



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva

Bakalářská práce

# Posttraumatická stresová reakce v rámci krizových situací

Vypracoval: Jaroslav Duchoň DiS.  
Vedoucí práce: Ing. Libor Líbal

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Práce pojednává o syndromu posttraumatického poškození (Posttraumatic Stress Disorder - dále PTSD), která má v mezinárodní klasifikaci nemocí číslo F 43.1. značku F 43 MKN klíče má skupina “Reakce na těžký stress a poruchy přizpůsobení”. Již z této příbuznosti je patrné, že se jedná o dysfunkční prožívání sebe sama a změnu v sociálním chování - jako stav následující po té, co byl jedinec vystaven krutému emočnímu zážitku. Cílem bakalářské práce je zjistit, zdali je míra zasažení posttraumatickou stresovou poruchou shodná u příslušníků armády České republiky, vykonávajících svou službu vlasti ve ztížených podmínkách bojových, ale i mírových zahraničních operací, a jednotlivých složek integrovaného záchranného systému, do něhož spadají Policie České republiky, Hasičský záchranný sbor České republiky a zdravotnická záchranná služba. Teoretická část nejprve definuje posttraumatickou stresovou poruchu tak, jak ji vnímáme v 21. století a zmiňuje faktory, nepříznivě ovlivňující její možný nástup. V historické části však na posttraumatickou stresovou poruchu pohlíží i očima našich předků, kteří ji definovali různým způsobem a připisovali její škodlivé účinky zcela milným faktorům. Kapitola patofyziologie se snaží rozkrýt spojitost konkrétních center mozku s posttraumatickou stresovou poruchou a stejně tak i nepříznivé působení stresu na oblast hypokampu, amygdalu a Brokovu oblast. Jedna z posledních problematik v teoretické části rozebírá i symptomatologii a diagnostiku, nezbytnou pro správné zařazení jednotlivce v kategorii posttraumatické stresové poruchy. Výzkumná část bakalářské práce, stojící na osmi - modulovém dotazníku, vycházejícího z původně vojenského Interview guide zjistila, že příslušníci armády České republiky jsou zasaženi mnohem vyšší mírou posttraumatické stresové poruchy (17,5 %), nežli tomu bylo u policie ČR (5 %), Hasičského záchranného sboru ČR (2,5 %) a Zdravotnické záchranné služby (0 %).

I když dlouhodobé deprese po ztrátě životních jistot, to jest po přelomové události, byly jistě známy již od dávných dob, popisy přetrvávajících poruch a utrpení jednotlivců jsou známy lépe až v souvislosti s válčením moderní a postmoderní doby. Je až s podivem, že se poznání těchto poruch a pokusy o jejich přesnější klasifikaci tak

zpožďovalo za jejich faktickými dopady jak na výkonnost armád, když v jistých okamžicích značná část bojovníků byla zneschopněna nikoli fyzickými, nýbrž psychickými zraněními.

Autor práce si to vykládá pomalými pokroky v psychiatrických vědách, které nemají dobře patrný anatomický nebo biochemický podklad (i když v poslední době jsou pokroky činěny i na poli neuroanatomie a i diskretních biochemických změn v organizmu i CNS).

Další potíží je zejména značná subjektivita potíží, když málokdo je zcela otevřen důvěrným sdělením - zejména nežádoucích a pro společnost dehonestujících příznaků (nespavost a smutná nálada jsou snad ještě nejpříjemnějšími, drogové závislosti, výbuchy hněvu nebo dokonce brachiální násilí jsou již méně přijatelné). Zejména v České republice je značnou nevýhodou nepochopení problematiky z pozice vedoucích pracovníků hlavně silových složek integrovaného záchranného systému, kteří mají tendenci na pracovníky s diagnózou, jejíž klíč začíná na F, pohlížet jako na trvale práce neschopné - navíc bez jakýchkoliv výsluh. Přes to je někdy u nás postižení tak markantní, že dojde k odchodu z povolání. Dalším problémem je postižení rodiny nemocného, která je sice schopna fungovat dobře jako jakýsi pufr i jako léčebné prostředí, ale i zde jsou meze, po jejichž překročení dochází k rozpadu rodiny - většinou s přítomnými dětmi jako nechtěnými svědky události (i když se u nás rozpadá velký podíl manželství lze říci, že nepoznaný a neřešený PTSD je jistě velmi vztahy zatěžující fakt). Do budoucna je potřeba podat také rodinným příslušníkům pomocnou ruku a nabídnout jim profesionální psychologickou oporu. Jak bude níže uvedeno, pomalu se rozvíjely - zejména v neangažovanějších armádách moderního světa - klasifikační nástroje, které nakonec pomohly vytvořit postupy mající za cíl co nejvíce zmírnit dopady PTSD na život společnosti po návratu bojovníků do civilního života. Autor si dal za úkol zmapovat tuto cestu a nakonec i aplikovat na příslušníky a členy integrovaného záchranného systému (IZS) - policisty, hasiče, zdravotnické záchranáře. Při tom opakovaně narážel na výše uvedené obtíže zejména strach ze stigmatizace, který vlastně znemožňuje, aby systémy péče o postižené krutou emoční zkušeností byly dostatečně funkční. Při tom se dá říci, že tito lidé nasazují nejen svoje těla ale i duši

proto, aby se mohla společnost svobodně a harmonicky rozvíjet, aby následky katastrofálních událostí (i v “mikroskopickém” - individuálním měřítku) byly co nejvíce mírněny a ošetřeny. Do budoucna bude třeba dalšího úsilí k rehabilitaci takto postižených jedinců, ke kterým lze cítit morální dluh.

**Klíčová slova:** Posttraumatická stresová porucha, Integrovaný Záchranný Systém, Centrální Nervová Soustava, válčení

## Abstract

This work deals with post-traumatic damage (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD below), which has international classification of diseases code F 43.1. Brand of the key number F43 has ICD group ' reactions to severe stress and adjustment disorders .'' From this kinship is already evident, that this is a dysfunctional experiences of itself and a change in social behavior - such as the following condition after he was subjected to cruel individual emotional experience.

The aim of the thesis is to determine whether the degree of contact with posttraumatic stress disorder consistent with members of the Army of the Czech Republic, carried his service to the country in difficult conditions of combat, but also foreign peacekeeping operations, and the various components of the integrated rescue system, which fall into the Czech Republic Police, Fire Brigade of the Czech Republic and emergency medical service. The theoretical part defines post-traumatic stress disorder, as we see it in the 21st century and refers to factors adversely affecting its possible onset. In the historical part, however, the post-traumatic stress disorder seen through the eyes of our ancestors, who defined it in different ways and its harmful effects attributed entirely erroneous factors. Chapter pathophysiology tries to uncover the connection of specific brain centers with post-traumatic stress disorder as well as the adverse effects of stress on the area of the hippocampus, amygdala and shotgun area. One of the last issues in the theoretical part, i symptomatology and diagnosis, essential for correct classification of individuals in the category of post-traumatic stress disorder. The research part of the thesis, standing at eight - a modular questionnaire, based on the original military Interview guide found that members of the Army of the Czech Republic are hit much higher rate of post-traumatic stress disorder (17.5%) than did the Police (5%) , Fire and rescue Service of the Czech Republic (2.5%) and emergency Medical services (0%).

Although long-term depression after the loss of security in life, such as groundbreaking event were certainly known since ancient times , descriptions persistent

failures and suffering of individuals are known to be better in the context of modern and postmodern warfare times.

It is surprising that the understanding of these disorders and their more accurate classification attempts are lagged behind their actual impact on both the efficiency of the army when at certain moments considerable portion of warriors was incapacitated neither physical nor psychological injuries. The author interprets the slow progress in psychiatric sciences that have no evident anatomical or biochemical basis (although recent progress is also being made in the field of neuroanatomy and even discrete biochemical changes in the body and CNS ).

Another difficulty are particularly significant personality problems, though few are completely open to confidential communications - especially undesirable for a company demeaning symptoms ( insomnia and heartbreak are perhaps the most appropriate drug addiction, anger outbursts or even brachial violence are less acceptable). Especially in the Czech Republic there is a considerable disadvantage misconceptions about the position of senior staff, especially the power of the integrated rescue system, who tend to look at the workers classified with F diagnosis as permanently unable to work - and without any long-term service. Sometimes our involvement is so striking, that we must to leave our jobs. Another problem is the involvement of the PTSD patient family, which is able to work well as a kind of buffer and a therapeutic environment too, but there are limits beyond which leads to the disintegration of the family - usually present with unwanted children as witnesses of the events (although there is a large proportion of broken marriages, we can say, that unrecognized and unresolved PTSD is certainly very stressful relationship fact). In the future, it is necessary to give a helping hand to family members and offer them professional psychological support. As discussed below, the classification instruments slowly developed - especially in the most committed armies of the modern world - a that finally helped to develop procedures aimed as much as possible to mitigate the PTSD effects on the life of society after returning the combatants into civilian life. The author had to plot the path and eventually apply to members of the Integrated Rescue System (IRS) - police officers, firefighters, paramedics. In doing so, repeatedly alluded

to above difficulties, especially fear of stigmatization, which actually disables the systems of care to function sufficiently in a subjects, which were involved in a harsh emotional experiences. In doing so, we can say that these people put not only your body but also the soul so that the society could develop freely and harmoniously, so that the consequences of catastrophic events (even in a " microscopic "- the individual level ) were the most mitigated and treated. In the future, additional efforts had to be for rehabilitation of affected individuals, which can feel a moral debt.

**Keywords:** Posttraumatic Stress Disorder, Integrated Rescue System, Central Nervous System, Wartime

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Děkuji každý den Bohu, že mne nechal nahlédnout do míst, kde se lidská mysl upíná pouze na základní životní potřebu a to touhu přežít. Během dvou, v životě člověka poměrně krátkých období, jsem měl možnost sesbírat informace, které mi posloužily jako hlavní zdroj, k sepsání mé bakalářské práce.

# Obsah

Úvod.....	12
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1.1 Obecná definice stresové reakce .....	15
1.2 Charakteristika jednotlivce.....	15
1.3 Nepříznivé životní události .....	16
1.4 Přírodní versus technologické katastrofy .....	16
1.5 Pohlaví a rasa .....	17
1.6 Historie PTSD .....	19
1.7 Patofyziologie PTSD.....	20
1.8 Symptomatologie PTSD.....	24
1.9 Diagnostika PTSD.....	26
1.9.1 Vývoj diagnostiky .....	27
1.9.2 Koncepční modely .....	32
2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA A METODIKA PRÁCE .....	36
2.1 Výzkumná otázka:.....	36
2.2 Metodika práce:.....	36
2.2.1 Moduly rozhovorů .....	38
3 VÝSLEDKY .....	44
4 DISKUZE .....	49
4.1 PTSD v boji.....	49
4.2 PTSD u složek IZS.....	52
4.3 Traumatický stres u osob řešící hromadná neštěstí .....	55
4.4 PTSD a zdravotničtí záchranáři .....	56
4.5 PTSD a policie .....	58
4.5.1 Policejní sebevraždy .....	63
4.6 Vliv PTSD na rodiny příslušníků složek IZS a vojáků .....	65
5 ZÁVĚR .....	68
6 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....	69
7 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	78
8 PŘÍLOHY .....	79

## Seznam použitých zkratk

AČR	Armáda České republiky
CFR	Kortikotropin uvolňující faktor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor české republiky
IZS	Integrovaný záchranný systém
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NVVRs	National Vietnam Veterans Readjustment Study
PČR	Policie české republiky
PDHA	Postdeployment health assessment
PDHRA	Postdeployment health reassessment
PRT	Provinční rekonstrukční tým
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SWAT	Special weapons and tactics
T3	Trijodtyronin
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## Úvod

*„Trauma často vyústí v trvalé psychiatrické poruchy úzkosti, které neustupují a deprese nebo psychosomatická poškození, která nebudou tak snadno napravitelná“* (Paulson, 1994). Rozmanitosti stavů, zahrnující široký pojem posttraumatická stresová porucha (PTSD), se podílejí na rozlišení averzních podmínek vyplývajících z traumatu. Ve 4. textové revizi edice American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical manual Revision (DSM-IV-TR), je PTSD všeobecně definována jako: *„stav, který vyplývá z prožití nebo svědectví život-ohrožujících událostí, překračující kapacitu jedince, emoční zdroje anebo existenční pohled na svět“* (Beck a Emery, 1985). V průběhu tisíce generací se lidský druh vyvinul tak, aby lépe interagoval s prostředím. *„Ačkoli evoluční psychologové často pohlížejí na válku jako na základní strategii pro organizování lidského úsilí skrz agresivní činnosti skupiny (Buss, 2004), není PTSD nezbytným důsledkem války a ani čistě biologickou nebo evoluční záležitostí. Úzkost je cennou evoluční adaptací, která umožňuje jedincům vyhodnotit možné hrozby. Avšak nástroje, které mnohdy potřebujeme, nejsou nutně evolučními nástroji, jež jsou k dispozici“* (Buss, 2014).

*„V některých směrech jsme vybaveni temperamentem doby kamenné a zároveň je po nás vyžadováno, abychom se vypořádávali se současnými problémy, vyžadujícími postmoderní dovednosti“* (Dawkins, 1982). V Paleolitickém období byly rozhodující rychlé reakce na násilné hrozby. Ty však mohou v 21. století vést k obtěžování, zatčení a v neposlední řadě i věznění. *„Společně se šimpanzy a možná i mandrily a paviány člověk sdílí schopnost spolupracovat v zájmu boje“* (Buss, 2004). Tisíce generací před námi, chování, které stálo jako základ válečných postupů, bylo pravděpodobně primárně využíváno pro lovecké účely. *„Vojenský konflikt je poté společníkem zvyšující se sofistikovanosti společnosti, přičemž válčení o potravu konvertovalo k válčení za zdraví, majetek a otroctví“* (Buss, 2004). Předpokládané důvody se liší: úpadek lovu, přírodní katastrofy, které vedou k nedostatkům ve všech ohledech nebo vzrůst patriarchy. *„Ať již z jakéhokoli důvodu, z války se stala běžná věc a dokonce i vznešená záležitost“* (DeMeo, 1998; Ferguson, 2000; Wilson, 1985). V každém případě nástup s válkou

související PTSD závisí stejně tak na osobních, kulturních a filozofických postojích vůči válce, jako na existenci války samotné. „*PTSD je mezi moderními západními společnostmi identifikovatelná změna v chování, postojích a hodnotách po návratu z boje, nehodách, přírodních pohromách, znásilněních, mučení nebo zneužívání*“ (Friedman, 1994). „*Údajnou traumatizující událostí může být aktuální dění (a to ať už v případě ostřelovačské střelby nebo dopravní nehody) nebo dlouhodobější událost i několika let (kdy například civilisté snášejí hrozby a útoky povstalců)*“ (Jong, 2002).

PTSD tudíž bezpochyby není ničím novým a provází člověka od počátků jeho existence. V novodobé historii jsme tuto poruchu nazývali různými jmény, avšak výsledek pro jedince a jeho okolí byl vždy stejný. Problém, který máme téměř 20 let pojmenován neměnným způsobem jako Posttraumatickou stresovou poruchu však nejsme na našem území schopni zcela efektivně řešit a to z důvodu strachu. Strachu z důvodu ztráty pracovního místa, respektu svých přátel a svých nejbližších mnohdy donutí osoby, postižené tímto psychickým onemocněním vyčkávat až do okamžiku, který v mnoha případech vyústí v osobní a sociální kolaps a izolaci jedince, popřípadě smrt formou sebevraždy. S danou problematikou jsem byl konfrontován v rámci svého působení na území Afghánistánu, kde jsem vykonával funkci zdravotnického záchranáře praporečnického obvodu AČR a to v letech 2008 a 2010. V té době již na území Afghánistánu operovaly tzv. Postblast týmy, které nejenomže monitorovaly jedince, kteří byli přítomni výbuchům vozidel, ale zároveň prováděly

i jistý způsob debriefingů s přímými svědky těchto událostí a cíleně vyhledávaly možné patologické prvky, které by v budoucnosti mohly vyústit v PTSD. I přes to, že součástí jednotlivých zahraničních kontingentů AČR je i psychologická služba, většina vojáků pociťuje v tuto funkci jistou nedůvěru a v případech potřeby a nouze vyhledává spíše službu duchovní, ke které má na tomto území paradoxně jistý bližší vztah. Po návratu ze zahraničních operací je sice psychologické vyšetření realizováno, avšak jeho role je spíše formální záležitostí. Voják, který má psychické potíže, je z důvodu hrozby ztráty zaměstnání většinou nucen svůj stav navenek vědomě potlačovat a mnohdy se mu to v pracovním kolektivu velmi dobře daří. Rodina a blízcí přátelé jsou však zrcadlo,

ve kterém se odráží veškeré problémy a bolesti, jež si sebou tento profesionál přinesl a ve většině případů je právě rodina ten prvek, který odhalí skutečný stav věci. V mnohých situacích však již bývá na nápravu pozdě. Ne jinak jsou na tom profesionální záchranáři a lékaři, hasiči a policisté, čelící situacím, ve kterých je ohrožen život jiných osob nebo jich samotných. I zde je možnost sdělení problému svým nadřízeným pevně spjata s vědomím ztráty svého povolání, bez jakékoli náhrady a tudíž zde vyvstává stejný problém, jako u první jmenované kategorie. Rád bych touto prací poukázal na fakt, že otázka PTSD není pouze záležitostí válečných konfliktů, jak bylo v minulosti nesprávně usuzováno, ale zcela přímo se dotýká složek IZS, když symptomatologie zasažených osob není v ničem odlišná při porovnání hromadných neštěstí nebo přírodních katastrof a bojové vřavy. Práce bude z důvodu absence tuzemských zdrojů, vycházet zejména ze zahraničních zdrojů, které mi pomohou porovnat symptomatologii obou výše zmíněných zkoumaných skupin a to jak příslušníků armády, tak i složek zdravotnické záchranné služby, hasičských záchranných sborů a policejních jednotek. K tomu mi poslouží osm základních dotazníkových modulů, vycházejících z původně vojenské DD form 2900, které budou 120 jednotlivcům z řad armády ČR, policie ČR, HZS a ZZS předkládány formou strukturovaného rozhovoru, popřípadě volného rozhovoru, jakožto doplňující složky. Jednotlivé moduly se budou zaměřovat na statisticky nejčastější symptomy posttraumatické stresové poruchy a poslouží jako vodítko k podpoření mé hypotézy. Komparací rizikových jedinců z daných profesí pomocí strukturovaného rozhovoru současně posoudím, zdali jsou symptomy shodné či rozdílné bez ohledu na to, do jakého prostředí je jejich práce zasazena. Samotná práce se bude v prvé řadě opírat o údaje z knižních zdrojů, vydaných na území spojených států amerických a vycházejících ze studií autorů za posledních 70 let. Dalším zdrojem pak budou zejména oficiální stránky ministerstva obrany spojených států amerických ([www.army.mil](http://www.army.mil)), konkrétně sekce Health a Defense Centers of Excellence ([www.dcoe.mil](http://www.dcoe.mil)), určené přímo výzkumu PTSD.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

Spartané ji nazývali „třasem“, v nedávné historii je možné ji spatřit jako „shell shock“, únava z boje, vojákovo srdce a Vietnamský syndrom. Jakékoli jméno jsme ji v historii dali, PTSD byla vždy s námi (Mclay, 2012). Stres PTSD je popisován jako zbytkové napětí v systému mysli a těla, způsobené počátečním katastrofálním stresem (Paulson, Krippner, 2010). V české republice se tento pojem začal oficiálně objevovat se zahájením plnění bojových úkolů v rámci zahraničních vojenských operací, kde míra stresu vzala své první oběti z řad jedinců, vystavených situacím, kterým nebyli i přes jejich výcvik připraveni čelit. Posttraumatická stresová porucha byla do té doby známa spíše v souvislosti s násilnými činy nebo týráním.

