

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

studijní program: Psychologie

studijní obor: Klinická psychologie

TEZE DISERTAČNÍ PRÁCE

pplk. Mgr. Pavel Král

**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

Obsah

Úvod.....	3
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Důsledky účasti v misi	3
2. Zdraví	4
2.1. Duševní zdraví.....	4
2.2. Bojový stres.....	5
2.3. Psychopatologie.....	6
2.4. Symptom, syndrom, porucha.....	7
2.5. Psychopatologické symptomy	7
2.6. Psychopatologické syndromy	7
2.7. Psychické poruchy	8
3. Diskrétní symptomatika & účast v misi.....	8
EMPIRICKÁ ČÁST.....	9
4. Úvod.....	9
5. Cíle výzkumu a hypotézy	10
6. Metody	10
6.1. Použité diagnostické a výzkumné nástroje	10
6.2. Organizace sběru dat, výzkumný soubor	11
7. výsledky	12
7.1. Porovnání dat získaných při vyšetření před zařazením do pohotovosti.	12
7.1.1. Porovnání dílčích škál	12
7.2. Data získaná přes internet.....	13
7.3. Dotazník zaměřený na další symptomy	14
7.4. Shrnutí výsledků	14
8. Diskuse.....	14
8.1. Metodologická omezení	14
8.2. Porovnání získaných dat s populační normou	15
8.3. Webový dotazník.....	15
8.4. Úvaha nad hypotézami	16
8.5. Další směřování	16
9. Závěr	16
Seznam použité literatury	18

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.

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.

TEORETICKÁ ČÁST

1. DŮSLEDKY ÚČASTI V MISI

Zahraněční 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).

Přesprávná 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, Král, & Tichý, 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.

2. 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).

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 nemocí 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“ (Seligman, 2014). Ovšem ani přítomnost somatických obtíží nemusí nutně znamenat ztrátu duševního zdraví (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 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. Bojový stres

Bojový neboli „combat stress“ je specifíkem 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 potencionálně 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 *zdrucující* (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 nenávislné 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 navrátilšího se vojáka.

2.3. Psychopatologie

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 (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 diskretní symptomatiku svědčí i rozsáhlá britská studie, kde rozvoj symptomů běžných psychických onemocnění převyšoval pravděpodobnost výskytu PTSD téměř pětinasobně. Konkrétní prevalence výskytu PTSD byla 4 % z účastníků výzkumu (376 osob), diskretní 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.

2.4. 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 nezdědka 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).

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 diferenciace mezi diskretní symptomatikou a komplexní poruchou.

2.5. 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.

2.6. Psychopatologické syndromy

Syndrom je definován jako uskupení symptomů, které se typicky vyskytují společně (Hosák, 2015), ale ještě nenaplňují některou z nozologických jednotek klasifikací nemocí. 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 (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015a).

2.7. 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, 2015b).

3. 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, Packnett, Boivin, & Cowan, 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 (Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006; Kolkow, Spira, Morse, & Grieger, 2007), často se také vyskytuje porucha přizpůsobení (Wojcik, Stein, Bagg, Humphrey, & Orosco, 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 (Mitchell & Everly, 1995). Až 31 % navrátilivších 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, Gynzelberg, & 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 diskrétní 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).

EMPIRICKÁ ČÁST

4. 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 příliš 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.

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 slovům 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.

5. CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

V souladu se začínajícím zahraničním trendem přesunu zájmu od PTSD a protože si uvědomujeme, že cílit psychologická vyšetření a následnou péči pouze na PTSD je poněkud omezeným přístupem, který přehlíží mnoho jiných duševních obtíží bychom se rádi věnovali i problémům jiným. Rádi bychom však šli ještě dále a směřovali o úroveň „níže“, tedy od nozologických jednotek směrem k symptomům.

Vstupní výzkumná hypotéza je následující:

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.

6. METODY

6.1. 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. 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. 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.

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 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.

6.2. 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 nenese 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. V této skupině bylo celkem 1042 osob.

- 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 kdokoli, 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, z toho 120 použitelných.

- 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: Trvajícím 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. Celkem se podařilo získat 174 použitelných dotazníků.

7. VÝSLEDKY

7.1. 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 1 – 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 skóre v dotazníku neurotické symptomatiky N70 obou skupin byly dále porovnány pomocí t testu pro dva nezávislé výběry. Ze zjištěného vyplývá, že mezi oběma skupinami je statisticky signifikantně významný rozdíl. Průměrný celkový skóre těch, kdo do mise vyjeli je statisticky významně vyšší než u skupiny probandů, kteří v misi dosud nebyli.

