	Snižuje Vám smutek a neradostná nálada pracovní výkon?	0	1	2
18	Stává se Vám, že nemůžete večer usnout, protože nejste schopen zaplašit myšlenky, které se vztahují k předmětu Vašeho neštěstí?	0	1	2
19	Máte pocit, že se od Vás přátelé odvracejí, ačkoliv jste jim nic špatného neudělal?	0	1	2
20	Přemýšlíte v poslední době o sebevraždě?	0	1	2
21	Vtírá se Vám často myšlenka, že trpíte nějakou těžkou chorobou, nebo že byste ji mohl dostat?	0	1	2
22	Trpíte nepochopitelným strachem v uzavřených místnostech nebo prostorech?	0	1	2

23	Máte silný strach z výšek, bojíte se pádu, nebo Vám něco ve výšce našeptává, že máte skočit dolů?	0	1	2
24	Trpíte silnou úzkostí, když se octnete v davu lidí?	0	1	2
25	Trpíte tísnivým pocitem, že jste zapomněl na některé běžné denní úkoly (zavřít okno, zamknout byt, zhasnout světlo)?	0	1	2
26	Přicházejí Vám často nesmyslné nápady, jako třeba počítat okna, šlapat jen po určitých kostkách chodníku, říkat nevhodná slova ve vážných situacích?	0	1	2
27	Obtěžují Vás často nevhodné myšlenky, se kterými nesouhlasíte a které s těžší můžete zaplašit?	0	1	2
28	Musíte často překontrolovat své předchozí úkoly, abyste se uklidnil a nabyl jistoty, že jste je provedl správně?	0	1	2
29	Přivede Vás silně z míry, když jsou narušeny Vaše běžné denní zvyklosti?	0	1	2
30	Myslíte si, že jste puntičkář? Nesnášíte, když se něco dělá nepřesně, nebo když nemáte kolem sebe naprostý pořádek?	0	1	2
31	Míváte pocit, že na Vás jdou mdloby, když se silněji rozrušíte?	0	1	2
32	Dělá Vám dobře, když se můžete stát středem pozornosti?	0	1	2
33	Pocítujete mravenčení nebo ztrátu citlivosti kůže v některých místech, když se silněji rozrušíte?	0	1	2
34	Stává se Vám, že pro silné rozrušení přestáváte vládnout končetinami?	0	1	2
35	Míváte pocit, že při rozčilení se nedovedete ubrzdit, ačkoliv v podvědomí cítíte, že jednáte nesprávně?	0	1	2
36	Stane se Vám, že v nepříjemných situacích nejste schopni promluvit, jakoby Vám zmrtněl jazyk?	0	1	2
37	Máte rád dramatické situace, ve kterých se můžete nějak "blýsknout"?	0	1	2
38	Stává se Vám, že v konfliktových situacích, dostáváte křeče do končetin?	0	1	2
39	Pozorujete, že máte sklon k pózám nebo předstírání?	0	1	2
40	Zaintrikujete si někdy, abyste dosáhl cíle, který jste si předsevzal?	0	1	2
41	Cítíte se často nemocen?	0	1	2
42	Máte sklon k bedlivému pozorování svých zdravotních potíží?	0	1	2
43	Jste zvyklý i při méně závažných potížích navštívit lékaře?	0	1	2
44	Když se necítíte dobře, měříte si teplotu, kontrolujete puls, kontrolujete svůj výraz v zrcadle apod.?	0	1	2
45	Snažíte se objasnit si závažnost svých potíží četbou populárních odborných lékařských článků nebo knih?	0	1	2
46	Trpíte nepříjemnými bodavými bolestmi u srdce, a to i v klidu?	0	1	2
47	Trápí Vás zažívací potíže?	0	1	2
48	Míváte průjmy nebo zácpu?	0	1	2