## 1.1 Obecná definice stresové reakce

DSM-IV-TR (2000) uvádí: „základní vlastností Post Traumatické Stresové Poruchy je rozvinutí se charakteristických symptomů, následujících vystavení se extrémně traumatizujícímu stresoru, zahrnující přímou osobní zkušenost s danou událostí a aktuální nebo hrozící smrtí nebo závažným poraněním či jiným ohrožením jedincovy integrity; nebo svědectví události zahrnující smrt, zranění nebo ohrožení fyzické integrity jiné osoby nebo obdržení informace o nečekané nebo násilné smrti, vážném poškození zdraví, hrozby smrti nebo poranění, které utrpěl člen rodiny nebo blízká osoba“ (Paulson, Krippner, 2010).

## 1.2 Charakteristika jednotlivce

Významné faktory jednotlivce zahrnují demografické proměnné, specifické rysy jedince a osobní historii. Vědci se pokusili identifikovat nemorbidní faktory, které by mohly učinit jednotlivce nebo skupinu zranitelnější nežli ostatní k samotným traumatickým událostem. V McFarlaneově studii (1987), týkající se mimo jiné 50-ti

PTSD diagnostikovaných hasičů, kteří zde byli dotazováni, měli tito dotazovaní v rodinné anamnéze mnohem častěji psychiatrickou poruchu (Paton, Violanti, 1996).

### ***1.3 Nepříznivé životní události***

Ačkoli se často předpokládá, že opakované zkušenosti nepříznivých událostí by mohly mít kumulativní efekt a zvýšenou vulnerabilitu k negativním psychiatrickým výsledkům, po vystavení-se traumatickým stresorům, nebyla tato domněnka doposud potvrzena. Katastrofy a jiné faktory životních událostí nejsou tak důležité v předpovídání posttraumatické morbidity, jako faktory zranitelnosti jednotlivce. (McFarlane, 1989) interpretoval, že *„životní události jsou mnohem důležitější v udržování posttraumatické morbidity, nežli morbiditu samotnou urychlující“* (Paton, Violanti, 1996).

### ***1.4 Přírodní versus technologické katastrofy***

Green a Lindy (1994), v jejich krátké revizi literatury na téma psychologických dopadů následujících různá neštěstí shrnuli, že *„je obtížné rozlišit přírodní a technologická neštěstí od ostatních v souvislosti s jejich včasným dopadem“*, ale zároveň uvedli, že *„délka přetrvávání reakcí těchto dvou neštěstí je schopna je od sebe rozlišit, přičemž efekt přírodních katastrof přestává být identifikovatelný po uplynutí období dvou let“*. Toto může být příklad pro přírodní katastrofy s velmi malými počty úmrtí a destrukce. U těch událostí, zahrnujících rozsáhlou destrukci a velké počty úmrtí se předpokládá, že by efekt byl mnohem závažnější a také fakt, že by tyto události měly mnohem déletrvajících účinky, ačkoli doposud neexistují žádné důkazy, které by tuto hypotézu potvrzovaly. Nicméně, již dnes jsou zdokumentované dlouhotrvající účinky technologických neštěstí a můžeme předpokládat, že fakt, že se na nich podílí technologie, které mohou být vyhnutelnými prvky nehod, způsobených lidskou nedbalostí, činí tyto události obzvláště traumatizující, na rozdíl od zásahů vyšší moci



(Boha). Fakt zahrnutí lidského faktoru do traumatické události může mít důležité dopady na to, jak bude samotná událost chápána, což může vyústit ve velmi silné emoce, např. zlost, násilí, vinu a hanbu, vedoucí k narušení jejího emočního zpracování. Lidským faktorem vyvolané události jakými je boj, kriminální viktimizace a sexuální násilí, kde je jasnou záminkou ublížit, mají chronický a nejzávažnější efekt ze všech (Joseph, Williams, Yule, 1997).

## ***1.5 Pohlaví a rasa***

Během Americké Revoluční války neboli Americké války o nezávislost, George Washington umožnil ženám, aby byly začleněny do Kontinentální armády, avšak pouze jako zdravotní sestry, kuchařky, obsluha prádelen nebo nosiči vody. Oficiálně to vše byly „logistické“ funkce a jejich cílem bylo udržet ženy co nejdále od palebné linie. Avšak ani tehdy válka nestřílela zcela přímo. V roce 1776 se Margaret Corbin stala oficiálně první raněnou ženou v boji Spojených států Amerických. Byla umístěna se svým mužem ve Fort Tryon ve státě New York. Základna byla napadena a Margaretin manžel byl zabit při tom, co obsluhoval kanon. Margareta vidíce jej padat, převzala jeho pozici u kanonu proti Hessianským útočnickům a pokračovala ve střelbě, dokud sama nebyla raněna. Byla zajata Britskou armádou, držena jako válečný zajatec a posléze propuštěna. V roce 1779 ji Kongres přiznal penzi. Nicméně až od roku 1968 začala Vojenská akademie přijímat ženy na důstojnický výcvik. Dnes ženy slouží jako bojovní piloti, vojenští policisté, velící důstojníci a v mnoha dalších funkcích. Šestnáct procent armády Spojených států je tvořeno ženami. Pobřežní stráž nemá kupříkladu žádné povolání, které by nebylo zpřístupněné ženám, a vzdušné síly otevřely ženám 99% svých pozic. Dřívější výsadní bašty mužů, jako služba na ponorkách, jsou rychle otvírány v rámci pohlavní rovnoprávnosti. Pouze funkce u pozemních sil v předních liniích jako je pěchota, tankové jednotky, speciální jednotky a pyrotechnici jsou nadále vyhrazeny výhradně mužům. I pro tyto pozice se však již čas od času uvolní ženské místo. To zcela odráží vojenské heslo Americké armády: „ženské boty na nepřátelské

půdě“. V úvodních fázích invaze do Iráku a Afghánistánu nebylo nezvyklé, že muži prošli celým bojovým nasazením bez toho, aby přišli do kontaktu s ženou v uniformě. Výjimkou v těchto konfliktech, stejně jako tomu bylo i u předchozích, byly zdravotnické posty. Ve Vietnamském konfliktu byly všechny ženy, které byly zabity v boji právě zdravotní sestry (Mclay, 2012).

S výjimkou zdravotnických záchranářů, nebyly zjištěny žádné rozdíly v pohlaví v incidenci PTSD (Paton, Violanti, 1996). Whitley, Gallery, Allison a Revicki (1989) posoudili 488 příslušníků Emergency Residents Association, aby prozkoumali míru pracovního stresu a deprese. Zjistili, že *„ženy zažívaly větší stres a deprese, nežli jejich mužské protějšky. U studií záchranářů byly ve většině případů muži (80-90 % mužů ve studiích záchranářů a více než 90 % personálu zasahujícího u hromadných neštěstí). Očekávaný stres u žen (n=95) byl mnohem vyšší napříč všemi situacemi, nežli u mužů (n=384)“*. McCarroll a kol. poznamenali, *„že by to mohlo být způsobeno aspektem sebehodnocení“* a doporučili použití dalších měřítek stresu (jakými jsou fyziologické, výkonnostní a pozorovací hodnocení) k objasnění celé situace (Paton, Violanti, 1996). Ve studii komunity více než 500 osob, které přežili sopečnou erupci sopky Sv. Heleny, Shore a kol. (1986) zjistili, že *„se u 11 % mužů ve srovnání s 21 % žen, které byly vystaveny vysokým úrovním traumatu vyvinula buď deprese, úzkost nebo PTSD během prvních dvou let“* (Joseph, Williams, Yule, 1997).

*„Rozdíly pohlaví byly nalezeny mezi vojáky, kteří hodnotili zvýšený stres v případech, kdy čelili různým situacím, vyžadujícím manipulaci s mrtvými těly“* (McCarroll a kol. 1995). Podobně nebyly zjištěny žádné rasové rozdíly v efektu traumat mezi těmi, kteří odpovídali po prožití samotné traumatické události. *„V literatuře, zabývající se prací složek IZS nebyly do roku 1991 nalezeny žádné rozdíly mezi PTSD u černošů a bělochů“* (Neale, 1991). Černoši prokazovali nižší hodnoty v opatřeních při psychologickém napětí a vyšší u zvládnání stresu. Tyto hodnoty byly interpretovány Uníí pro příslušníky EMS, jako oznámení o snazší práci černých záchranářů v primárně černošském městském prostředí (Paton, Violanti, 1996).

## 1.6 Historie PTSD

„Ještě před samotným definováním PTSD zařízením péče o duševní zdraví (Mental Health Care Establishment), byl emočně toxický efekt traumatu dobře zdokumentován v mytologických, historických a literárních zdrojích“ (Campbell, 1968, 1972). Například syn Izákův, poté, co byl spoután a téměř obětován svým otcem Abrahamem (Genesis: 20-28, The Holy Bible, 1952), zahrnující dohodnutý sňatek ve věku 40 let, spor o vlastnictví místních lázní a podvod jeho syna Jakoba, který ukradl dědické právo svého bratra. Tyto události vedly v pasivitu a ostré potyčky s Izákem, což jsou dnes dva charakteristické znaky toho, co si dovoluujeme nazývat PTSD. Podobně jako popisky Samuela Pepy o nespavosti, nočních můrách, strachu a zlosti po velkém Londýnském požáru v roce 1666, kde všechny byly symptomy vystavení se traumatu. Shakespearovy postavy taktéž prodělaly dramatické změny chování, které byly následkem traumatu. Henry IV, Hotspur manžel Lady Percy, se stal melancholickým, stáhl se do ústraní mimo společnost a začal mluvit ze spaní, když následovala krvavá bitva, ve které ztratil svého příbuzného. V devatenáctém století již jen málo lékařů na obou stranách Atlantiku uvádělo náhodný vztah mezi traumatickým zážitkem a psychiatrickým poškozením. V Evropě byl tento fenomén znám jako „Švicarská nemoc- Swiss disease“, protože averzní reakce z boje byly zaznamenány mezi švicarskými vojáky (Paulson, Krippner, 2010). Jacob Mendes Da Costa pozoroval fenomén dechových obtíží a úzkosti u Amerických jednotek v civilní válce, který dával za vinu špatné výživě jednotek Unie a Konfederace, zatímco Janet zaznamenal, že „lidé, kteří přežili přírodní katastrofy, zažívají často vysokou vzrušivost autonomního nervového systému a emoční otupění“ (Carr, 2002). V polovině 18. století přidělil britský chirurg Earl de Grey během Americké Civilní války tomuto stavu název, který byl později publikován jako „Irritable heart“ a později také jako „Soldiers heart“ (Paulson, Krippner, 2010). „Vojákovo srdce“ bylo spojeno se závodní srdeční frekvencí a strachem, který byl u válečných veteránů přičítán vysokým hmotnostem vojenského vybavení, nošeného Anglickými vojáky. V roce 1876 chirurg Arthur Davy pozoroval, že dobře živení důstojníci jím trpěli stejnou měrou a domníval se, že zrychlený puls byl

příčinou vojenských návyků „*nadměrného rozšiřování hrudníku, které mělo za následek rozšíření srdce a posléze i zvýšení dráždivosti*“.

V 1. světové válce bylo zabito a zraněno více vojáků, nežli v jakémkoli jiném válečném konfliktu v historii. V jediné bitvě u Somme, utrpěli Britové téměř půl milionové ztráty. Polovina z nich byla psychologických. Existovala domněnka, že mentální kolaps nastal z důvodu poškození nervového systému z tlakových vln těžkého dělostřelectva. Onemocnění bylo popsáno jako „*Shell shock*“. Tento jev upadl v nelibost v momentě, kdy bylo zjištěno, že ty samé symptomy mohou postihnout oběti, jejichž hrůzné prožitky nezahrnovaly exploze. Po operaci Pouštní bouře bylo mnoho neduhů soustředěných dohromady pod přezdívkou „*Syndrom války Golfského zálivu*“. Byl prezentován velký počet teorií od možného použití nervových agens přes kombinaci vakcín a antimalarik. Prevalence improvizovaných výbušných systémů (IED) v Iráku oživila myšlenku, pokud ne terminologii „*Shell shock*“. Symptomy PTSD převládaly spíše u těch osob, které byly přítomny výbuchu, nežli u těch, kteří byli postřeleni (Mclay, 2012).

## ***1.7 Patofyziologie PTSD***

Stres může značně urychlit stárnutí mozku. Je kuriozně navržené, že nejběžnější neurotransmitter v mozku glutamát, chemická látka, která umožňuje různým mozkovým buňkám v hipokampu navzájem komunikovat, je současně k těm samým buňkám toxická. Toto sebere velký díl energie k obraně mozkových buněk proti jejich vlastním nebezpečným signálům. Během období stresu, kdy přichází mnohem větší množství urgentních signálů, stoupá i převod glutamátu. Současně začíná tělo přesouvat obranné zdroje do jiných oblastí, které organizmus v dávné minulosti vyhodnotil za mnohem důležitější stran přežití. To ponechává hipokampus zranitelným. Procesy spojené se stresem mohou způsobit zápis – psychologické vypálení traumatických vzpomínek mnohem hlouběji, než je tomu u jiných událostí, což nám pomáhá vysvětlit, proč je mnohem těžší zapomenout na traumatickou událost nebo ji překrýt jinou, šťastnější

vzpomínkou. Toto však zůstává ne zcela prokázaným. Co je ale dobře známé, je ten fakt, že pokud krysu vystavíme stresu rovným hladinám určitých hormonů, její hipokampus a paměť selže mnohem rychleji, nežli by tomu bylo za jiných okolností. Podobně tak i primáti v divočině, kteří prožívají vysoce stresové situace, pociťují hipokampální poškození na mnohem vyšších hodnotách, nežli primáti, kteří vedli zdánlivě klidný život. V neposlední řadě je prokázáno, že lidé s PTSD mají v průměru menší hipokampus nežli ti, kteří jsou požehnaní zdravím (Mclay, 2012). V souvislosti s tím vědci zkoumali mozky identických dvojčat. Zaměřili se na páry, kde byl jeden ze sourozenců postižen PTSD. Předpoklad této studie byl, že zdravé dvojče poskytne ideální srovnání, prokazující, že hipokampus PTSD pacienta, u kterého si válka vybrala svou daň, bude vypadat rozdílně ve srovnání s válkou nepostiženým dvojčetem. Matoucí nálezem pro vědce byl ten fakt, že obě dvojčata měla hipokampus, který byl menší, než průměr. Toto zanechalo vědce v rozpacích. Co přišlo jako první? Malý hipokampus, který zvyšoval riziko pro PTSD nebo PTSD, která poškozovala hipokampus a činila jej menším? Také další studie odhalily různé oblasti mozku, které se zdály být trvale nefunkční u osob s PTSD. Zrak se upřel na neurální struktury, jakými jsou *anterior cingulate*, *pregenual anterior cingulate cortex*, *frontal cortex* a oblast mozku nazývaná *insula* (Mclay, 2012).

Amygdala, sedící na ocasu hipokampu se zdá být také zahrnuta do připojení emočního obsahu vzpomínek. Nejméně jedna výzkumná studie našla zvýšenou aktivitu v amygdale u 75 % pacientů s PTSD. Vystává zde ovšem opět otázka, zdali bylo první vejce nebo slepice a to v souvislosti s tím, zdali je amygdala více aktivní kvůli tomu, že jedinec má bolestivé emoce nebo naopak, že jsou jeho emoce tak bolestivé z důvodu zvýšené činnosti jeho amygdaly. Znamky PTSD jsou indikovatelné sníženou koncentrací plazmatického beta-endorfinu u postižených jedinců. Protože je hypothalamický endorfin alespoň z části zprostředkovaný kortikotropin-uvolňujícím faktorem, tyto snížené koncentrace mohou nastat mechanismem podobným tomu, ke kterému dochází při sníženém uvolňování adrenokortikotropinu v reakci na výzvu kortikotropin-uvolňujícího faktoru. Ačkoli jsou plazmatické koncentrace methenkephalinu mezi PTSD zkoumanými participanty podobné těm v kontrolní

skupině, je snížen poločas rozpadu in-vitro, což naznačuje pokles sekrece. „*I přes snížený práh bolestivosti, prokazují váleční veteráni s PTSD maloxon-reverzibilní analgetickou odpověď na s bojem související podněty, zvyšující pravděpodobnost hyperregulace opioidního systému*“ (Pitman a kol., 1991). U pacientů s PTSD byly zaznamenány zvýšené koncentrace dopaminu v plazmě a moči, jakož i případné zvýšené hladiny extrahypotalamického kortikotropin-uvolňujícího faktoru (CFR). Studie prokázaly nízké úrovně volného kortizolu v plazmě a moči. Je zde mnoho preklinických důkazů, které se dotýkají hipokampálních glukokortikoidních receptorů v negativní zpětnovazební regulaci vasoprese argeninu, syntézou kortikotropin-uvolňujícího faktoru. Mozkomíšní koncentrace CFR jsou vyšší u PTSD pacientů, nežli u kontrolní skupiny, v souladu s hypotézou zvýšené sekrece neuronálního kortizol-uvolňujícího faktoru u pacientů s PTSD. A konečně, komplex hypotalamus-hypofýza-štítná žláza se obvykle podílí na PTSD. „*Průměrné celkové hladiny trijodthyroninu (T3) jsou významně vyšší u veteránů s PTSD, nežli u kontrolní skupiny*“ (Pitman a kol., 1991). „*Příkladem může být situace, kdy je stresor znovu prožíván skrze vzpomínky, když kupříkladu u vozidla dojde k výbuchu z výfuku, což pošle veterána obličejem na zem ulice, čekající příchozí palbu, která by jej mohla zasáhnout*“ (Paulson, 1994). *Někdy může být traumatickou zkušeností a hrůzná událost, kterou byl daný jedinec svědkem. „Stresor může být znovuprožíván během nočních snů a v nočních můrách, během zdřímnutí si nebo během období disociace, ve kterém se stresor může opakovat, zasahující do běžného toku vědomí veterána, etologie nebo vlastní identity*“ (Krippner, 1997).

Hipokampus mozku bez ohledu na jeho funkci pomáhat si zapamatovat traumatickou událost skrze konkrétní podněty, již více neaktivuje mozkovou amygdalu. Funkcí amygdaly je vyburcování, které zahrnuje příkaz k uvolnění noradrenalinu a dalších chemických látek v mozku (Wisneski and Anderson, 2005). Rossi a Cheek (1988) tvrdili, že „*toto odpojení mezi hipokampem a amygdalou je jistou formou traumatické disociace. Tato disociace (separace) osoby z události a její ztráta z hipokampální paměti je podobná fenoménu stavu závislého na učení, kde je úkol naučený v jedné situaci nebo stavu všeobecně později lépe vybaven v podobné situaci*

*nebo stavu“*. Jeden z vojáků bitvy o Fallujah v Iráku řekl reportérovi, „ *Při pohledu zpět na tu událost to nevypadalo, že bych to byl já tam venku, jako bych se na tu událost díval zvenku. Ale strach tam byl, takže to muselo být skutečné“* (Reitman, 2005). Tento stav demonstruje jiný způsob využití disociace, primárně jako obranný mechanismus, během kterého buď disociují nebo ne. Mnoho veteránů zažije strach nebo nějaké jiné emoce. V jiném kontextu jim tento pocit budou připomínat jejich bojové zkušenosti. Tento jev je z důvodu stavu závislým na učení, který hraje důležitou roli ve „flashback“ reakcích (Paulson, Krippner, 2010).

Zdá se, že strach je sjednocujícím faktorem. Biochemie zděšení má na mozek nezvyklý efekt. V okamžiku, kdy organizmus čelí smrti, vrhá všechny zdroje, které má k dispozici na řešení dané situace. V této „*fight or flight*“ reakci (poplachové/alarmové reakci na intenzivní stres), jsou do těla vyplavena obrovská množství stresových hormonů. To může hnát svaly k nadlidským výkonům a zaměřit pozornost na vypnutí všeho ostatního. Ovšem tato aktivace lidské tělo něco stojí. Ten samý adrenalin, který zaměřuje pozornost na život-zachraňující úkony, je také spojen s úzkostí. Kortizol, který směřuje krevní cukr do svalů, žene tuto pohonnou hmotu mimo běžnou obranu neuronů v paměťových centrech mozku. Další aspekt fyziologického vzoru PTSD zahrnuje endorfiny, které jsou uvolněny do jedincova krevního řečiště během „*fight or flight*“ nouzových stavů. Jedná se o adaptivní odpověď; „*endorfiny mají sedativní efekt, přičemž uvolňují jeden z pocitů strachu, deprese a nedostatečnosti, které často doprovázejí trauma a následnou PTSD*“ (van der Kolk, 1994). Někteří jedinci dokonce vykazují známky závislosti na těchto endorfinech a vzpomínkách, kde dlouhé intervaly mezi expozicemi mohou vyvolat příznaky, podobající-se vysazení opiátů a jiných návykových látek. „*Opakované zpětné expozice se mohou rozvíjet do stálých nervových drah, konsolidovat chování a paměťové struktury, které se mohou stát funkčně nezávislé na původních podnětech*“ (Greer, 2005).