7.1.1. Porovnání dílčích škál

Pokud jde o průměry skóre 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 2 – 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 ukazuje, 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.

7.2. Data získaná přes internet

Naměřené hodnoty škál dotazníku N 70 vypadají následovně: CELKOVÝ SKÓR: M=32,68, SD =15,72; ANXIETA: M=5,92, SD= 2,76; DEPRESE: M=3,54, SD=3,36; FOBIE: M=4,46, SD=3,02, HYSTERIE: M=3,85, SD=2,02, HYPOCHONDRIE: M=4,12, SD=2,46; VEGETATIVNÍ LABILITA: M=4,87, SD=2,69; PSYCHASTENIE: M=5,92, SD=3,99.

Z porovnání 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. Z tohoto srovnání jednoznačně vyplývá, že ve všech sedmi škálách i celkovém skóru dotazníku N70 existuje statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami.

7.3. Dotazník zaměřený na další symptomy

Třetím pilířem této práce byl dotazník zaměřený na jiné symptomy, než jaké zjišťuje dotazník N70. Tento dotazník byl administrován opět, jak již bylo popsáno, dobrovolníkům anonymně přes internet. Detailně se výsledkům tohoto dotazníku věnujeme v diskusní části práce. Nicméně vidíme, že u většiny položek přibližně 30-40 % respondentů uvádí, že pocíťují změny, které se dají charakterizovat jako negativní, a které přetrvávají ještě roky po nasazení v misi.

7.4. 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.

8. 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.

8.1. 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.

Dalším metodologickým omezením je nemožnost ovlivnit výběr probandů v internetové části výzkumu.

8.2. Porovnání získaných dat s populační normou

Srovnáním tří skupin probandů – vojáků, kteří na misi nikdy nebyli, dále 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. 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, nevymyká 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.

8.3. 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 referenční 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 pocítují nějaké negativní důsledky, již 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 vojáků 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 srovnatelné je, že jen 10 % respondentů by hledalo psychologickou pomoc v rámci jednotky a přibližně 30 % respondentů takovou možnost zcela odmítá.

8.4. 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 dojemem, že problémy, které se běžně řeší v „mírovém“ světě jsou vlastně nedůležité. To pravděpodobně vede i k ochuzení zájmů a aktivit.

8.5. 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.

9. ZÁVĚR

Předkládaná doktorská disertační práce se zabývá rozvojem diskrétní psychopatologické symptomatiky u vojáků – účastníků zahraničních misí.

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. 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 jistá 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 nejvýraznější skupiny 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 i na méně závažnou, avšak zjevně daleko rozšířenější psychopatologii.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. 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>
2. Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. 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>
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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>
9. Callahan, D. (1973). The WHO Definition of “Health.” *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77–87. <https://doi.org/10.2307/3527467>
10. Campise, R., Geller, S., & Campise, M. (2006). Combat stress. In C. Kennedy & E. Zillmer, *Military Psychology* (pp. 215–240). New York: The Guilford Press.
11. 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>
12. 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>
13. 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>
14. 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>
15. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015a). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Grada Publishing a.s.

16. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A.-P. (2015b). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing a.s.
17. 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)
18. 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>
19. 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>
20. 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>
21. Harrington, R. (2012). *Stress, Health and Well-Being: Thriving in the 21st Century*. Belmont: Cengage Learning.
22. 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>
23. 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>
24. 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.
25. Jones, E., & Wessely, S. (2005). *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. New York: Psychology Press.
26. Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
27. Kelnarová, J., & Matějková, E. (2014). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
28. 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>
29. Klose, 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.
30. Klose, 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 zvládání stresu u účastníků zahraničních misí. Ministerstvo obrany.
31. 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>
32. 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>

33. 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>
34. 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>
35. 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. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1034-9_16
36. Monson, C. M., & Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: Harnessing the Healing Power of Relationships*. New York: Guilford Press.
37. 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.
38. 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>
39. 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>
40. 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.
41. Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonk, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
42. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing a.s.
43. 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>
44. Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). *A Sociology Of Mental Health And Illness*. Berkshire: McGraw-Hill Education (UK).
45. Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Brno: Jan Melvil Publishing.
46. 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)
47. 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>
48. Vevera, J., Král, P., & Tichý, V. (2012). Vojenská psychiatrie. In J. Raboch & P. Pavlovský (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press.
49. 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)

50. 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>
51. 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>
52. 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.
53. 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>
54. 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>
55. 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>
56. Zahava, S. (2013). *Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War*. Springer Science & Business Media.