49	Trpíte na kloubové nebo svalové bolesti, které se v těle stěhují z místa na místo?	0	1	2
50	Svěřujete se svým známým se svými potížemi?	0	1	2
51	Trpíte celkovým nadměrným pocením nebo potivostí rukou či nohou?	0	1	2
52	Trpíte bolestmi hlavy?	0	1	2
53	Máte pocit jako by Vám občas vynechalo srdce?	0	1	2
54	Rozbuší se Vám snadno srdce v náročných situacích?	0	1	2
55	Červenáte se snadno?	0	1	2
56	Jste zimomřivý?	0	1	2
57	Pozorujete, že se Vám těžko dýchá, aniž by to odpovídalo Vašemu momentálnímu fyzickému zatížení?	0	1	2
58	Trpíte závratěmi nebo pocitem točení hlavy?	0	1	2
59	Máte pocit na zvracení, když spatříte věc, která vzbuzuje odpor, nebo slyšíte vyprávět o hnusných věcech?	0	1	2
60	Dělá se Vám nevolno před běžnými zákroky u zubního lékaře nebo před jinými drobnými lékařskými zákroky?	0	1	2
61	Trpíte pocitem vnitřního neklidu, napětí, nesoustředěnosti?	0	1	2
62	Máte pocit, že v poslední době Vám paměť neslouží tak dobře jako dříve?	0	1	2
63	Domníváte se, že v poslední době snášíte mnohem hůř hluk a shon ve svém okolí?	0	1	2
64	Míváte pocit únavy a vyčerpání, který neodpovídá Vašemu pracovnímu vytížení?	0	1	2
65	Máte pocit celkové slabosti?	0	1	2
66	Pociťujete, že se míra Vašeho sexuálního zájmu snižuje, že máte při pohlavním styku těžkosti, které se dříve nevyskytovaly?	0	1	2
67	Trpíte podrážděností, vyvedou Vás z míry i nepodstatné věci?	0	1	2
68	Máte pocit, že Vám práce nejde tak dobře od ruky jako dříve, že se Váš výkon přes veškerou snahu snižuje?	0	1	2
69	Unavíte se snadněji než dříve?	0	1	2
70	Máte špatný spánek, probouzí se ráno s pocitem, že Vás spánek neosvěžil?	0	1	2

## II PŘÍLOHA 2

Dotazník zaměřený na další symptomy

	Prosím, odpovězte na několik otázek týkajících se změn, které u sebe pozorujete, a které dáváte do souvislosti s účastí na misi (misích)	0 - ne 1 - spíše ne 2 - spíše ano 3 - ano
1	Měl jste po návratu z mise nějaké potíže s adaptací na „normální“ život, které přetrvávají dodnes?	
2	Měl jste potíže začlenit se do rodiny, jejichž důsledky pociťujete dodnes?	
3	Pozorujete na sobě nějaké změny, které hodnotíte negativně, a které přetrvávají dodnes?	
4	Máte dojem, že jste se po misi nikdy doopravdy nevrátil do reality všedních dnů?	
5	Připadá vám běžný život doma oproti misi nezajímavý?	
6	Připadají vám každodenní starosti banální, zbytečné?	
7	Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve bavily a zajímaly?	
8	Připadá vám, že jste se po návratu z mise změnil k horšímu?	
9	Máte pocit, jako byste znovu prožíval některé události v misi?	
10	Vyhýbáte se situacím, které vám připomínají misi?	
11	Kritizuje vás víc vaše okolí?	
12	Jste vy víc kritický k lidem ze svého okolí?	
13	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké změny k horšímu v partnerském vztahu, které přetrvávají dodnes?	
14	Zaznamenal jste po návratu z mise nějaké negativní změny na Vašem pracovišti, které přetrvávají dodnes?	
15	Pijete více alkoholu než před misí?	
16	Hrajte více hazardní hry než před misí?	
17	Kouříte více než před misí?	
18	Máte pocit vnitřního napětí, ohrožení, snadno se polekáte?	
19	Vyhýbáte se kontaktu s lidmi?	
20	Máte pocit, že si s lidmi hůř rozumíte?	
21	Máte problém vcítit se do druhých lidí a porozumět jim?	
22	Jste více nervózní?	
23	Máte problémy s pamětí?	
24	Ztratil jste schopnost radovat se?	
25	Vyhledal byste v případě obtíží vojenského psychologa?	