Brown (1994) poznamenal, že „*PTSD je charakterizována fyziologickým vyburcováním vycházejícím z interakcí mezi amygdalou, hypokampem a jednotlivců kůrou skrze poruchy takových neurotransmiterů jako norepinefrin, epinefrin, dopamin*

a serotonin“. *„Uvolnění nicméně nastává, když je vzrušivost omezena a když jsou traumatické zkušenosti reformulovány, přepracovány a začleněny do jedincova běžného chování a zkušenostního repertoáru“* (Wisneski a Anderson, 2005). *„Studie kognitivně – behaviorální terapie zahrnovala pět žen s PTSD, zapříčiněnou dopravní nehodou, poukazující na spojení mezi poklesem symptomatologie a sníženou aktivitou amygdaly“* (Felmingham a kol, forthcoming). Z perspektivy neurologů je PTSD výsledkem velkého vzrušení, které destabilizuje autonomní nervový systém amygdaly, což vede k přehnané úzkosti, inhibicím a neklidu. *„Flashbacky jsou částečně problematické, protože neexistuje žádný pocit vzdálenosti mezi traumatickou událostí, časem nebo místem“* (Cozolino, 2002). Během flashbacků jsou navíc aktivovány amygdaloidní sítě strachu. Hustá síť propojení mezi amygdalou a vizuálním systémem mozku pravděpodobně odpovídá za zrakové halucinace prožívané během flashbacků. V neposlední řadě je často zaznamenáváno snížení regionálního průtoku krve v levém dolním čelním a středním spánkovém kortexu, „Brokova oblast“, během tzv. „oněmění hrůzou“. *„Oběti PTSD mohou mít tyto neurobiologické složky ve svém jádru“* (Rauch a kol., 1998).

## **1.8 Symptomatologie PTSD**

*„Hlavním úskalím v ochraně záchranářů před nebezpečím ze stresu je selhání v rozpoznání jeho síly a to ať již pracovního, tak i traumatického stresu“* (Summers a Cowan, 1991). Ačkoli vystavení se traumatickým stimulům může být relativně krátkodobé, symptomy vycházející z těchto zážitků mohou přetrvávat po značně dlouhou dobu. Namísto by mělo být vyšetření po samotné události a to v opakovaných intervalech, například ihned po proběhnutí události, za jeden měsíc, po šesti měsících, jednom a dvou letech. Nashromážděná data z těchto period poskytnou informace o množství změn v intenzitě symptomů a konzistenci současných symptomů. Navíc, opakované vyšetření po události může být nezbytné k určení, zda se odlišné stresory a symptomy vynořují v rozdílných stádiích během období po události, což může být



kupříkladu výsledkem rozdílů mezi jednotlivci, s ohledem na kvalitu jejich prostředí, ve kterém se zotavovali. Značné množství studií zkoumalo emoční dopad a symptomy u záchranářů, zasahujících v místech hromadných neštěstí. Většina pracovníků vykazovala alespoň některé ze symptomů, navazujících na vystavení-se traumatickým událostem. „Pět měsíců po reakcích na výbuchy budov, záchranáři, hasiči, policisté a zdravotnický personál odpovídali do dotazníku, v němž byly uvedeny jednotlivé symptomy. Nejméně 10% dotazovaných vyhovovalo osmi z 21 symptomů PTSD, mezi které spadají např. spontánní vzpomínky na traumatickou událost, navracející se sny, spojené s traumatickou událostí, flash backy nebo jiný intenzivní nebo prolongovaný distres, agresivní, hazardní, sebezničující chování, poruchy spánku, hypervigilita a s ní související problémy, vyhýbání se bolestivým vzpomínkám, myšlenkám, pocity nebo vnější podněty připomínajícím událost, frustrace, strach, závislost, sklon k alkoholismu, negativní myšlenky a nálady nebo pocity, jakými mohou být pocit viny za sebe i za druhé, odcizení od ostatních, výrazné snížení zájmu o jakékoli činnosti, osamělost a neschopnost zapamatovat si klíčové aspekty události (Hašto, Vojtová, 2012), *přičemž záchranáři, působící v místě události vykazovali větší symptomatologii, nežli nemocniční personál*“ (Durham, McCammon a Allison, 1985). Čtrnáct procent těchto pracovníků odpovídalo vzorům symptomů, které splňovaly PTSD kritéria. *„V té samé komunitě o rok později, následně po tornádovém neštěstí, reprezentovalo 17 % záchranářského personálu skladbu symptomů, souhlasných s diagnostickými kritérii PTSD“* (McCammon a kol., 1988). Polovina z McFarlaneho (1988) skupiny hasičů také vykazovala psychologickou morbiditu po vystavení se neštěstí: *„97 % případů s akutním průběhem, 21 % chronických případů a 20% skupina jedinců s opožděným nástupem“*. McFarlane usuzoval, že *„k tomu, aby se nástup PTSD uspíšil, je zapotřebí relativně nízký práh vystavení se traumatické události, a jakmile je tento práh překročen, zvýšená úroveň expozice může vést k mnohem rychlejšímu rozvinutí PTSD a nebo zvýšení intenzity doprovázejících příznaků úzkosti“*. Ne překvapivě, díky velkému množství stresorů a intenzivní službě v bojové zóně, *„byly pozorovány vyšší míry PTSD u jednotek kopající hroby pro padlé vojáky, kdy u 46 % byla identifikována PTSD s komorbiditou depresivních poruch a zneužívání návykových látek“* (Sutker

a kol., 1994). Podobně i „50 % Britských vojáků, kteří prováděli manipulaci s mrtvými těly během konfliktu v Golfském zálivu, se projevíly symptomy psychologických poruch, připomínajících PTSD“ (Deahl a kol. 1994).

## **1.9 Diagnostika PTSD**

*„PTSD je normální reakcí na abnormální události. Nezmění toho, kým jsi“ (Mclay, 2012). PTSD má univerzální symptomy, ale může se manifestovat různými způsoby. „Bude velmi záležet na tom, jakým člověkem jsi byl před postižením, jaké problémy jsi sesbíral spolu s PTSD a oporu a možnosti, které máš u svých blízkých. Nečiní tě to šíleným nebo neschopným činit velké věci. Ale činí vše těžším. Každé dřívější poranění se stane bolestnějším a každé budoucí rozhodnutí mnohem více spojeným s nebezpečím. Někdy zde bude pouze volba menšího zla. Může se zdát, jako by nebylo cesty ven“ (Mclay, 2012).*

Všichni vojáci bojující ve Vietnamu, Afghánistánu nebo Iráku čelili podobným stresorům: konstantní hrozbě léčky, rozlišování přítele od nepřítele a vysokým počtům zraněných a to jak na stranách vojáků, tak i civilistů. Jakožto odpověď na tuto situaci, Ministerstvo obrany Spojených států Amerických zavedlo univerzální screeningový program pro monitoring fyzického a mentálního zdraví jednotek navrátilých se z boje. Během dvou týdnů po návratu domů, musí každý voják vyplnit jednostránkový dotazník, jehož polovina strany se zabývá samotným duševním stavem respondenta. Ti, kteří z tohoto testu vyjdou pozitivně z důvodu problémů s psychickým zdravím, podstoupí následně rozhovor s lékařem. Vyšetření je opakováno ve tří- a šestiměsíčních intervalech. Vojáci, vracející se nyní z války s PTSD, mají značnou výhodu lékařské komunity, která uznává současnou realitu podmínek a velkého rozmachu výzkumu této oblasti, jenž určuje možnosti léčby, což je něco, o čem se jejich „shell-shocked“ předchůdcům ani nesnilo. Nicméně, jak muži a ženy neustále přinášejí pekelná muka z boje do svých domovů, vojenské a zdravotnické instituce pokračují v přistupování k stále těm samým diagnostickým a terapeutickým zdrojům. V tomto ohledu, přijetí

tohoto stavu do tradiční medicíny zvyšuje tendence zjednodušovat něco, co zdaleka není tak jednoduché. PTSD je komplex a multidimenzionální soubor symptomů, vzpomínek, událostí, reakcí, přesvědčení a léčby. Během a brzy po 1. Světové válce byly symptomy PTSD léčeny jako tzv. „*Shell shock*“, který jak Moniker naznačoval, byl „*vynulováním otřesné síly všudypřítomných výbuchů během války*“. Dřívější výzkumníci tomu bezmezně věřili. Byl zastáván názor, že „*Shell shock*“ byl způsoben efektem otřesu po velké explozi. Jako takové to byly čistě somatické obavy a proto se řídily stávajícími normami mužství, které byly považovány za obecnou úzkost, hypervigilitu, noční děsy a jiné symptomy PTSD z rozkazu za potrestání nebo opovržení (Paulson, Krippner, 2010).

### **1.9.1 Vývoj diagnostiky**

PTSD jako diagnóza měla v DSM svůj kontroverzní podíl. V roce 1945 Grinker a Spiegel vytvořili psychiatrickou terminologii, k popisu souhlasných symptomů s bojem spojenou PTSD. Když byl manuál poprvé po 2. světové válce formulován, byly k jeho vývoji převzaty informace z Veterans Administration's Diagnostic Manual. Symptomy, které pozorovali ve vzorcích pacientů z II. světové války, jsou čistými předchůdci diagnostických kritérií pro PTSD (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Rev., (DSM-III-R), APA, 1987). Jednalo se konkrétně o strach, deprese, reakce zlosti, poruchy spánku a pocity viny (McLay, 2012).

„Nálepka“ diagnózy stresové reakce, zahrnuté v DSM-I byla často aplikována na přeživší boje nebo jiných extrémních stresorů. Bylo tedy přirozené, že tzv. „*celková stresová reakce*“, jak byla posléze pojmenována, si v manuálu DSM-I učinila své místo jako diagnóza. V roce 1960 Dobbs a Wilson poskytli první data, která byla založena na vyhodnocení bojového stresu, když empiricky demonstrovali psychofyziologické reakce na bojové stimuly ve skupině pacientů z druhé světové války, u kterých bylo důvodné podezření, že utrpěli PTSD. „(Hathawayovo a McKinleyho, 1967) interpretace výkonu bojových veteránů, sloužících v různých světových konfliktech, byla prvními

daty, které upozornily na odlišnost fenomenologických aspektů PTSD“ (cf. Fairbank, Keane a Malloy, 1983; Malloy, Fairbank a Keane, 1983).

Když nastal čas na to, aby byl manuál revidován na DSM-II, zavládl mír a tento starý problém nebyl dostatečně často viděn na to, aby mohla být zvažena a stanovena seriózní diagnostika. Publikace DSM-II z roku 1968 opomněla tuto diagnózu klasifikovat jako reakci vzniklou během boje pod rubrikou poruch přizpůsobení se. Následkem toho byl fakt, že na vyšetření traumatických syndromů byl směřován minimální vědecký zájem a v podstatě neproběhlo žádné systematické hodnocení z boje nebo civilního prostředí vzniklé PTSD. K tomu došlo až výrazně později a to v době, kdy byl Merbaum (1977) za použití psychometrického přístupu schopen poukázat na významně zvýšený profil symptomů v Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Ačkoli byly psychologické následky vystavení se závažným životním stresorům, jakými byla válka, pozorovány po staletí, technická klasifikace PTSD byla zdokumentována v psychiatrické nomenklatuře až od roku 1980 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III), American Psychiatric Association (APA), 1980). V době, kdy byla publikována DSM III, vstoupily Spojené Státy Americké do Vietnamského konfliktu a lékaři se opět začali zajímat o to, s jakými postiženími se bojovníci navrátí. V této verzi zůstaly limitovány přístupy zhodnocení pro trauma bojové nebo jakékoli jiné, do mnohem tradičnějších diagnostických přístupů. Ty zahrnovaly nashromáždění diagnostických dat skrze polo- nebo nestrukturované procedury rozhovorů. Celkovou dostatečnost tohoto přístupu postihly dva faktory. První, založený na explicitních diagnostických kritériích pro PTSD, kdy se jen velmi malé množství klinických pracovníků detailněji informovalo o povaze a rozsahu různých traumatizujících životních zkušeností a druhé, spojené s absencí standardizovaného psychiatrického vyšetření pro traumatické poruchy, kde vyvstávala větší pravděpodobnost, že se samotné dotazy na traumatické události budou řídit spíše orientovaností v psychopatologii a tréninkem samotného tazatele, nežli lpěním na konkrétním zastřešujícím nebo komplexním diagnostickém schématu. Výzkumná

kritéria pro „*Vietnamský syndrom*“ byla transformována do nového názvu PTSD. Vietnamský syndrom naznačil jisté unikátní spojení s válkou. Jakožto výsledek vývoje založeného na kritériích, byly formální procedury zhodnocení relativně nedávné. Nicméně recenze literatury, která byla vázána s poruchami spojenými s bojem, poukazuje na to, že mnoho výzkumníků učinilo významné včasné příspěvky v definici vlastností, nyní známých jako PTSD doprovázející. Publikace DSM–III z roku 1980, týkající se ve spojení s klinickým rostoucím povědomím o rozpětí na prostředí založeném traumatu, poskytla důležitý hnací motor pro vývoj zhodnocení procedur specifických pro PTSD. Existence klasifikace schématu povzbudila vývoj a aplikaci nástrojů psychologického zhodnocení ve dvou specifických úrovních. Za prvé, poskytla potřebnou vědeckou věrohodnost pro samotnou problematiku, stimulující potřebu hledání dalších diagnostických kritérií a za druhé, návrhem částečných vzorů pro kategorizaci symptomů rozdmýchala zájem zkoumat a popisovat různé komponenty PTSD. V době, kdy DSM-III pojmenovala stav PTSD, bylo zřejmé, že syndrom již nevyžadoval poranění spojená s výbuchem. DSM-III uváděla seznam 17 možných symptomů, které naznačovaly přítomnost PTSD a jako její příčinu považovala pouze „*určitelný stresor, který by evokoval významné symptomy úzkosti u téměř kohokoli*“ (Wilson,Raphael,1993).

Po Vientnamské válce povstala myšlenka, že to, co způsobilo PTSD byla izolace a pocit zrady. Jonathan Shay ve své knize Achilles in Vietnam popsal PTSD, jako výsledek zrady tzv. „*Thémis*“ slovo Řeckého významu pro Boží zákon (Mclay, 2012).

DSM-III-R (revidovaná verze) byla mnohem přísnější. Stanovila, že událost nemusí být pouze stresující, ale musí být také „*mimo rozsah normální zkušenosti*“.

Abychom byli v dnešní době schopni provést správnou diagnostiku PTSD, je nutné zalistovat ve skutečné „Bibli“ psychiatrie a psychologie nebo jak ji také někteří nazývají „Velké knize šílenství“ a to DSM-IV a DSM-IV-R (Mclay, 2012). Tyto nedávné verze se ustálily na následujících požadavcích: „*osoba, která zažila, byla svědkem nebo byla přímo konfrontována událostí nebo událostmi, které zahrnovaly aktuální nebo hrozící smrt či závažné poranění nebo ohrožení tělesné integrity sebe*

*sama nebo ostatních osob. Odpověď jedince zahrnuje intenzivní strach, bezmocnost a zděšení (Wilson, Raphael, 1993).“*

DSM vyžaduje, aby k učinění přesné diagnózy pacient vykazoval skupinu symptomů: znovu prožití, vyhýbání se a nadměrný stav vzrušení. PTSD pacient musí splňovat dvě kritéria ze sloupce A, jedno kritérium ze sloupce B, tři kritéria ze sloupce C a dvě ze sloupce D. Nejprve se budeme zabývat sloupcem A. Riziko PTSD zde spočívá ve vystavení se traumatické události, ve které nastaly dvě věci. Zaprvé, událost musí být život ohrožující, zahrnující bezprostřední nebo hrozící smrt či závažné poranění dané osobě nebo ostatním osobám. Druhý prvek, který je nutno splňovat, je čelit vystavení se intenzivnímu strachu, bezmoci nebo hrůzy. Sloupec B znamená znovuprožití události. Je však potřeba mít na paměti, že samotné znovuprožití traumatické události neznamena samo o sobě PTSD (Mclay, 2012).

L. Ch. sloužil v letech 1960-1970 jako vojenský policista, v té době snad nejnebezpečnějším městě na světě - Saigonu (Vietnam). Potýkal se s raketovými útoky, odstřelovači, teroristickými bombovými atentáty, antiamerickými povstáními, barovými potyčkami a nepřátelskými nebo jinými smrtelnými stresory. Poté, co se vrátil domů, koupil si dům v klidném sousedství velké komunity vietnamských přistěhovalců, o které neměl dlouhá léta ani tušení. Jezdil kolem této lokality každé ráno do policejního areálu, kde pracoval. Jednoho rána, téměř 10 let ode dne, kdy se vrátil z války, projížděl v této oblasti směrem na střelnici, kde byl zaměstnán jako střelecký instruktor. Zatímco čekal na světelné křižovatce, prošlo po přechodu těsně před ním několik vietnamských dětí. Panika jej zachvátila jako ohromující vlna. *„Díval jsem se na děti, obzvláště na dívky, které byly oblečeny do ao dai, tradiční bílé tuniky s černými kalhotami, kterou jsem každý den vídal ve Vietnamu, a má první myšlenka byla, musím se vrátit pro více zbraní. Silně zpocený a udýchaný, jako bych právě uběhl tři kilometry, jsem otočil automobil a vrátil se domů, abych si vyzvedl ještě další dvě zbraně. O přibližně dva týdny později měl podobný zážitek během nakupování ve vojenském výprodeji. Když se ohnul přes velkou bednu, aby si prohlédl hromadu použitých kalhot, ucítil z“námý pach materiálu a znovu se začal profuzně potit, usilovně dýchat a cítil se naprosto vyčerpaný s pocitem*

*nevysvětlitelné paniky* (Finley, 2011). “ Shodně jako předtím trvalo L. Ch. několik minut, nežli se jeho stav vrátil do normálu. V tomto ohledu byl na tom L. Ch. stejně, jako každý jiný navrátilší voják z Vietnamu, který neprošel debriefingem. Jeden den byl ve válce zmítaném Vietnamu a druhý den vystoupil z letadla v Oaklandu v Kalifornii, dal si k večeři steak, oblékl si novou uniformu a byl propuštěn ze služby armády. O čtyři hodiny později již seděl v obývacím pokoji svých rodičů. Znovuprožití události může být způsobeno prodlouženými periodami nebezpečí a stresu anebo může znovuprožití události přijít v jediné, závažné traumatické události.

R. S. tankista ze státu Arkansas, v současné době velitel SWAT teamu místní oblasti vyprávěl o tom, jak byl nucen zastřelit jiného střelce v zoufalé přestřelce. Měl potíže se spaním po několik následujících nocí, ale jinak se cítil být v pořádku; přinejmenším si to myslel a to do doby, kdy zhruba po týdnu navštívili se svou ženou plavecký bazén, ve kterém měla jeho dcera plavecké závody. *„Možná to byla jedna ze startovních pistolí, která mne aktivovala“*. *Moje reakce byla natolik silná, že si žena myslela, že jsem právě prodělal infarkt myokardu. Mé srdce začalo prudce bušit, zrychleně jsem dýchal a po celém těle mne polil pot“* (Finley, 2011). Toto byl klasický případ silné postbojové reakce, běžně nazývané panická ataka. Ve svém výzkumu Dr. Klinger udává, že *„ze 113 příslušníků SWAT teamů, kteří střídali na protivníka a zasáhli jej ve skutečném boji, přibližně 40% znovu prožilo tuto událost“*. Znovuprožití události může být normální reakcí na abnormální prožitek. Pokud bychom se podívali na písmeno C DSM klasifikace, zjistíme, že zde nastává zajímavý jev, kdy je snaha při návratu samotné události, která nás extrémně děsí, nemyslet na ni a to za každou cenu. Je zde vnitřní potřeba vyhnout se všem stimulům spojeným s traumatickou událostí, stejně tak, jako jakýmkoli myšlenkám, pocitům nebo konverzacím, spojeným s traumatem. Otázkou zůstává, zdali je vůbec možné vybrat si téma a snažit se na něj znovu nemyslet po zbytek vašeho života. Pravděpodobně je však nemožné vyhnout se aktivitám, místům nebo lidem, kteří by mohli vzbudit vzpomínky na trauma. Bod C je důležitou částí, neboť se nemůžeme vyhnout poškození a je zde vždy šance, že budeme nadměrně rozrušení, když lidé bojují a umírají. Toto může být obzvláště pravdivé, když jde o zranění jednotlivce.

*„Časně ráno jsem já a dva další policejní důstojníci hovořili na parkovišti, když jeden z důstojníků Howard řekl, že se chystá provést kontrolu vozidla v nedaleké ulici. Byl starší důstojník po 13 let, který byl nedávno převelen z oddělení narkotik do hlídky. Moc jsem o jeho plánu zkontrolovat vozidlo nepřemýšlel, neboť jsem shledal situaci za bezpečnou a tudíž jsem s ním nešel. Přibližně o 10 minut později jsem obdržel radiovou zprávu o střelbě v oblasti ve vzdálenosti 1 míle od mojí pozice. Zpočátku jsem o tom nepřemýšlel, dokud frekvence volání nezačala vzrůstat. Howard byl radiem odeslán na místo incidentu, ale nereagoval na výzvy. Několik sekund poté jsem byl dispečinkem kontaktován, že nějaký občan telefonoval a sdělil, že před jeho domem slyšel střelbu a že zde byla v ten samý moment policejní jednotka. Když jsem odjížděl z parkoviště, přišla ke mne z rádia jedna z nejchladnějších věcí, kterou jsem kdy slyšel. Občanův hlas nám sdělil, že byl střelen policejní důstojník, a nyní leží na ulici. Když jsem přijel na ulici, kde došlo ke střelbě, zhlédl jsem Howarda ležícího na zemi a kolem něj několik dalších občanů. Snažil jsem se mu zajistit potřebný komfort, ale nevěděl jsem přesně, jak to udělat. Měl poranění na obličeji a pod vestou na jeho zádech. Dal mi popis střelce, když přijeli záchranáři. Pomohl jsem ho naložit do sanitního vozu, jel jsem s ním do nemocnice a byl jsem s ním i na chirurgickém sálu“ (Finley, 2011).*

### **1.9.2 Koncepční modely**

#### **Vietnam Era Stress Inventory (VESI)**

V roce 1981, Wilson a Krauss vyvinuli Vietnam Era Stress Inventory, které bylo jedním z prvních rozsáhlých vyšetřovacích nástrojů pro PTSD, založeno z velké části na DSM III. Tento dotazník používal sebehodnotící formát, k pokrytí životopisných údajů a posouzení fungování z pohledu účasti na bojových akcích, PTSD symptomatologii a aktuální přízpusobenění se. „Jednou z aplikací, podporující užitečnost VESI byla studie PTSD u ženských veteránů z Vietnamské války“ (Schnaier, 1986).



## **Deskriptivní studie**

Ranné postupy zhodnocování s bojem spojenou PTSD byly cíleně zaměřeny na potvrzení této poruchy. Většina tohoto úsilí byla proto zaměřena tak, aby poskytovala přesné fenomenologické popisy od komбатantů, zasažených PTSD v porovnání s bojovníky, kteří zůstali nepostiženi a vyvinula platné a spolehlivé nástroje pro zjišťování přesných zákonitostí symptomatologie. Před aplikací nástrojů specifických pro PTSD, byly zhodnocovací procedury zaměřeny výhradně na sebehodnocení, ve kterých subjekty informovaly vyšetřujícího o rozsahu symptomů. S využitím tohoto přístupu autoři jako Figley (1978), Wilson (1978a, b; 1980) a Silver a Iacono (1984) úspěšně poukázali na fakt, že „*podskupiny bojovníků z Vietnamu v podstatě upřesnili obrázek PTSD symptomů, popsany 40 let před tím v práci Gringera a Spiegela*“ (1945). V jedné z prvních epidemiologických průzkumů psychologických následků Vietnamské války, Egendorf, Kadushin, Laufer Rothbart a Sloan (1981) potvrdili obraz symptomů za využití mnohem širšího vzorku a proto včasná snaha o zhodnocení, která se spoléhala především na opatření s vlastními formáty rozhovorů, schopných diferencovat odlišné a výrazné příznaky znovuprožití události, mezilidských obtíží, emočního znečitlivění, pocitů viny, nočních můr, depresí a úzkosti v celé řadě boji vystavených veteránů (Wilson, Raphael, 1993).

## **Multidimensionální přístup**

„*Celkově nejnovější přístupy k posouzení s bojem související PTSD obhajovaly směr, který je co do rozsahu multidimensionální a multimodální v aplikaci*“ (Keane, Wolfe a Taylor, 1987; Wolfe, Keane, Lyons a Gerardi, 1987). Multidimensionální znamená, že je třeba posoudit pacienty v širokém a kritickém rozsahu psychologických funkcí, včetně vývojové, sociální, rodinné, vzdělávací, odborné, kognitivní, lékařské, mezilidské, behaviorální a emocionální sféře. Vzhledem k tomu, že se u PTSD uvažuje o dlouhodobém přetrvávajícím účinku, zvláště není-li odhalen v průběhu určitého období, informací ze všech předchozích oblastí je dosaženo podrobně z pre - , para – a post vojenského období. Kromě diagnostiky, tyto údaje mají stejně tak zřejmý vliv pro

plánování následné léčby. Multimodální hodnocení se týká přístupu hodnocení, které zahrnuje strukturované klinické rozhovory, psychometrická opatření, pozorování chování a psychofyziologická hodnocení (Wilson, Raphael, 1993).

### **Strukturovaný PTSD rozhovor**

Existovalo velké množství strukturovaných rozhovorů, využívaných k diagnostice posttraumatické stresové poruchy spojené s bojem, která zahrnovala například Jacksonův strukturovaný rozhovor pro s bojem spojenou PTSD (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, Bender, 1985) a Brecksvillův rozhovor pro PTSD (Smith, 1985). „*Oba z těchto rozhovorů zdůrazňovaly potřebu pro strukturované dotazování bojovníkových životních zkušeností v systematickém pořadí, zahrnující zaznamenané periody bojové traumatizace*“ (cf. Scurfield, Corker, Gongla and Hough, 1984).

### **PDHA (Post Deployment Health Assessment) a PDHRA (Postdeployment Health Reassessment)**

Pilotní verze průvodce rozhovorem (Interview Guide), byla jakožto validační výzkum, testována u jednoho z bojových pluků armády spojených států amerických, v rámci psychologického screeningu po návratu vojáků ze zahraniční mise a zahrnovala Postdeployment Health Assessment (PDHA) na reintegraci a Postdeployment Health Reassessment (PDHRA) aplikovaný tři až šest měsíců po zahraniční operaci. „*Vývoj programu PDHRA byl podložen výsledky, kdy údaje o problémech s duševním zdravím byly zvýšené z období reintegrace do období čtyř měsíců po samotné zahraniční misi* (Pietrzak, Douglas, Johnson, Goldstein, 2009).“ Jak PDHA, tak i PDHRA obsahují ještě navíc k psychologickým symptomům i body fyzikálních symptomů. Mnohé z obsahu psychologických symptomů v PDHRA je založeno částečně na výzkumech Unit-Europe, Walter Reed Army Institute of Research - Heidelberg, Germany. Pro začlenění do strukturovaného průvodce rozhovorem byly vybrány cílové počty klinických oblastí. Byly taktéž zahrnuty oblasti, které nemusí mít přímé protějšky

v pojmech diagnostických kritérií DSM-IV, avšak jsou relevantní pro vojenskou populaci. Tyto oblasti zahrnují hněv, problémy se spánkem a problémy ve vztazích a jsou zvažovány jako oblasti globálních symptomů, které by měly být zhodnoceny v určitém rozsahu zdravotnickým pracovníkem, provádějícím rozhovor s osobami, navrátilivšími se ze zahraničních operací. Rozhovor je pravděpodobně nejlépe posuzován, jako polostrukturovaný formát. Personál vedoucí rozhovor by měl pokládat doplňující otázky nebo si nechávat konkrétní odpovědi vysvětlovat. Tyto doplňující dotazy by měly být adresovány na zdroje, sociální oporu a intenzitu symptomů tak, aby dotazující mohl získat lepší pochopení závažnosti problémů, které byly popsány. Jak v klinickém, tak i výzkumném prostředí, vyžaduje vedení pohovoru potřebný vývoj. To může být problémem, pokud jsou zde stovky profesionálních vojáků, čekajících na provedení rozhovoru a tudíž je zde značný tlak na to, aby byl rozhovor proveden co nejrychleji. Průvodce rozhovorem zabere jedinci, který nemá žádné problémy přibližně 10 minut a 15-20 minut jedinci s psychologickými potížemi. Každý z jednotlivých modulů rozhovoru je níže přezkoumán, ve shodě s DD Form 2900 (Wright, Adler, Bliese, Eckford, 2008).

## 2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA A METODIKA PRÁCE

### 2.1 Výzkumná otázka:

Členové složek IZS jsou zasaženi PTSD stejnou měrou jako profesionální vojáci, plnící úkoly v rámci zahraničních operací?

### 2.2 Metodika práce:

Teoretická část se bude opírat zejména o cizojazyčnou odbornou literaturu a články publikované v odborných periodících nebo sbornících a to z důvodu absence adekvátních pramenů o problematice PTSD, psaných v českém jazyce. Kromě základního definování pojmu posttraumatické stresové poruchy popíší i její patofyziologii, která vědci není doposud zcela objasněna. Dále budou popsány jednotlivé faktory, které mohou ovlivnit rozvoj samotné PTSD, popřípadě i pohlavní a rasové odlišnosti v incidenci této psychické poruchy. Symptomatologie a vývoj diagnostiky jsou nosnými pilíři teoretické části a opírá se o ně částečně i část praktická. Pro potvrzení výzkumné otázky použiji strukturovaný rozhovor vedený s členy IZS, u nichž je předpoklad zvýšené pravděpodobnosti expozice traumatizujícím záležitostem a vojáky z povolání, kteří se v posledních 12 měsících zúčastnili zahraničních operací.

Pro můj výzkum použiji metodu strukturovaného rozhovoru dle upraveného vojenského formuláře DD Form 2900, nazývaného také Interview guide (průvodce rozhovorem), který byl po odborné konzultaci s klinickými psychology AČR upraven i pro civilní podmínky, ve kterých se pohybují složky IZS. Všichni respondenti, z celkového počtu 140 osob, odpoví na otázky položené vedoucím rozhovoru formou předem nadefinovaného dotazníku v osmi různých modulech a to během 10 – 20 minutového rozhovoru. Otázky budou zacíleny na konkrétní symptomy PTSD,

vyskytující se dle statistik ze zahraničních zdrojů nejčastěji u vojenského personálu a členů složek IZS. V jednotlivých modulech, tvořících kostru samotného strukturovaného rozhovoru, se v první řadě zaměřím na PTSD v obecné rovině a poté zejména na symptomy, které byly zahraničními autory udávány jako nejvíce rizikové pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy a mezi které patří zejména deprese, riziko sebevraždy, výbuchy hněvu, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem, problémy se spánkem a jiné emoční problémy, kterým nebyl dán v předešlých sedmi modulech prostor. Strukturovaný rozhovor bude veden vždy pouze za přítomnosti dotazované osoby a vedoucího rozhovoru, aby nedošlo k nežádoucímu zkreslení podávaných informací. V případě potřeby doplnění dalších údajů ze strany respondenta bude rozhovor pokračovat formou volného rozhovoru a tyto doplňující údaje budou zaznamenány do samotného formuláře k dokreslení obrazu samotné symptomatologie. Konzultace budou vedeny s odborníky v oboru klinické psychologie, kde hlavní důraz bude kladen na správnost vyhotovení dotazníku, určeného složkám IZS a profesionálním vojákům a systém vedení samotných rozhovorů.

Ve čtyřicetičlenné skupině profesionálních vojáků vyselektuji jedince, navrátilivší se ze zahraničních operací v Afghánistánu, ve kterých byli přímo vystaveni nepřátelským aktivitám z řad hnutí Taliban a to ať již v podobě přímé střelby nebo IED útoků, při kterých byla napadána jejich vozidla. Bude se jednat zejména o příslušníky strážní roty, která působila na základně Baghram v provincii Pawrak a příslušníky provinčního rekonstrukčního týmu, působícího v Afghánské provincii Logar. Respondenti výhradně mužského pohlaví budou odpovídat do dotazníku v období kratším, nežli 30 dní od ukončení své šestiměsíční zahraniční mise, čímž se přiblížím kritériím, která jsou kladena na původní verzi vojenského strukturovaného rozhovoru DD Form 2900, jakožto součást Postdeployment Health Assessment.

Další dotazovanou skupinou, která při své službě jakožto ozbrojená složka používá zbraně nejen pro svou obranu, ale i k útoku, je policie ČR. Opět bude vybráno z řad stresu nejvíce exponovaných složek, mezi které se řadí zásahové jednotky jihočeského a středočeského kraje, PMJ Praha a SPJ Praha, z nichž pro účely sběru dat vyberu

40 osob. Tyto se podílejí nejen na potírání kriminality a organizovaného zločinu, ale při své činnosti jsou mnohdy vystaveni scénářům, kde je přítomna zvýšená míra mezilidského násilí, závažného ohrožení zdraví a smrti. Stejně jako u předchozí skupiny, i zde budou všichni dotazovaní mužského pohlaví.

U čtyřicetičlenné skupiny profesionálních hasičů budou všichni dotazovaní z řad jednotek HZS jihočeského kraje mužského pohlaví. Při selekci nebude muset být kladen důraz na funkční zařazení, neboť k dopravním nehodám, u kterých je potřeba vyprostit zraněné ještě před samotným příjezdem vozidel zdravotnické záchranné služby, popřípadě zajišťovat jejich vitální funkce, jsou povoláváni všichni příslušníci výjezdových skupin bez rozdílu. Odpadá zde tudíž zkreslení, které by mohlo nastat v situaci, ve které by se v dotazované skupině vyskytli specialisté, kteří jsou pro tuto činnost nasazováni přednostně a mají tím vyšší pravděpodobnost kontaktu se stresory, přispívajícími k rozvoji PTSD.

Poslední dotazovanou kategorií budou zdravotničtí záchranáři Plzeňského a Jihočeského kraje ve shodném počtu jako předchozí skupiny. I zde budou dotazováni záchranáři z řad mužského pohlaví. Striktní výběr mužské populace vyplývá z výsledků zahraničních studií z vojenského prostředí, které prokázaly odlišnou míru vnímání a zvládání stresu u mužského a ženského pohlaví. Tímto jsem se opět snažil vyhnout pravděpodobnosti vyššího zkreslení sesbíraných dat. Výběr je zde zcela nahodilý a spíše nežli míru pravděpodobného vystavení se stresovým událostem odráží míru ochoty zdravotnických záchranářů podstoupit strukturovaný rozhovor a to z důvodu častého vyplňování různých typů dotazníků a formulářů.

### **2.2.1 *Moduly rozhovorů***

Sedm z osmi vytvořených modulů strukturovaného rozhovoru je vytvořeno tak, aby poskytovalo vedoucímu rozhovoru jasné vodítko pro získání potřebných klinických údajů. Vylučuje tak nutnost potřebných klinických zkušeností v oboru a možnost vedení rozhovoru je tudíž proveditelná i cestou zdravotnického personálu v poměrně krátkém časovém úseku, pohybujícím se v rozmezí 10 - 20 minut. Pro vytěžení co největšího

množství údajů je nezbytné, aby každá z cílových skupin odpověděla na všech osm dotazníkových modulů, jejichž struktura je popsána níže. Téměř každý jednotlivý modul obsahuje úvodní otázku, na kterou respondent odpovídá formou odpovědi ANO nebo NE. V případě kladné odpovědi je rozhovorem pokračováno. Pokud však dotazovaná osoba odpoví na úvodní otázku modulu záporně, je přesměrována do dalšího z následujících modulů Průvodce rozhovorem. Stěžejním, pro získání odpovědi na výzkumnou otázku je Modul PTSD, který při pozitivní odpovědi ANO na více než šest ze sedmnácti položených otázek, řadí dotazovaného do rizikové skupiny posttraumatické stresové poruchy. Zbývající moduly poslouží k dokreslení konečného klinického obrazu. Samotné vyhodnocení je prováděno vždy v daném konkrétním modulu a to v jeho závěrečném bodě, kdy se buď součtem jednotlivých kladných odpovědí určí závažnost problému nebo se pro stanovení míry závažnosti provede součet získaných bodů, jako je tomu v modulu Problémů spojených s konzumací alkoholu.

### *Posttraumatická stresová porucha*

DD Form 2900 obsahuje čtyři otázky zaměřující se na PTSD, které vyvinul Prins a kol., a které jsou v literatuře popsány jako screening primární péče PTSD. Nejlepší balance citlivosti a specifčnosti je spojena s mezními hodnotami dvou nebo více pozitivních odpovědí. V průvodci rozhovorem byly otázky, týkající se symptomů PTSD upraveny podle MINI modulu. Rozdíly mezi verzí MINI modulu a verzí, používanou v průvodci rozhovorem jsou v tom, jak symptomy počítáme, spíše než to, jaké otázky pokládáme. V původním MINI modulu jsou dvě úvodní otázky odrážející kritérium A z klasifikace DSM-IV (vystavení se traumatické události a emoční reakci strachu, bezmoci a hrůzy). V klinickém průvodci rozhovorem, je požadováno pouze vystavení se traumatické události. Rozhodnutí omezit úvodní kritéria na vystavení se traumatické události, bylo založeno na výsledcích výzkumu, které poukázovaly na to, že mnoho vojáků se neztotožňovalo s pocitem bezmoci, zděšení nebo strachu u událostí spojených s bojem, ale splňovali PTSD symptomy. Kromě požadavků kritéria A, byly taktéž

rozdíly v tom, jak byly kritéria B, C a D řešeny v klinických rozhovorech. V originále MINI dotazníku jsou body týkající se kritéria B (znovuprožití symptomů) sloučeny do jedné otázky. V průvodci rozhovorem byly vytvořeny jednotlivé otázky pro každý z těchto bodů, aby přesněji reflektovaly na klasifikaci DSM-IV. Nicméně je zde celkem 17 otázek s možností odpovědi ANO/ NE, které odrážejí každý ze 17 symptomů, uvedených v klasifikaci DSM-IV tak, jak je popisuje příloha A.

### *Deprese*

Jak Hoge a kol. zjistili, „*deprese je jedna z obav, nejčastěji udávaných vojáky, navrátilých se z boje*“. DD Form 2900 využívá dva body pro zhodnocení deprese. Těmito body jsou první dvě stěžejní otázky z Patient Health Questionnaire for Depression, které jsou považovány za vyšší mezní hodnoty v případě, že je jeden z těchto bodů potvrzen odpovědí: „více než polovina dnů“ nebo „téměř každý den“. V tomto modulu viz. příloha A je celkem devět otázek na symptomy a dvě další doplňující otázky, dotazující se na funkční poruchy v průběhu života jedince. Pro adaptaci tohoto modulu do klinických podmínek byly rozšířeny možnosti odpovědí na otázky týkající se symptomů, nezahrnující pouze „téměř každý den za poslední dva týdny“ ale také „více než půl dne za poslední dva týdny“. Tato úprava je souhlasná s nastavením používaným Spitzer a kol. v jejich validaci z Patient Health Questionnaire for Depression. Snížením prahových hodnot je poté možné docílit rozpoznání jedinců, vyhovujícím kritériím pro jiné diagnózy deprese, jakými je např. depresivní porucha, která není jinak specifikovaná nebo porucha přizpůsobení s depresivní náladou. Jedná se o to, že pokud jedinec potvrdí nejméně pět z devíti symptomů, bude potřebovat následné rozšířené vyšetření. Nicméně pokud jedinec tato kritéria nesplňuje, může se vyšetřující dotázat doplňujícími otázkami a vzít v úvahu celkový obraz symptomů a jedincovy zdroje před posuzování potřeby následného vyhodnocení.



### *Riziko sebevraždy*

Ačkoli se nejedná o obavu udávanou běžně vojenským personálem po návratu ze zahraniční mise, má riziko sebevraždy nemalou důležitost a to zejména u policejního personálu, dle statistik, uvedených v teoretické části. DD Form 2900 obsahuje dva body, zhodnocující sebepoškození, na které se dotazuje přímo vyšetřující osoba a které nejsou začleněny jako součást samotného dotazníku. Modul přílohy A se skládá ze šesti otázek, týkajících se sebevražedných myšlenek, plánů a pokusů s přiřazeným bodovým hodnocením pro každou z otázek.

### *Problémy s hněvem*

Ačkoli problémy s hněvem nejsou přímo spojeny s konkrétní diagnostickou kategorií, mají potenciál postihovat výkon v povolání, soudržnost jednotky, bezpečnost ostatních a přidružené symptomy. Předchozí výzkumy s vojenským personálem, navrátilivším se ze zahraničních operací, prokázaly spojitost s událostmi, které zvyšovaly agresivitu a závažné rodinné potíže. V DD Form 2900 hodnotí problémy spojené s hněvem tři body. Tyto body se dotazují na zvýšenou podrážděnost, závažné konflikty s ostatními, které způsobily strach nebo obavy a myšlenky nebo obavy z ublížení nebo ztráty kontroly. Odpovídajícím způsobem se modul hněvu v průvodci rozhovorem skládá z pěti otázek viz. příloha A, hodnotící významné problémy spojené se zlostí. První dvě otázky jsou kmenovými body a reflektují, zdali je zde riziko ztráty kontroly a možnosti ublížení jiným. Pokud je nejméně jeden z těchto bodů potvrzen, pak je třemi doplňujícími otázkami dotazováno na plány, jak chtěl dotyčný ostatním ublížit a minulost, ve které někomu ublížil. Pokud je alespoň jedno z těchto posledních tří bodů potvrzen, pak je jedinec doporučen na další následné vyšetření, kde se získají dodatečné potřebné informace.

### *Problémy ve vztazích*

Otázky, týkající se vztahů, jsou také zahrnuty jako samostatný modul přílohy A z důvodu výsledků výzkumu, týkajícího se rizika závažného zneužívání jednoho z manželů ze stran navrátilšího se vojenského personálu. V DD Form 2900 jsou dvě otázky směřovány na obavy ve vztazích. Jeden z bodů se vojáků dotazuje, zdali se obávají závažných konfliktů s jejich manželem/ manželkou (jako část otázky na hněv zmíněné výše) a jeden bod se dotazuje, zdali má jedinec zájem obdržet pomoc z důvodu rodinných nebo partnerských neshod. V průvodci rozhovorem zhodnocují čtyři otázky závažnost problémů. První dvě otázky vyhodnocují, zdali je dotazovaná osoba v nějakém významném vztahu. Zbývající dvě otázky stanovují, jestli je zde významný konflikt nebo hrozící konflikt ve vztahu. Tato kritéria široce souvisejí s V-kódy pro problémy ve vztazích, naleznutelnými v DSM-IV.

### *Problémy s alkoholem*

V DD Form 2900, jsou problémy s alkoholem zhodnocovány za použití dvoubodového společného screeningu, určeného problémům s alkoholem. Tyto dva body přílohy A jsou následující., *‘konzumoval jste v minulém měsíci alkohol více, než jste zamýšlel?’* „*Pocítoval jste v minulém měsíci, že byste chtěl nebo potřeboval skončit se svým pitím alkoholu?’* Každý z bodů je zodpovězen buďto ANO nebo NE a dvě odpovědi ANO indikují potřebu následného zhodnocení.

### *Problémy se spánkem*

Problémy se spánkem byly cíleně přidány jako modul rozhovoru, kvůli výsledkům validačních analýz screeningu dat, nashromážděných od vojenského personálu při návratu ze zahraniční mise. V této studii byly problémy se spánkem druhou nejčastější udávanou kategorií po traumatickém stresu, ale mnohdy se z jiných důvodů překrývaly. Navíc, problémy se spánkem byly běžně spojovány ať již

s traumatickým stresem, tak i depresemi a mohou postihnout funkčnost a úroveň distresu a stát se tak časnou indikací nějakého jiného klinického rozměru. Není známo, zdali nejsou problémy se spánkem nějakou zvláštní reakcí na bojový stres; nicméně navazující analýzy dat z průzkumu spánku u vojenského personálu tři až čtyři měsíce po zahraniční operaci demonstrovaly souvislost mezi potížemi se spaním a vystavení se bojovému stresu. Problémy se spánkem mohou být méně stigmatizující než ostatní problémy s duševním zdravím a mohou sloužit jako společensky přijatelné. DD Form 2900 vyhodnocuje poruchy spánku v příloze A skrze jeden bod, kterým je problém se spánkem nebo neustálý pocit únavy po spánku. Modul spánkových problémů byl specificky vyvinut pro klinický rozhovor a je založen na kritériích DSM-IV pro primární insomni. Zahrnuje dva body zhodnocení spánkových potíží (například obtížné usínání nebo neklidu, popřípadě roztržitý spánek. Pro ty, kteří udávají nějaký ze symptomů, je připraveno dalších šest doplňujících otázek k osvětlení těchto příznaků. Dvě závěrečné otázky se dotazují na to, zdali jsou problémy se spaním spojeny s pocitem stresu a zdali chce jedinec doporučení k vyšetření z důvodu problémů se spánkem.

### *Jiné problémy*

V interview guide přílohy A zhodnocují zájem o klinické služby čtyři další body, včetně toho, zdali zde jsou nějaké další problémy, které mohou být znepokojující, zdali je voják v současnosti v ústavní léčbě nebo byl v léčení v rámci zahraniční operace a zdali by jedinec rád obdržel poradenství.

### 3 VÝSLEDKY

U dotazované skupiny profesionálních vojáků AČR z řad příslušníků 601. Skupiny Speciálních Sil Generála Moravce, 102. Průzkumného praporu a 4. Brigády rychlého nasazení, splňovalo kritéria PTSD modulu viz. tabulka 1 a příloha B sedm osob, tedy 17,5 %, když na otázky 1 – 17 odpověděli kladnou odpovědí ANO a to vždy minimálně v šesti případech.

Tabulka 1: Výsledky modulu PTSD

Modul PTSD	AČR	Policie ČR	HZS ČR	ZZS
Intenzivní vzpomínky	4	1	1	2
Sny	8	6	4	3
Flashbacky	2	1	0	0
Intenzivní distres	9	2	3	0
Fyziologické reakce	3	1	0	0
Snaha vyhnout se myšlenkám na událost	9	4	2	6
Vyhýbání se věcem, které připomínaly událost	4	2	0	0
Potíže vzpomenout si na důležitou událost toho, co se stalo	1	0	0	0
Menší zájem být se svými přáteli	9	3	0	0
Pocit odloučení a odcizení od ostatních	9	3	0	0
Otupělé pocity	13	3	2	0
Snadnější vylekání	7	2	1	0
Pocit, že život bude kratší nebo že osoba zemře dříve, nežli ostatní	3	1	0	0
Potíže se spaním	8	6	4	3
Neobvyklá podrážděnost a výbuchy zlosti	5	3	0	0
Potíže s koncentrací	8	4	3	8
Nervozita a soustavná pohotovost	5	0	0	0

Období od návratu po vyplnění strukturovaného dotazníku nepřesáhlo u této dotazované skupiny jeden měsíc. Nejčastějšími symptomy zde byly v 17 případech (42,5 %) problémy ve vztazích viz. tabulka 2 a příloha B, potíže se spánkem u 12 osob (30 %), zvýšené sklony k výbuchům agrese u 5 osob (12,5 %) a problémy s alkoholem

u 4 dotazovaných (10 %). U problémů ve vztazích zde byla nejčastější odpovědí nevěra (7 osob) a závažné konflikty (4 osoby).

Sedm osob uvádělo, že očekává nějaký závažný konflikt se svoji manželkou během několika následujících měsíců. Osm z těchto dotazovaných mělo neklidný a roztržitý spánek, který u 7 respondentů vyústil ve významný distres a nebo zhoršení ve společenském a pracovním prostředí. Čtyři z dotazovaných uváděli, že problémy se spánkem jsou spojeny s rozrušením nebo smutkem.

Tabulka 2: Výsledky modulu Problémy ve vztazích

<b>Modul: problémy ve vztazích</b>	<b>AČR</b>	<b>Policie ČR</b>	<b>HZS ČR</b>	<b>ZZS</b>
Ženatý nebo ve vážném vztahu	31	28	24	35
Procházení období odloučení nebo rozvodu	2	3	1	0
Závažné problémy v manželství nebo vážném vztahu (závažné konflikty, zneužívání, nevěra, užívání návykových látek, závažné finanční potíže)	11	5	4	2
Očekávání závažného konfliktu se svou manželkou/ družkou během následujících měsíců	7	3	2	2

U modulu problémů s hněvem uváděli 4 příslušníci AČR fakt, že byli na pokraji ztráty nad svým hněvem a 3 z nich plánovali v posledním měsíci fyzicky ublížit jiným lidem. To bylo realizováno jedním profesionálním vojákem v rámci zahraniční mise a jedním vojákem po zahraniční misi. Problémy s alkoholem, kdy ve stejnojmenném modulu bylo zapotřebí, aby součet bodů v první části byl jedna a více a v části druhé více než 16, splňovali 4 profesionální vojáci (10%).

Příslušníci z řad speciálních složek Policie ČR a to zásahové jednotky jihočeského a středočeského kraje, PMJ Praha a SPJ Praha, v rámci PTSD modulu odpověděli kladnou odpovědí ANO na 6 ze 17 otázek 2 policisté (5%) viz. tabulka 1. Dotazovaní uvádějí jako třetí, 6 % nejčastěji zastoupený symptom, problémy s alkoholem.

Na druhém místě, 25 % zastoupené kategorie, jsou zde problémy ve vztazích, když 3 policisté z dotazované skupiny speciálních jednotek uvedli rozvod, jako vyústění problémů. Tři policisté právě procházeli odloučením nebo rozvodu, 5 policistů mělo závažné problémy v manželství nebo vážném vztahu, mezi které patřily nevěra a závažné finanční potíže. Tři policisté očekávali, že během následujících měsíců budou mít nějaký závažný konflikt se svou manželkou nebo družkou.

Vedoucí místo, zastoupené 13 %, zaujímaly problémy se spánkem viz. tabulka 3, doprovázené opakujícími se sny. Potíže usnout zde mělo 9 dotazovaných. Šest policistů si stěžovalo na neklidný nebo roztříštěný spánek. Problémy se spánkem by se u této kategorie mohly přisuzovat mimo jiné i nadměrnému užívání léků nebo užívání kofeinu a to u 6 osob. U čtyř dotazovaných policistů vedly problémy se spánkem k výraznému distresu a zhoršení ve společenském a pracovním prostředí. Dva policisté uváděli, že jsou problémy se spánkem spojeny s rozrušením a smutkem.

Tabulka 3: Výsledky modulu Problémy se spánkem

<b>Modul: problémy se spánkem</b>	<b>AČR</b>	<b>Policie ČR</b>	<b>HZS ČR</b>	<b>ZZS</b>
Potíže usnout nebo nepřerušovaně spát	10	9	3	1
Neklidný nebo roztříštěný spánek	8	6	4	3
Problémy se spánkem vedoucí k výraznému distresu nebo zhoršení ve společenském, pracovním nebo jiném důležitém prostředí	7	4	4	3
Problémy se spánkem spojené s užíváním léků nebo nadměrným užíváním kofeinu	1	6	1	2
Problémy se spánkem spojené se zdravotním stavem (bolesti zad)	3	2	4	1
Problémy se spánkem spojené s vnějším faktorem (malé děti v domácnosti, hluční sousedé nebo telefonní hovory)	0	2	1	0
Problémy se spánkem spojené s rozrušením nebo smutkem	4	2	2	2
Vyžádání pomoci s problémy se spánkem	12	5	4	0

Posttraumatickou stresovou poruchou dle vedoucí tabulky modul PTSD byla u čtyřicetičlenné skupiny profesionálních hasičů jihočeského kraje postížena jedna osoba (2,5%) viz. tabulka 1. Na našem území jsou u členů jednotek HZS nejčastějším projevem naakumulovaného stresu děsivé noční můry a to v 15 % odpovědí, kde se mísí výjevy z dopravních nehod, při kterých současně umírají lidé, s nejsilnějším efektem stran těžce raněných nebo umírajících dětí. Čtyři hasiči měli neklidný nebo roztržitý spánek viz. tabulka 3 a příloha B a u těch samých osob vedly tyto problémy k významnému distresu nebo zhoršení ve společenském nebo pracovním prostředí.

U jedné osoby byly potíže se spánkem spojeny s nadměrným užíváním kofeinu a u čtyř osob byly tyto potíže spojeny se zdravotním stavem, konkrétně s bolestmi zad. Dva hasiči uváděli, že jsou problémy se spánkem spojeny s rozrušením a smutkem. Procentuálně druhým nejčastěji zastoupeným příznakem je zvýšená podrážděnost viz. tabulka 4 a příloha B a to v 7,5 %. Modulu problémů s alkoholem vyhovovaly v kategorii profesionálních hasičů 2 osoby (5 %).

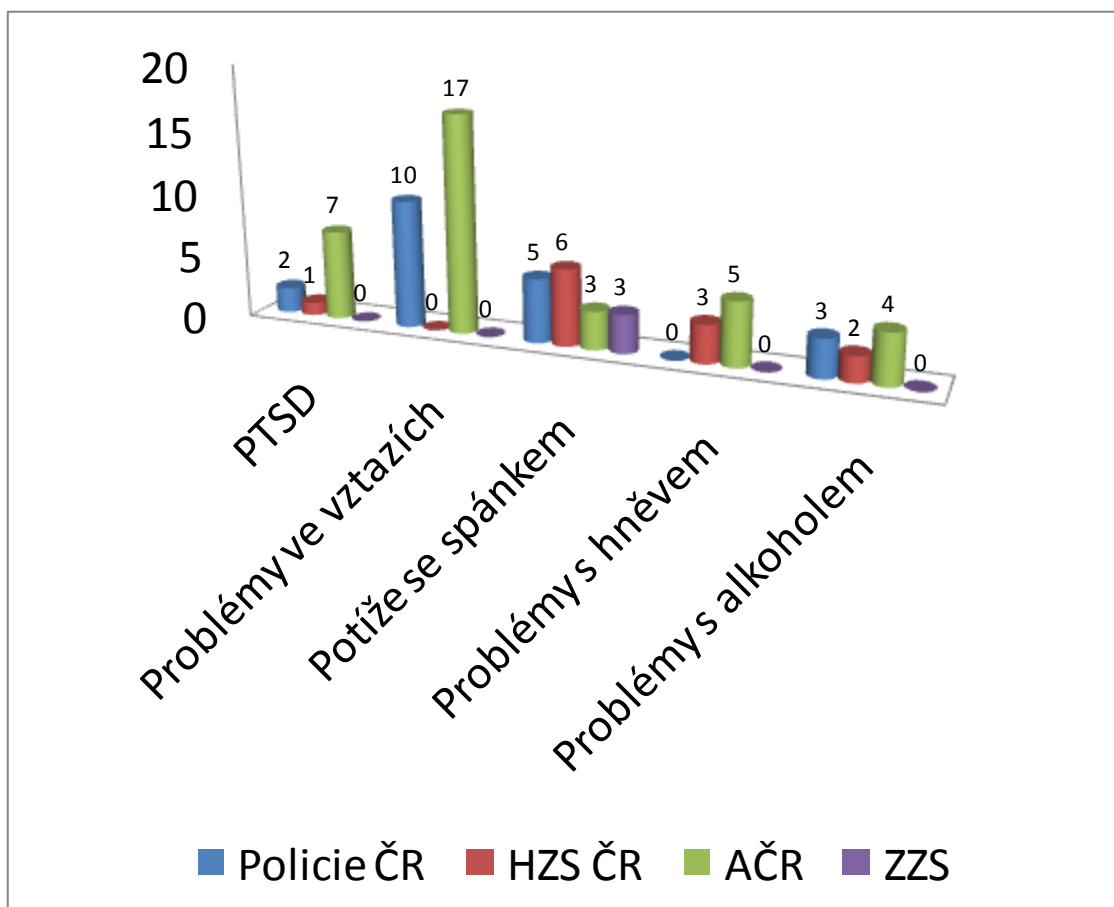
Tabulka 4: Výsledky modulu Problémy s hněvem

<b>Modul: problémy s hněvem</b>	<b>AČR</b>	<b>Policie ČR</b>	<b>HZS ČR</b>	<b>ZZS</b>
Neschopnost kontrolovat touhu ublížovat jiným osobám	2	1	0	0
Ztráta kontroly nad svým hněvem	4	3	3	0
Plán fyzicky ublížit jiným lidem v posledním měsíci	3	0	1	0
Ublížení jiným lidem za poslední měsíc	1	3	0	0
Ublížení jiným lidem v minulosti (vyjma např. zahraniční mise)	1	1	2	0

První místo v modulu PTSD, ve kterém žádný z dotazovaných zdravotnických záchranářů neodpověděl kladně více než šesti ze sedmnácti odpovědí ANO, zaujímaly u 8 záchranářů (20 %) potíže s koncentrací. Vyhýbání se myšlenkám na událost, spadající taktéž do modulu PTSD, bylo zastoupeno u 6 osob 15 %. Problémy se

spánkem byly zastoupeny 7,5 %. U skupiny zdravotnických záchranářů, kteří měli největší predispozice vystavení se vyšší míře stresorů v rámci jednotek IZS, se u tří dotazovaných osob (7,5 %) objevily opakující se děsivé sny. U stejného počtu pak vedly problémy se spánkem k významnému distresu nebo zhoršení ve společenském a pracovním prostředí. V 5 % byly problémy se spánkem spojené s užíváním léků nebo nadměrným užíváním kofeinu. Jedna osoba (2,5 %) spojovala tyto potíže s bolestmi zad a 2 zdravotničtí záchranáři s rozrušením nebo smutkem.

Graf 1: Komparace symptomů PTSD





## 4 DISKUZE

### 4.1 PTSD v boji

U dotazované skupiny profesionálních vojáků AČR, kde období od návratu po vyplnění strukturovaného dotazníku nepřesáhlo jeden měsíc, odpovídalo 17,5% symptomatologii posttraumatické stresové poruchy, když nejčastějšími symptomy dle jednotlivých modulů byly problémy ve vztazích a to ve 42,5 %, potíže se spánkem 30 %, zvýšené sklony k výbuchům agrese 12,5 % a problémy s alkoholem 10 %, které se mi zdají být všeobecně u profesionálních vojáků velkou bolestí. Jedná se zřejmě o určitý přežitek z dob minulých a zároveň jistý kulturní fenomén našeho národa, řešit problémy skrz alkohol, namísto farmakologické léčby nebo konzultace osobních problémů s psychologem. Pro většinu dotazovaných je odborná konzultace zcela tabuizovaná a přednost je dáována „probráním problému u piva s kamarády“. Ventilace jakýchkoli osobních problémů je všeobecně v komunitě profesionálních vojáků, sloužících v zahraničních operacích, považována za odraz slabosti a zbabělosti, když jedinec projevující ve svém okolí známky zvýšeného emočního napětí, je okamžitě separován z kolektivu jako pro tým ohrožující prvek. Paradoxně prvek agrese je zde poměrně dobře tolerován a v jisté míře i vítán a tudíž je naprosto běžné, že voják, který svou agresi během zahraniční bojové operace neměl naprosto žádnou potřebu potírat, je po návratu domů ke svým blízkým konfrontován se situacemi, které mohou být pro rodinu a blízké nadměrně frustrující. Snad kvůli tomu, že v zahraničních operacích panuje oficiálně tzv. suchý zákon“, znamenající, že vojáci mají přísný zákaz konzumace alkoholu pod trestem repatriace, nejsou tito schopni okamžitě „vypustit ventil“ po prožitých traumatizujících událostech. Ze své zkušenosti z roku 2008 toto mohu potvrdit z incidentu, kde vozidlo s našimi kamarády najelo na IED (improvizovaný výbušný systém), kdy po výbuchu Humwee jeden z přátel přišel o život a druhý byl v kritickém stavu transportován do naší vlasti. Po tomto incidentu proběhla okamžitě mše za zabitého kolegu a za kolegu, který byl těžce zraněn a to jako forma první psychologické pomoci ze strany duchovní služby, suplující zde naprosto skvěle roli vojenského psychologa. Nahromaděné emoce se zde mísily ve formě projevů agrese, ale

i bezmoci a žalu. Po rozhovorech s vojáky, kteří v té době byli v místě incidentu, většina z nich potvrdila, že možnost "opít se do němoty" by dokázala utlumit prvotní nekontrolovatelný příval emocí.

Ve srovnání se všemi ostatními událostmi, efekty války byly celosvětově poměrně dobře zdokumentovány. Kulka a kol. (1990) prezentovali data z National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS). Jednalo se o rozsáhlou a rigorózní studii o převládání PTSD a jiných psychologických problémů v přizpůsobování se civilnímu životu mezi skupinou Vietnamských veteránů. NVVRS byla národní epidemiologickou studií zahrnující tzv. „face-to-face“ rozhovory. NVVRS vyhodnotila, že „15 % všech Vietnamských veteránů mužského pohlaví bylo stávajícími případy PTSD a to 15 nebo více let po ukončení aktivní služby“. Toto číslo představuje přibližně 479 000 z odhadovaného počtu 3,14 milionu mužů, kteří sloužili ve Vietnamu. Mezi veterány ženského pohlaví, je aktuální převládání PTSD odhadováno na 8,5 % z přibližně 7200 žen, které byly v aktivní službě. Navíc, NVVRS odhadovala, že „přibližně jedna třetina mužských veteránů a jedna čtvrtina ženských veteránů měla PTSD v určitém období jejich života“ (Kulka a kol., Schlenger a kol., 1992). NVVRS studie poukázala na to, že „téměř půl milionu Vietnamských veteránů bylo stávajícími případy PTSD. Zároveň, úplné a částečné odhady celoživotního převládání PTSD naznačují, že polovina všech mužských (53,4 %) a téměř polovina všech ženských (48,1 %) Vietnamských veteránů prožila klinicky významnou symptomatologii“. Ačkoli jsou data skrovná, „vysoké hladiny převládání PTSD symptomů byly zaznamenány u Britských vojáků, kteří sloužili ve Falklandské válce“ (O'Brien a Hughes, 1991; Orner, Lynch, a Seed, 1993). Pět let po válečném konfliktu na Falklandských ostrovech O'Brien a Hughes (1991) srovnali jednotku 64 vojáků, kteří zde bojovali v roce 1982 a druhou jednotkou 64 komatantů, kteří zůstali doma jako zálohy. O'Brien a Hughes (1991) našli „vyšší zaznamenanou hodnotu udávaných symptomů ve skupině veteránů a 22 % udávaných symptomů, splňujících diagnostická kritéria PTSD, což naznačuje, že ve větší populaci Falklandských veteránů mohou být mnozí závažně poškozeni až pět let poté“.

Mohlo by se zdát, že některé události mohou být natolik traumatizující, např. zahrnutí vysokého stupně ohrožení života a poranění jednotlivců, kdy téměř u všech, kdo jsou tomuto vystaveni, se rozvine PTSD. Převládání poruchy je závislé na povaze a intenzitě prožitku. Například Helzer a kol. (1987) zaznamenali „*převládající hodnoty přibližně 3,5 % Vietnamských veteránů, kteří nebyli zraněni v boji ve srovnání s přibližně 20 % veteránů, kteří zraněni byli*“. Card (1987) zjistil, že „*19 % všech veteránů a 27 % veteránů vystavených těžkým bojům trpělo PTSD*“. Dokonce ještě vyšší odhady byly učiněny u těch, kteří byli vystaveni mimořádně těžkým bojům. Foy a kol. (1987) pozorovali, že „*25-30 % subjektů z jejich klinických vzorků, kteří byli vystaveni menšímu množství bojových akcí, plně vyhovovalo DSM-III kritériím pro PTSD*“. Foy a kol. (1987) také pozorovali, že „*být zraněn, zahrnut do smrti civilistů a vystavení se zvěrstvům, jsou kritickými prvky v rozvoji PTSD u válečných veteránů*“. S více než 5000 veterány z druhé světové války, Korey a Vietnamu bylo prokázáno, že „*symptomy jsou mnohem závažnější, čím intenzivnější je vystavení se traumatu a odpovědnosti za zabití jiné lidské bytosti nebo přivodění zranění, jakožto cíl útoku, jsou spojeny s emočním distresem*“ (Fontana a Rosenheck, 1994a). „*Úloha vystavení se boji získala více pozornosti a jiné výzkumy ukázaly, že váleční veteráni z 2. světové války vystavení středním nebo těžkým bojům měli 13,3 krát vyšší riziko PTSD symptomů měřených o 45 let později, ve srovnání s nebojujícími veterány*“ (Spiro, Schnurr a Aldvin, 1994). Intenzita vystavení se byla definována různými odlišnými válečnými konflikty ve výše uvedených studiích. Jedním z dalších faktorů, který se nicméně zdál být běžným určujícím kritériem byla přítomnost při úmrtí jiné osoby (Joseph, Williams, Yule, 1997).

Solkoff a kol. (1986) našli oporu pro hypotézu, že „*PTSD pacienti prožili mnohem intenzivnější boje a byli konfrontováni s mnohem větším množstvím úmrtí a zabíjení, nežli kontrolní skupina*“. U PTSD subjektů bylo zjištěno, že vnímají sami sebe, jako by byli blíže k osobnímu zániku a úmrtí ostatních. Udávali více osobního zapojení do zabíjení, více zabitých přátel, a mnohem častější pozorování jejich smrti. „*PTSD subjekty byly také v boji delší dobu a mnohem častěji utrpěli zranění. Zjistilo se také, že svědectví úmrtí poškodilo nepříznivě děti a to dokonce mladší 5 let*“

(Malmquist, 1986). Události zahrnující opakované a prodloužené vystavení se mohou být škodlivé.[4 s. 62] Krom flash backů patří mezi nejčastější symptomy PTSD u veteránů hypervigilita, sklíčenost, záchvaty paniky, zneužívání návykových látek, nevhodné chování, nepředvídatelné epizody vzteku, deprese a cyklů úzkosti a viny (Rotter a Bovega, 1999).

Nicméně proměnné expozice, které mohou předvídat vznik poruchy, nejsou nutně ty, které předvídají závažnost a chronicitu symptomů. Například, Green, Grace, Lindy a Gleser (1990b) zkoumali dopad rozdílných stresorů specifických válečných zkušeností a rozvoj a chronicitu PTSD syndromů u velkého vzorku Vietnamských veteránů. Zabývali se širším rozsahem stresových faktorů, než které jsou typicky zkoumané z hlediska předvídaní typu a přetrvávání symptomů. Zde byly určité odlišnosti mezi samotnými zkoumanými stresory. Rozsah poranění, ohrožení života, ztráty a zranění nebo zabití Vietnamců předpovídalo rozvoj PTSD v určitém časovém bodě, ale ne přetrvání symptomů po mnoho let, což bylo předvídáno vystavení se podivným úmrtím a speciálním úkolům. Fontana a Rosenheck (1994) udávali, že *„pro válečné veterány, odpovědnost za zabití jiné lidské bytosti je převládající traumatickou zkušeností z války“*. Stát se terčem zabíjení a podílet se na zneužívání násilí, bylo spojeno s mnohem větší emocionální zátěží (Joseph, Williams, Yule, 1997).

## **4.2 PTSD u složek IZS**

Skupina profesionálních hasičů se zdá být dle zahraničních autorů vůči stresu všeobecně nejodolnější. Toto přisuzují zejména dokonalejší a déletrvající aktivitě „peer skupin“, které pomáhají uvolňovat emoční napětí u jedinců, vystavených stresovým událostem. I zde si však zřejmě posttraumatická stresová porucha našla svou oběť a to v případě jednoho (2,5%) člena HZS. Na našem území jsou u příslušníků jednotek HZS nejčastějším projevem naakumulovaného stresu děsivé noční můry a to v 15 % odpovědí, kde se mísí výjevy z dopravních nehod, při kterých současně umírají lidé, s nejsilnějším efektem stran těžce raněných nebo umírajících dětí. Procentuálně druhým

nejčastěji zastoupeným příznakem je zvýšená podrážděnost a to v 7,5 % a problémy s alkoholem u 5 % respondentů.

Dnes je již samozřejmé, že k řešení mimořádných událostí a jiných traumatických událostí a jejich následků jsou povoláváni příslušníci mnoha profesí. Tyto profese mohou být nazvány jako „critical occupations“, na našem území složky IZS. Použití souhrnného pojmu „critical occupation“ („kritické/ zásadní povolání“) bylo vytvořeno kvůli zapouzdření dvou všeobecných aspektů pracovních zkušeností ze záchranářských a dalších pomáhajících profesí. Popisuje to významnou úlohu, kterou hrají v ochraně společnosti a jejích členů. Navíc, popisuje také fakt, že v souvislosti s tímto jednáním v takové kapacitě, se mohou tito profesionálové setkat s traumatickými událostmi, které mohou mít za jistých okolností rozhodující dopad na jejich psychickou pohodu. Příslušníci těchto profesí nemusí řešit pouze náročné stresory, které jsou ztělesněním pracovního života ve 20. století, ale mohou být také vystaveni vysoce traumatizující a emočně zdrcujícím událostem v průběhu zastávání jejich profesionální role. Členové těchto profesí jsou jedineční uvnitř veškeré populace s ohledem na frekvenci, se kterou riskují vystavení se traumatickým událostem. Bylo by nesprávné předpokládat, že vystavení se těmto událostem bude nevyhnutelně vést k disfunkčním nebo patologickým reakcím. *„Ostatně, pozitivní výsledky a to jak v personální, tak i profesionální sféře je mohou doprovázet v kontextu práce v traumatizujícím prostředí havárií a katastrof“* (Andersen, Christensen, Petersen, 1991; Raphael, 1986). Nicméně, za jistých zvláštních okolností mohou některé traumatické zkušenosti vyústit v to, že záchranáři zažívají emocionální reakce, které jsou značně odlišné nebo mnohem intenzivnější nežli ty, které převládají v kontextu běžného provozu, anebo které jim dříve nebo později brání vykonávat jejich hlavní role. Záchranáři mohou očekávat, že budou opakovaně vystaveni vysoce traumatizujícím událostem, napříč jejich profesním životem. U většiny z nich se příliš často předpokládá, že budou fungovat jako superlidé a budou naprosto nezranitelní vůči emocím a stresu. Očekává se, že se budou přesouvat od jedné krizové situace ke druhé, bez jakýchkoli emocí, bolesti a lítosti. Mohou být povoláni k řešení mimořádných událostí, spojených s významnými neštěstími, jakožto prvky začleněné do humanitárních operací, spouštěných přírodními

fenoménu, jakými jsou zemětřesení a povodně. Navíc, uvnitř zvyšujícího se komplexu technologické a dynamické společnosti, vyvstává vzrůstající riziko závažných technologických havárií (např. zhroucení budov, protržení hrází, chemické havárie) a s činností člověka spojené (např. teroristické bombové útoky velkého měřítka). Následně, je zde také vzrůstající pravděpodobnost mezinárodní spolupráce, při řešení neštěstí mimo jejich zemi (Paton, Violanti, 1996).

Stresující traumatické události závažných incidentů mohou být popisovány jako neobvyklé události, zahrnující vystavení se jevům, které jsou náhlé a ochromující, popřípadě a emočně náročné. Příklady mohou zahrnovat přírodní katastrofy, nehody v dopravě, násilné činy, svědectví násilné smrti, incidenty s rukojmími. Poslední desetiletí bylo svědkem vzrůstajícího uvědomění si, že profesionální záchranáři, kteří byli povoláni k asistenci postiženým takovými traumatickými událostem, by se sami mohli stát sekundárními oběťmi. Všechna povolání, do kterých je možné zahrnout policisty, hasiče, záchranáře, zaměstnance nemocnic, zdravotnické a sociální služby nebo profese orgánů veřejného zdraví, mohou být suspektní kvůli výskytu symptomů po prožití stresující události, jakožto následku buďto primárního nebo sekundárního zapojení do řešení neštěstí nebo jiných traumatických událostí. Navíc, stejně tak mohou být ohroženi i zaměstnanci těchto organizací, provádějící administrativní, profesionální podporu nebo funkce dispečerů (např. policejní dispečeri, personál civilní ochrany, psychologové) (Paton, Violanti, 1996).

Asi nejdůležitější dimenzí tohoto traumatu a to ať již přímého nebo sekundárního je fakt, že jako následky její atypické povahy, intenzity a trvání, nemusí být zaměstnanci schopni čerpat z předchozí výuky, výcviku nebo zkušeností, které by jim pomohli pochopit samotné události nebo reakce na ně. Vystavení se takovým událostem může spustit pocity a emoce, které však v normálním kontextu traumatické zkušenosti, mohou být těžké na porozumění a zvládnání. Bohužel mnohé z těchto stresů, které tyto pracovníci a podpůrné skupiny zažívají, zůstane nerozpoznáno. Naštěstí zkušení klinici jako (Duffy, 1979; Staff, 1979) byli později schopni poukázat na to, že *„žádné množství nebo typ výcviku by nemohl eliminovat stresové reakce u těch, kteří*

*se pohybovali kolem zmrzačených a znetvořených částí těl a řady lidských utrpení, které jsou přítomny u různých neštěstí“.* Freeman (1979) zaznamenal, že „*policisté, kteří pracovali v místě neštěstí, vyžádali poradenství a jinou psychologickou podporu“* (Wilson, Raphael, 1993).

### **4.3 Traumatický stres u osob řešící hromadná neštěstí**

Již dlouho bylo známo, že oběti hromadných neštěstí a jiných menších, avšak stále bolestivých životních událostí trpí značnými různě dlouho trvajících psychologickými následky. Zaměřením se na nejvíce psychicky náročné zákroky a sledování jednotlivých záchranných složek nebo výzkum během posledních tří nebo čtyř desetiletí s cílem pomoci současným obětem a přeživším těchto bolestných událostí, se stal jednou z priorit. Ti, kteří přišli pomoci druhým (např. personál zdravotnických záchranných služeb), byli dobře trénováni v poskytování přednemocniční péče, nikoli však v reakcích na lidské krveprolití a destrukci nebo bolest přeživších. U nich bylo zvažováno vyloučení psychologických následků, které postihlo oběti a přeživší. Nicméně nedávné výzkumy a zkušenosti se složkami IZS, mezi které je možno řadit hasiče, paramediky, policisty a personál zasahující u samotného neštěstí, jasně naznačuje, že tyto osoby jsou podrobeni stresorům, které mohou produkovat řadu psychologických, sociálních a fyzických reakcí, jež mohou být extrémně stresující. Je zarážející enormně nízký počet literatury, spojené se záchranným personálem, osobami zasahujícími u hromadných neštěstí a problematikou PTSD před rokem 1978. „*Vypadá to, jako by výzkumníci a kliničtí pracovníci selhali ve zvážení škodlivého dopadu záchranného povolání na jejich účastníky, kromě zmínek o hasičích, působících za druhé světové války v Londýně, kteří prokazovali významné stresové reakce po vystavení se pokračujícím bombovým útokům“* (Glass, 1959), v jedné z raných studií, nabízející něco málo úplnému pochopení stresu nebo jeho zmírnění u záchranných složek. Dokument nazvaný First Aid for Psychological Reactions in Disasters byl připraven v roce 1954 (American Psychiatric

Association). V tomto dokumentu jsou záchranáři varováni: „*Budete přirozeně zataženi až za limity vašich možností. Netlačte se za tyto limity, jinak budete stejně poškozeni, jako ti, kteří potřebují vaši pomoc.*“ Dokument dále pokračuje s konstatováním „*Váš výcvik by vás měl nejprve připravit na zacházení s vašimi vlastními emočními problémy a to okamžitě.... Trénink, kterým projdeš jako záchranář, tě sám o sobě určitým způsobem ochrání ve stresových situacích*“. Takovéto prohlášení, když obdivuhodné, postrádá porozumění stresovým reakcím u většiny záchranářského personálu a následně přispívá k chybné koncepci, že trénink samotný je dostačující k eliminaci významných stresových reakcí u těch, kteří jsou vystaveni hroživým audiovizuálním výjevům, zatímco pracují s lidskou bolestí (Wilson, Raphael, 1993).

#### **4.4 PTSD a zdravotničtí záchranáři**

U zdravotnických záchranářů nebyly pozorovány téměř žádné symptomy, které by ve vyšší míře korelovaly s PTSD, což přisuzují menší míře vystavení se hlavním stresorům, vyplývající z vyšší prevalence interních onemocnění na území ČR. Základním problémem u zdravotnických záchranářů je každodenní rutina a čím dál větší byrokracie, se kterou se na rozdíl od hasičů, policistů speciálních jednotek a vojáků musí každodenně potýkat. Žádná z dotazovaných osob kategorie zdravotnických záchranářů nesplnila počtem odpovědí potřebný součet bodů, který by ji zařadil do kategorie posttraumatické stresové poruchy. První místo 20 %, kategorie ostatních problémů, zde zaujímaly potíže s koncentrací. Vyhýbání se myšlenkám na událost, byly zastoupené 15 %. U skupiny zdravotnických záchranářů, kteří měli největší predispozice vystavení se vyšší míře stresorů, se v 7,5 % objevily opakující se děsivé sny.

U fyziologického měřítka stresu našel Dutton a kol. (1978), že „*záchranáři mají vyšší úroveň stresu při výkonu jejich povolání (ve srovnání s hasiči) v dotazníku, který byl vytvořen pro jeho studii*“. Záchranáři udávali mnohem častější vyčerpání a únavu



s pocitem větší zodpovědnosti za životy a zdraví ostatních, kratší doby mezi obdobími těžkého pracovního zatížení a nižší spokojeností s prací.

Ve studii, kterou v roce 1989 zpracovali Cydulka, Lyons, Moy, Shay, Hammer a Matthews použili skupinu 280 záchranářů, u které byly zaznamenány vysoké úrovně organizačního stresu, nespokojenosti s prací a negativními postoji, směřovanými k pacientům. „*Záchranáři udávali větší pracovní stres než ostatní zdravotnický personál, ale nižší úrovně somatické úzkosti*“ (Hammer a kol; 1986). Výzkumníci naznačovali, že „*záchranáři vyjadřují spíše verbálně nebo aktivně své negativní pocity, namísto toho, aby je potlačovali*“. Zatímco většina záchranářů plánovala setrvat v jejich současném zaměstnání kolem pěti let, ti, u kterých bylo hodnocení vyšší na tzv. „*burnout*“ a napětí, plánovali zůstat pouze o jeden až tři roky déle. Jeffrey Mitchell se ve své studii z roku 1984 dotazoval 81 záchranářů, sloužících minimálně 16 hodin týdně, co bylo jejich největším stresorem v práci. Jejich univerzální odpovědí, kterou Mitchell zaznamenal, bylo: „*administrativní potíže*“. V rozsahu od nejvyššího k nejnižšímu sem zahrnuli: slabou administrativní oporu, špatný přístup nemocničního personálu, nízké platy, papírovou práci, nedostatečné vybavení a omezený kariérní žebříček.

Graham ve své studii z roku 1981 pozoroval, že „*když záchranáři připustí emoční vyčerpání, většinou odmítají, že by mohlo být spojeno s nějakou tragédií nebo hrůznou událostí, které byli svědky*“ (Paton, Violanti, 1996). Namísto toho shazovali vinu na jiné potíže. Potíže s vedoucími kvůli plánování, vedoucí zaměstnanci hasičského sboru kvůli nedostatečným kontrolám základních věcí, dispečery, kteří jim nedali dostatečně včas vědět o výjezdu k pacientovi, personálem na příjmu, který neměl lůžko pro psychiatrického pacienta, zdravotnickým nemocničním personálem, obtěžujícím s kódem pacienta, se zúčastněnými lékaři, kteří zpětně nekontaktovali zdravotnické zařízení, na policii, která odmítla dohlédnout na pravděpodobně „*potlučené*“ dítě, atd. V poslední dekádě se ti, kteří studovali dopad na pracující záchranáře, stále více zaměřovali na koncepci traumatické stresové reakce, jakožto pracovního rizika. Existence traumatu vyvolaného katastrofou u záchranářů byla diskutována Dunningem

a Silvou (1980). Nydam vytvořil pojem „Rescue trauma threshold“ (prahové trauma záchrany) k popsání bodu, ve kterém intenzita záchranné práce (zahrnující vystavení se bolestivým obrazům a zvukům) změnila psychologický obranný systém jedince. Polovina z „top ten“ klinických faktorů identifikovaných Mitchellovými respondenty (1984) zahrnovala potenciálně traumatické události: smrt dětí, jiná úmrtí, krvavé obrazy a kruté zvuky, lidi uvězněné v hořících výškových budovách a události hromadných neštěstí (Wilson, Raphael, 1993).

Mitchell a Bray (1990) rozlišovali mezi „kumulativním stresem“ (pojem, který viděli jako užitečnější, nežli zažitý pojem „burnout“) a akutní stresovou reakcí (reakcí na obzvláště obtížnou záchrannou situaci). Takovou situací se myslí krizová situace, přesahující běžné možnosti jednotlivce, které by mohl sám zvládnout. Podle Mitchella a Braye, *„více než 85 % záchranných lidí zažilo akutní stresovou reakci, jakožto odpověď na takovéto incidenty. Posttraumatická stresová porucha vyplývá ze silně bolestných a zneklidňujících událostí u přibližně 4 % záchranného personálu“* a to podle Mitchella a Braye (1990). *„Třebaže je prožití traumatické události prekurzorem (předchůdcem) PTSD, vystavení samotné je nedostačující k určení jejího nástupu a přetrvání v čase“* (McFarlane 1988).

#### 4.5 ***PTSD a policie***

Velmi podobný obraz, s jakým se setkáváme u ozbrojených sil AČR, se naskytne i u policejních jednotek ČR, které na našem území potírají organizovaný zločin a odhalují skupiny distribuující drogy nebo zbraně. Modulu posttraumatické stresové poruchy vyhověli dva (5 %) ze 40 dotazovaných policistů. I tito dotazovaní uvádějí jako třetí, 6 % nejčastěji zastoupený symptom, problémy s alkoholem. Na druhém místě jsou zde problémy ve vztazích, když 25 % z dotazované skupiny policistů speciálních jednotek n=40 uvedla rozvod, jako vyústění problémů. Vedoucí místo, zastoupené 13 %, zaujímaly problémy se spánkem, doprovázené opakujícími se sny. U skupiny policistů, kteří byli součástí přestřelky, ve které byli nuceni použít proti jiné osobě

střelnou zbraň, nebo ve které byl jejich kolega postřelen popřípadě zabit, byla míra symptomů PTSD zcela naplněna.

Ačkoli někteří výzkumníci argumentují, že policejní práce nebyla dostatečně porovnána s ostatními povoláními (Terry 1983; Swatson a Territo 1983; Gaines, Southerland a Angel 1991) stále souhlasí s tím, že „*policejní důstojníci zažívají mnoho se stresem spojených problémů při výkonu své práce*“. „*Stresory zaznamenané jako vlastní policejní práci, vyplývají z práce na směny, apatie/ lhostejnosti společnosti, nudy, pocitu zbytečnosti a zabývání se lidským utrpením, bídou a smrtí*“ (Kroes 1986; Territo a Vetter 1981; Simonds 1970; Graf 1986; Spielberg 1981). „*Nebezpečí může mít mnoho forem, zahrnující známé nebezpečí během práce v utajení a neočekávané nebezpečí, jakým je zastavování vozidel nebo vstupování do budov*“ (Aron 1992). „*Rotující směny vedou často k neadekvátnímu spánku důstojníků, který snižuje fyziologickou rezistenci ke stresu*“ (Violanti, 1986). „*Nuda v kombinaci s každodenní rutinní prací policisty může vést k pocitu zbytečnosti a frustraci*“ (Kroes, 1986). Vystavení se lidskému utrpení a smrti může také vyústit v extrémně negativní pohled na život a povolání. „*Pravděpodobně nejvíce stresující pro policisty je smrt nebo zranění jiného policisty*“ (Spielberger, 1981; Aron, 1992; Horn, 1989). Ať již fyzické, tak i psychické následky mohou vyplývat právě ze stresujícího prostředí policejní práce. Guralnick (1963) zveřejnil, že „*policisté jsou zasaženi desetkrát více než běžná populace srdečními chorobami a ostatními se stresem spojenými anomáliemi*“. Navíc objevil, že „*incidence policejních sebevražd převládá nad samotným zabitím policistů (94 sebevražd nad 54 zabitími policistů na 100 000 policistů)*“. Počet sebevražd mezi policisty byl přibližně trojnásobně častější, nežli u ostatních zaměstnanců města (městských úředníků). Maslach (1976) zaznamenal, že „*během jednoho roku vyžadovalo 1500 policistů psychiatrickou péči kvůli problémům spojeným se stresem*“. Jacobi (1976) zveřejnil, že „*nároky na odškodnění byly 6 krát vyšší, než tomu bylo u ostatních povolání. 50 % těchto nároků na odškodnění bylo z důvodu vysokého krevního tlaku a 30 % z důvodu psychologických problémů*“. Violanti, Marshall a Howe (1983) zjistili „*významný pozitivní vztah mezi užíváním alkoholu a stresem v řadách policejních důstojníků*“. Navíc k těmto problémům vedl stres u policistů k postojovým

změnám. „Doma policisté uzavírají emoce vůči rodině, což vede k procesu oddělení a hledání vnějších vztahů“ (Hageman, 1976). Stratton (1976, 1978) našel, že „policisté mají vyšší rozvodovost, ačkoli toto bylo později jinými výzkumníky prohlášeno za sporné tvrzení“ (Neiderhoffer a Neiderhoffer, 1986). Daneili (1994) navrhol, že „takový proces může vést k transgeneračnímu přenosu stresu na ostatní členy policistovy rodiny“. Navzdory nepříznivému efektu, který má stres na policisty, se nezdá, že by zůstával na stejné úrovni po celou dobu policistovy kariéry. Stres pravidelně vzrůstá od začátku policistovy kariéry a má tendence ke konci jeho kariéry klesat. Nejvyšší hladiny stresu byly udávány policisty mezi 12-18 lety služby. Takové změny v úrovních stresu naznačují, že policista může projít v různých stupních jeho kariéry různými úrovněmi stresu (Paton, Violanti, 1996).

Mimo faktory spojenými se stresem v policejní práci, incidenty mimo úsek běžných aktivit se mohou projevit jako policistu nepříznivě ovlivňující. Tyto incidenty jsou, zařazeny pod pojmem „critical incidents“ (kritické incidenty) a mohou zahrnovat střelbu, svědectví smrti nebo úmrtí, mrzačení nebo mučení, účast při likvidaci hromadných neštěstí a práce se zneužívanými nebo týranými dětmi. Takovéto incidenty jsou hodnoceny jako pro policisty vysoce stresující, často vyúsťující v posttraumatickou stresovou poruchu. PTSD nastává, jakmile byl policista vystaven traumatické události a stále ji znovuprožívá a vyhýbá se stimulům, spojeným s touto událostí. Navíc, policista může prožívat symptomy nebo navyšující se fyziologické rozrušení z důvodu traumatu (Paton, Violanti, 1996). Takto mohou potíže přetrvávat po delší období nebo se objevit v určitém bodě, několik měsíců po vystavení se události. Tento fenomén je definován jako opožděný nástup PTSD (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). Policisté udávali protrahované nástupy symptomů ve spojitosti s incidenty, které se udály během výkonu jejich služby a to i měsíce po samotném incidentu. (Martin, McKean a Veltkamp, 1986) zjistili, že „přibližně 30 % jejich policejního vzorku uvádělo, že bylo značně postiženo incidenty, při kterých se střílelo“. Policisté vystaveni těmto událostem udávali vyšší procenta PTSD symptomů, nežli ti, kteří jim vystaveni nebyli. „Nejvyšší procento symptomů bylo udáváno policisty, kteří se účastnili přestřelky a těmi, jejichž rodiny byly ohroženy“ (Martin a kol.) Loo (1986) zjistil,

že „policisté zažívají nejvíce stresových reakcí během tří dnů po incidentu“. V datech, která uvedl, „většina policistů vypovídala obavy spojené s traumatickou událostí (39 %) a strach (25 %)“. Další uváděné symptomy PTSD byly spánkové poruchy, flashbaky, pocity viny, přání, aby událost nikdy nestala a deprese (Paton, Violanti, 1996). U mnoha z těchto policistů přetrvával zvýšený strach a nižší zájem o práci a to měsíc po incidentu. Průběh zotavení se, se lišil policistu od policisty, ale průměrný čas „cítění se normálně“ byl 20 týdnů po kritickém incidentu. (Jannof-Bulman, 1993) uvádí pojem „Iluze nezranitelnosti“, která v případě, že je rozbita traumatickou událostí, může u policisty vyvolat pocit strachu a zranitelnosti. V povolání, kde je nezranitelnost téměř nezbytností, mohou být tyto emoce psychologicky obtížně zvladatelné. Perlof (1983) uvedl, že „ti, kteří se před samotným traumatem cítí nejvíce nezranitelní (jako např. policisté), budou mít pravděpodobně nejvíce potíží s řešením následných efektů“ (Paton, Violanti, 1996).

Jeden z důležitých společenských předpokladů je ten, že náš svět je v podstatě bezpečné místo, ve kterém, ačkoli je venku mnoho nebezpečí, převládá pocit, že „mně se v něm nemůže nic stát“. „Pocity úzkosti a bezmoci často doprovází policistův pocit nejistoty a mohou vyústit v strach opětovného zopakování-se události,“ (Janoff-Bulman, 1993). Somendavilla (1986) například zjistil, že „75 % policistů, kteří se zúčastnili přestřelků, buďto během jednoho roku opustili policejní oddělení nebo vzali pozici, na které se neprováděly hlídky“. Solomon a Horn (1985) měli podobné výsledky s policisty, kteří „udávali zvýšený pocit nebezpečí po traumatických incidentech, ve kterých se střídalo“. Shaw (1987) zaznamenal podobné nálezy v jeho analýze Izraelských vojáků, popisujících rozvoj a důležitost toho, co nazval jedincovou „iluzí bezpečí“. Účinnost a efektivita v boji zde závisí na třech psychologických obranných systémech: 1. Představa osobní nezranitelnost. 2. Víra, že velitelé jsou všemohoucí. 3. Pocity, že síla skupiny poskytne ochranu všem jejím členům (Paton, Violanti, 1996). „Zde mohou být také další faktory, které postihují zranitelnost. Zprvu to mohou být konstituční faktory, zahrnující biologické markery“ (Kaufman, 1987), hrající důležitou roli a za druhé „faktory prostředí, z nichž sociální podpora může zlepšit efekt traumatického stresu“ (Solkoff, Gray a Keill, 1985). Životní zkušenosti a socializační

proces mohou také ovlivnit vnímání zranitelnosti. Policisté čelí nebezpečí, hrozbě tělesného poškození a smrti a to na denním pořádku. Stejně jako pro vojáka, je i pro policistu nezranitelnost pracovní nezbytností. Silná socializace, která nastává jak u policejního výcviku, tak i v aktuálních zkušenostech, směřuje k dodávání policistovi pocitu superčlověka o emoční síle a schopnosti přežít cokoli. *„Již od prvního dne na policejní akademii je policejním rekrutům vštěpováno, že jsou něčím výjimeční, mnohem odlišnější od průměrných občanů a rozhodně postaveni mimo ohrožení a možné poškození. Tato všudypřítomná iluze nezranitelnosti se zdá být převládající, mezi novými policejními důstojníky a podobná konceptu (Burger, Burns, 1988) o „unikátní nezranitelnosti“, vyskytující se u adolescentů. „Jednou ze součástí tohoto konceptu je tzv. osobní smyšlenka (Elkind, 1967), iluze, že jedinec je unikátní a má pocity a zkušenosti jako žádná jiná osoba. „Tento pocit je zesílen silným přesvědčením o jedincově nezničitelnosti“ (Greening a Dollinger, 1992).*

Přesvědčení o soudržnosti v policejní profesi dává mladému rekrutovi pocity blízké podpory vůči jakémukoli nebezpečí. Během výcviku jsou dále rekruti vybaveni dovednostmi v oblastech sebeobranu, zajištění pachatele, technikami přežití na ulici a pokročilými technikami použití střelných zbraní. Navíc jsou dobře vyzbrojeni a chráněni neprůstřelnými vestami. V době, kdy policejní rekruti opouští akademii, je jejich osobní pocit nezranitelnosti mnohonásobně zvýšen ve srovnání s dobou, kdy na akademii nastupovali. S ohledem na jejich emoční reakce a obzvláště vůči si toto připustit a diskutovat o tom, se policisté učí skrz trénink a zkušenosti uzavřít své pocity vůči různým situacím v jejich práci. Jsou vystaveni především negativním zkušenostem ve společnosti a je jim vštěpováno, aby se do tohoto nenechali nijak emočně zapojit. Být přítomen smrti dítěte anebo zmrzačeným obětím havárie hromadného neštěstí, musí v mysli policistů zaujmout pouze místo v kategorii práce a nic víc. Čímž pádem, stejně jako u fyzického nebezpečí, se musí policista naučit střežit svoje emoce před možným poškozením. Zatímco se tato příprava považuje za nezbytnou pro přežití policisty na ulici, může zároveň zvýšit pravděpodobnost traumatu, když je pomyslné „brnění“ náhle rozbito traumatickou událostí. Policista se následně může po dlouhou dobu cítit zranitelný a již nikdy znovu nenabude pocitu jedinečné ochrany před ohrožením. Ve své

studii o obětech katastrof zjistili Greening a Dollinger (1992), že „*efekt rozbitých představ může zanechat permanentní stopy na pocity zranitelnosti pro podobné události v budoucnu*“. Jak Rangell (1967) naznačuje: „*trauma zapříčiňuje silný úder do ega v podobě pocitu nedostatku kontroly, zranitelnosti a neschopnosti poradit si s budoucími problémy*“ (Paton, Violanti, 1996).

Davidson, Swartz, Storck, Krishnan a Hammett (1985) uvedli, že „*zranitelnost může být odražena v psychopatologii rodiny*“. Opačné názory zastávali Fowlie a Aveline (1985) a Solkof a kol. (1985), kteří demonstrovali, že „*PTSD nastala u osob bez předcházející patologie*“. „*Je známo, že lidé, zažívají rozdílnou zranitelnost, když se někteří uspokojivě vypořádají s traumatem, zatímco jiní ne*“ (Fowlie a Aveline, 1985; Frye a Stockton, 1982; Foy, Sippelle, Rueger a Carroll, 1984; Kessler, 1979). U policisty se očekává, že se nebude cítit zranitelný. Pokud je tomu naopak, přináší to pocit hanby, strachu a zvýšeného pocitu nebezpečí. Vnímaná zranitelnost po vystavení se traumatu může být klíčovým faktorem v určení účinného zvládnutí. Společnost se na policisty dívá jako na ty, kteří řeší problémy, ale ti jsou mnohdy povoláni k situacím, které překračují jejich odborné znalosti a schopnosti. V průběhu výkonu své práce, mohou být policisté zataženi do situací balancujících mezi životem a smrtí, kde pokud jsou postřeleni nebo jsou nuceni střílet, pravděpodobně zabijí jinou lidskou bytost. Z mnoha incidentů, které policisté zažívají, soustavně udávají, že incidenty se střelbou jsou nejvíce stresující a traumatizující (Paton, Violanti, 1996).

#### **4.5.1 Policejní sebevraždy**

Předpokládalo se, že stres a trauma v policejní práci mohou být přispívajícími faktory v policejních sebevraždách. „*Pokud policista ztratí schopnost si normálně poradit s policejní administrativou, může se vše obrátit k nejzazšímu řešení sebevraždy*“ (McCafferty 1992). Policejní práce zahrnuje kontinuální příval nudy proložené akcí násilí. Občas se policisté mohou setkat se smrtí na téměř denním pořádku. Průměrný občan není všeobecně během svého života svědkem takového množství úmrtí a násilí, jakému může být policista vystaven každý měsíc. Výsledkem takovéto expozice může být stav, kdy PTSD usnadní zhroucení normálního zvládnutí stresu. Jedna ze studií

odhalila, že „15 % policejních sebevražd u Canadian Mounted Police bylo z toho důvodu, že policisté byli v nedávné minulosti vystaveni traumatizujícím incidentům“ (Loo 1986). Je možné, že vystavení se smrti a lidskému utrpení má znečitlivující charakter, což znamená: smrt se akceptuje snadněji, jako možné řešení k nemožným problémům. Mnoho policejních důstojníků zažilo traumatizující zážitek, kdy byli vtaženi do policejní přestřelky, ve které jejich kolegů přišli o svůj život. Podobně jako Vietnamští veteráni, trpí někteří policejní důstojníci opožděným nástupem symptomů z takovýchto incidentů. Noční můry, flash backy a strach z návratu do služby, jsou pouze kapkou z moře všech symptomů. Jako doplněk k těmto problémům má mnoho policejních důstojníků strach požádat o pomoc. „Krédo v mužsky dominantní profesi policisty odráží převážně mužské postoje“. *Policejní důstojníci se vnímají jako „problémy neproniknutelní“*. Tento pocit nezranitelnosti byl zaznamenán jako syndrom *Johna Wayna*“ (Reistr 1974). Traumatické události někdy zlomí tento mýtus emočního pocitu superčlověka. Někteří policisté se obrací k alkoholu, který byl zahrnut jako spolupodílející-se faktor sebevražd. Jedna ze studií demonstrovala, že „konzumace alkoholu byla dokumentována v 60 % případech sebevražd v Chicagském policejním oddělení“ (Wagner a Brzeczek, 1983). Výzkum současných autorů indikuje, že policejní sebevraždy od roku 1980 do roku 1990 vzrostly. „Mezi léty 1950-1979 vzorek amerických policistů v počtu 2662 vykazoval průměrné množství jedné sebevraždy na 2,5 roku. V letech 1980-1990 to byla již jedna sebevražda na 1,25 roku“ (Violanti, 1994). Většina výzkumníků poukazuje na míru sebevražd mezi policisty, která je vyšší, než je v civilní populaci všeobecně zastoupené. „Policejní personál je mnohdy vystaven psychologickému stresu, násilí, ohrožení života, smrti a dostupnosti zbraní“ (Kroes, 1986; Violanti, 1986). V těchto podmínkách je očekávatelné zvýšené riziko sebevražd. V roce 1993 byla provedena (Lester, 1993) zajímavá re-analýza dat policie města New York z roku 1967, kde bylo shledáno, že „u policistů, kteří spáchali sebevraždu, byla přítomna deprese (25 %), paranoidní myšlenky před sebevraždou (13 %), problémy v práci (24 %) a osobní motivy k sebevraždě (65 %)“. Souvislý příval nebezpečných stresorů spolu s požadavky, přicházejícími z policejní administrativy, mohou překročit schopnosti a možnosti zvládat takovéto situace i u té nejsilnější osobnosti. „Pokud



*policista ztratí schopnost zvládat věci normálním způsobem, může se obrátit k ultimátnímu řešení sebevraždy“ (McCafferty, McCafferty a Mccafferty, 1992). Bylo zjištěno, že se „sebevraždy vyskytují daleko častěji u starších policistů a souvisejí s alkoholismem, fyzickými nemocemi nebo hrozícím propuštěním“ (Schwartz a Schwartz, 1976; Danto, 1978). Jedním z šesti předních důvodů sebevražd, které udával (Labowitz a Hagehorn, 1971; Nelson a Smith, 1970) bylo „pokračující vystavení se smrti a poraněním během služby“ (Grossman, 2004).*

#### **4.6 Vliv PTSD na rodiny příslušníků složek IZS a vojáků**

Nesčetněkrát byla diskutována úloha rodiny a to ať již jako rizikové skupiny, zažívající sekundární reakce, tak i jako zdroje opory. V jejich vlastních kapitolách diskutovali Violanti a Paton o tom, jak by mohla být podpora ze strany rodiny podlomena tím, že se rodinní příslušníci sami stanou oběťmi. (Deahl, Gillham, Thomas, Searle a Srinivasan, 1994) *„nalezi silné pouto mezi morbiditou a změnami v kvalitě vztahů a to zejména partnerských“*. Podle Wraitha (1994) *„mohou být rodinní příslušníci postiženi jednou nebo více ze tří souvisejících efektů: 1. Efektů šíření/ předávání; 2. Efektů odezvy/dopadu; 3. Efektů indukce“*. Efekty šíření/ předávání odrážejí změny v okolnostech v rodině, jakožto přímého následku na změny v emočních stavech a chování záchranářů, které vycházejí přímo ze zapojení se do traumatické události. Typicky nastupují okamžitě po traumatické události. *„Tato reakce by měla být očekávána po zapojení se do specifického a osamocené incidentu. Proto mohou mít minimální škodlivé efekty na rodiny, protože příčinu může být snadné identifikovat a změny přímo přičíst té dané specifické události“* (Wraith, 1994). Efekty odezvy a indukce dopadají významně na ty, kdo jsou opakovaně vystaveni traumatickým a bolestivým událostem. Wraith (1994) definoval efekty odezvy jako *„takové reakce, vytvořené uvnitř rodiny jako výsledek nerozpuštěného a nahromaděného pracovního stresu, který byl absorbován do osobnosti jedince.“* Ten se rozvíjí v průběhu času a následné změny chování, postojů a emocí mohou vyústit ve významné změny

v systému fungování rodiny. Nejzávažnější změny ve fungování rodiny jsou však připisovány indukčním efektům. Ty odrážejí situace, kde je přítomno opakované vystavení se traumatu a nevyřešené problémy, vycházející z takovýchto zkušeností, mohou vyvolat trvalé a často maladaptivní projevy (Paton, Violanti, 1996).

Noční můry, flash backy, nadměrná bdělost (hypervigilita), nadměrná vzrušivost, hněv a deprese, které doprovázejí PTSD mohou být devastující nejen pro válečné veterány a příslušníky složek IZS, ale stejně tak i pro příslušníky jejich rodin. Psycholog Candice Monson poznamenal, že: „*PTSD má sklon způsobovat spoušť v soukromých vztazích*“ (DeAngelis, 2008) a tato spoušť byla zjevná z mnoha rozhovorů, provedených pro publikaci *Haunted by combat*. Mnoho veteránů a personálu IZS staví jakési pomyslné „ohnivé zdi“ v pokusech zabránit proniknutí možných škodlivých informací a zkušeností. Po většinu času fungují tyto ohnivé zdi dobře a jsou přirozeným obranným systémem, který vede k přežití jedince. PTSD nicméně tyto ohnivé zdi staví proti nebezpečí, které již více neexistuje. Stejně, jako již nejsou potřebné ohnivé zdi, trvalá přítomnost adrenalinu v těle již není zapotřebí mimo bojové podmínky či místo katastrofy a může se stát návykovou, což spouští konflikty s ostatními členy rodiny a sebezničující a rizikové aktivity (Paulson, Krippner, 2010).

Bakalářská práce prokázala jeden velmi důležitý fakt, který je specifický pro Českou republiku. V česky psané literatuře prozatím neexistují data, která by porovnávala míru zatížení příslušníků složek IZS popřípadě armády České republiky. Tato problematika je na našem území relativně novou a mírou incidence poměrně nezajímavou oblastí, což odráží i množství odborné literatury, která byla u nás na toto téma publikována. Dotazník vybraný pro tuto studii podobně jako u zahraničních protějšků odhalil specifické sklony k určitému okruhu symptomů pro konkrétní profesi. Strach ze ztráty zaměstnání, popřípadě přesun na méně lukrativní pozici, posměšky z řad kolegů a bagatelizování problémů v profesním, ale i soukromém životě až za hranice míry únosnosti a to nejen pro postiženého, ale i jeho nejbližší okolí, by mohly být vedoucími faktory v objektivitě vypovídaných dat. Anonymita strukturovaného

rozhovoru ovlivnila do značné míry finální výsledek. Dotazované subjekty díky tomu odpovídaly bez jakýchkoli zábran, jež by mohly zkreslit konečná data.

K řešení problému by v našem případě podle mého názoru přispěla větší otevřenost profesionálů vůči psychologickým pracovníkům, popřípadě duchovní službě AČR, intenzivnější osvěta v problematice PTSD, aktivní zapojení peer skupin v řadách složek IZS a profesionálních vojáků, provádějících debriefingy po samotných incidentech a zejména pak nastavení služebních zákonů, které by v případě pozitivního screeningu PTSD pomohlo najít co nejšetrnější řešení s ohledem na závažnost stavu. Výzkumná otázka odhalila fakt, poukazující na mnohem vyšší míru symptomů posttraumatické stresové poruchy u profesionálních vojáků, nežli u příslušníků policie ČR, členů HZS ČR a zdravotnických záchranářů. Na druhou stranu však poukázala na jistou shodu v symptomatologii konkrétních skupin v porovnání se zahraničními zdroji, sesbíranými zejména na území spojených států amerických.

## 5 ZÁVĚR

PTSD jakou soubor přesně nadefinovaných symptomů, které musí splňovat jistá kritéria, není již dnes pouze fenoménem válečných konfliktů, ale zcela legitimně vystupuje do popředí i u pomáhajících profesí a represivních složek IZS. Kultura našeho národa však nutí jedince popírat před svým okolím jakékoli projevy slabosti, které by mohly být díky nedostatečnosti zákonů okamžitě klasifikovány jako pro výkon služby nežádoucí. Výzkumná otázka, která měla zjistit, zdali jsou symptomy PTSD shodné u skupiny profesionálních vojáků a příslušníků složek IZS prokázala, že příslušníci armády České republiky jsou zasaženi mnohem vyšší mírou posttraumatické stresové poruchy (17,5 %), nežli tomu bylo u policie ČR (5 %), Hasičského záchranného sboru ČR (2,5 %) a Zdravotnické záchranné služby (0 %). Kromě toho bylo zjištěno, že každá ze zkoumaných skupin vykazovala pro sebe svůj jedinečný soubor symptomů, podobný těm ze zahraničních zdrojů.

Vojáci vykazovali nejčastěji problémy ve vztazích, potíže se spánkem, zvýšenou konzumaci alkoholu, podrážděnost a výbuchy zlosti. Mezi další symptomy v pořadí četnosti patřily menší zájem být s přáteli a flashbaky. Hasiči udávali opakující se sny, spojené s traumatickou událostí, zvýšenou podrážděnost a zvýšenou konzumaci alkoholu. Skupina zdravotnických záchranářů pak potíže s koncentrací, vyhýbání se myšlenkám na událost a opakující se sny. Poslední skupina policistů pak vypovídala o potížích se spánkem, doprovázených opakujícími se sny, problémy ve vztazích a zvýšenou konzumaci alkoholu.

Možným řešením by zde byla aplikace PTSD jako nemoci z povolání do služebního zákona, což by podle mého názoru sloužilo jako prevence popíraných symptomů PTSD, mezi které patří alkoholismus, rodinné problémy a v nejzazších případech i sebevraždy. Hlavním problémem ve srovnání s jinými poruchami nevidím nemožnost či neschopnost léčit, nýbrž nemožnost koho léčit.

## 6 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Andersen, H.S., Christensen, A.K., and Petersen, G.O.: Post-traumatic stress reactions amongst rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Research*, 4: 245-251, 1991.

Aron, F.: *An Analysis of Sources of Police Stress*. Unpublished master's thesis, Russell Sage College, Albany, New York, 1992.

Beck, A.T., and Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Brown, P. (1994). Toward a psychobiological model of dissociation and posttraumatic stress disorder. In S.J. Lynn and J. Rhue (Eds.), *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 94-122) New York: Guilford.

Burger, J.M., and Burns, L.: The illusion of Unix vulnerability and the use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14: 264-270, 1988.

Buss, D.M. (2004). *Evolutionary psychology: The new science of mind* (2nd ed.). New York: Pearson.

Card, J.(1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Consulting Psychology*, 43, 6-16.

Campbell, J. (1968). *The hero with a thousand faces* (2nd ed.). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Campbell, J. (1972). *Myths to live by*. New York: Viking.

Carr, C.(2002) *The Lessons of terror: A history of warfare against civilians, why it has always failed and why it will fail again*. New York: Random House

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: W.W. Norton.

Danieli, Yali: Personal discussion: *Transgenerational Transmission of Trauma*, 1994.

Davidson, J., Swartz, M.: Storck, M., Krishnan, R., and Hammett, E.: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142: 90-93, 1985.

Dawkins, R. (1982). *The extended phenotype*. Oxford, UK: W.H. Freeman.

Deahl, M.P., Gillham, A.B., Thomas, J., Searle, M.M., and Srinivasan M.: Psychological sequelae following the gulf war: Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60-65, 1994.

DeMeo, J. (1998). *Saharasia*. Ashland, OR: Natural Energy Works.

Duffy, J. (1979). The role of CMHCs in airport disasters. *Technical Assistance Center Report*, 2(1), 7-9.

Dunning, C., and Silva, M.: Disaster-induced trauma in rescue workers. *Victimology: an International Journal*, 5, 287-297, 1980.

Durham, T.W., McCammon, S.L., and Allison, Jr., E.J.: The psychological impact of disaster on rescue personal. *Annals of Emergency Medicine*, 14, 664-668, 1985.

Duton, L.M., Smolensky, M.H., Lorimar, R., Hsi, B., and Leach, C.S.(1978, September/October). Psychological stress levels in paramedics. *Emergency Medical Services*, 88, 90-94.

Egendorf, A., Kadushin, C., Laufer, R.S., Rothbart, G., and Sloan, L. (Eds.) (1981). *Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers*. New Yoer: Center for policy Research.

Fairbank, J.A., Keane, T.M., and Malloy, P.F. (1983). Some preliminary data on the psychological characteristics of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 912-919.

Ferguson, R.B. (2000). The causes and origins of primitive warfare. *Anthropological Quarterly*, 73, 159-164.

Figley, C.R. (1978). Symptom sof delayed combat-stress among a college sample of Vietnam veterans. *Military Medicine*, 143, 107-110.

Finley, Erin P. *Fields of combat: understanding PTSD among veterans of Iraq and Afghanistan*. Ithaca: ILR Press, 2011, xiii, 221 p. Culture and politics of health care work. ISBN 08-014-4980-4.

Fontana, A., and Rosenheck, R. (1994a). Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II, Korean, and Vietnam war veterans. *Psychology and Aging*, 9, 27-33.

Fowlie, D.G., and Aveline, M.O.: The emotional consequences of ejection rescue, and rehabilitation in the Royal Air Force crew. *British Journal of Psychiatry*, 146: 609-613, 1985.

Foy, D.W., Sippelle, R.C., Rueger, D.B., and Carroll, E.M.: Etiology of post traumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of pre-military, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 88-96, 1984.

Foy, D.W., Sippelle, R.C., and Carroll, E.M. (1987). Premilitary, military and postmilitary factors in the development of combat-related stress disorders. *The Behaviour Therapist*, 10, 3-9.

Freeman, K. (1979). CMHC responses to the Chicago and San Diego airplane disasters. *Technical Assistance Center Report*, 2(1), 10-12.

Friedman, M.J. (1994). Posttraumatic stress disorder. In R.J. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology: Vol.3* (2nd ed., pp. 102-104). New York: John Wiley and Sons.

Frye, J., and Stockton, R.A.: Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139: 52-56, 1982.

Gaines, L., Southerland, M., and Angell, J.: *Police Administration*. New York: McGraw-Hill, 1991.

Graham, N.K.: Done in, fed up, burned out: too much attrition in EMS. *Journal of Emergency Medical Services*, Jan., 24-29, 1981.

Grinker, R., and Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.

Guralnick, L.: Mortality by occupation and cause of death among men 20-64 years of age: *Vital Statistic Special Reports*, 53, Bethesda, Mariland, United States Department of Health, Education, and Welfare, 1963.

Glass, A.J. (1959). Psychological aspects of disaster. *Journal of the American Medical Association*, 171(2), 222-225.

Graf, F.: The relationship between social support and occupational stress among police Officers. *Journal of Police Science and Administration*, 14: 178-186, 1986.

Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D., and Gleser, G.C. (1990b). War stressors and symptom persistence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety*

*Disorders*, 4, 31-39.

Greening, L., and Dollinger, S.J.: Illusions of invulnerability: Adolescents in a natural disaster: *Journal of Traumatic Stress*, 5: 63-75, 1992.

Greer, M. (2005, April). A new kind of war. *Monitor on psychology*, pp. 38-40.

Grossman. *On combat: The psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and in Peace*. 2004. vyd. Library of Congress, 2004. ISBN B008068P8K.

Hammer, J.S., Jones.J.W., Lyons, J.S. and Johnson, N.J.: Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of Emergency Medicine*, 15, 536-539, 1986.

Hathaway, S.R., and McKinley, J.C. (1967). Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual of administration and scoring. New York: psychological Corporation.

Hašto, Jozef a Hana Vojtová. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 185 s.

Helmus, Todd C a Russell W Glenn. *Steeling the mind: combat stress reactions and their implications for urban warfare*. Santa Monica, CA: Rand Arroyo Center, 2004, xxiv, 150 p. ISBN 08-330-3702-1.

Helzer, J.E.,Robins, L.N., and McEvoy, L.(1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.

H. Pietrzak, PH.D., Robert, Douglas C. Johnson, PH.D. a Marc B. Goldstein, PH.D.,. Psychological Resilience and Postdeployment Social Support Protect Against Traumatic Stress And Depressive Symptoms In Soldiers Returning From Operations Enduring Freedom And Iraqii Freedom. *Depression and anxiety*. 2009, č. 7.

Jacobi, J.H.: Reducing police stress: A psychiatrist's point of view. In Kroes, W., and Hurrell, J. (Eds.): *Job Stress and the Police Officer*. HEW Publication No. 76-187, pp. 85-116. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1976.

Janoff-Bulman, R., and Frieze, I.H.: A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39: 1-17, 1983.

Jong, J.D. (2002). Trauma, war, and violence. New York: Plenum.



Joseph, Stephen, Ruth Williams a William Yule. *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York: J. Wiley, c1997, 187 p. ISBN 04-719-6801-3.

Kauffman, J.R.: Biological markers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48: 366-367, 1987.

Kessler, R.C.: A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress. *Journal of Healthand Social Behavior*, 20: 100-108, 1979.

Krippner, S. (1997b). The varieties of dissociative experience. In S. Krippner and S. Powers (Eds.), *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice* (pp. 336-361). Washington, DC: Brunner /Mazel

Kroes, W.: *Societis 's Victim: The Police*. Springfield, IL: Charles C Thomas, Publisher, 1986.

Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A.,Hough, R.L., Jordon, B.K.,Marmar, C.R., and Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findidngs from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel

Labovitz, S., and Hagehorn, R.: An analysis of suicide rates among occupational categories. *Social Inquiry*, 41: 67-72, 1971.

Loo, R.: Post-shooting stress rections among police officers. *Journal of Human Stress*, 12: 27-31, 1986.

Lester, D.: Suicide in police officers: A survey of nations. *Police Studies*, 15: 146-148, 1992.

Malmquist, C.P. (1986). Children who witness parentel murder: Post-traumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 320-325.

Martin, C.A., McKean, H.E., and Veltkamp, L.J.: Post-traumatic stress disorder in police and working with victims: A pilot study. *Journal of Police Science and Administration*, 14: 98-101, 1986.

Maslach, C.: Burned out. *Human Behavior*, 2: 16-22, 1976.

McCafferty, F.L., McCafferty, E., and McCafferty, M.A.: Stress and suicide in police officers: A paradigm of occupational stress. *Southern Medical Journal*, 85: 233-243, 1992.

McCammon, S., Durham, T.W., Allison, E.J., and Williamson, J.E.: Emergency workers' cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of Traumatic Stress, 1*, 353-372, 1988.

McFarlane, A.C.: The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry, 152*, 116-121, 1988.

McFarlane, A.C.: The aetiology of post-traumatic morbidity : Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry, 154*, 221-228, 1989.

McLay, Robert N. *At war with PTSD: battling post traumatic stress disorder with virtual reality*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2012, vi, 206 p. ISBN 14-214-0593-8.

Merbaum, M. (1977). Some personality characteristics of soldiers exposed to extreme war stress: A follow-up study of post hospital adjustment. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 558-562.

Mitchell, J. and Bray, G.: *Emergency Services Stress: Guidelines for Presenting the Health and Careers of Emergency Service Personnel*. Englewood Cliffs, NJ, Brady, 1990.

M. Wright, PHD, Kathleen, Amy B. Adler, PHD, LTC Paul D. Bliese a Rachel D. Eckford. Structured Clinical Interview Guide for Postdeployment Psychological Screening Programs. *Military medicine*. 2008, č. 5.

Neale, N.: Work stress in emergency medical technicians. *Journal of Occupational Medicine, 33*, 991-997, 1991.

Nelson, Z., and Smith, W.E.: The law enforcement profession: An incidence of high suicide: *Omega, 1*: 293-299, 1970.

O'Brien, L.S., and Hughes, S.J.(1991). Symptom of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. *British Journal of Psychiatry, 159*, 135-141.

Orner, R.J., Lynch, T., and Seed, P.(1993). Long-term traumatic stress reactions in British Falklands war veterans. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 457-459.

Paulson, Daryl S a Stanley Krippner. *Haunted by combat: understanding PTSD in war veterans*. 1st Rowman. Lanham: Rowman, 2010, xxi, 203 p. ISBN 02-759-9187-3.

Paulson, D.S. (1993, Winter). Authentic integral living: The search for the realself. *Voices*, 58-65.

Paulson, D.S. (1994). *Walking the point: Male initiation and the Vietnam experience*. Plantaton, FL: Distinctive.

Paton, Douglas a John M Violant.i *Traumatic stress in critical occupations: recognition, consequences, and treatment*. Springfield, Ill., U.S.A.: Charles C Thomas Publishers, c1996, xiv, 245 p. ISBN 03-980-6578-0.

Perloff, L.S.: Perceptions of vulnerability of victimisation. *Journal of Social Issues*, 39: 41-61, 1983.

Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, R.L., Poire, R.E., and Steketee, G.S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 849-858.

Rangell, L.: The metapsychology of psychic trauma. In S.S. Furst (Ed.), *Psychic Trauma*. New York: Basic Books, 1967.

Rauch, S.L., Shin, L.M., Whalen, P.J., and Pitman, R.K. (1998) Neuroimaging and neuroanatomy of post-traumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 3(2), 30-41.

Reiser, M.: Some organizational stressors on police officers. *Journal of Police Science and Administration*, 2: 156-159, 1974.

Reitman, J. (2005, March 10). Surviving Fallujah. *Rolling Stone*, pp. 84-88.

Rossi, E.L., and Cheek, D.B. (1988). *Mind/ bidy therapy: Method of ideodynamic healing in hypnosis*. New York: W.W. Norton.

Shaw, J.A.: Unmasking the illusion of safety: Psychic trauma in war. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 51: 49-63, 1987.

Schwartz, J., and Schwartz, C.: The personal problems of the police officer: A plea for action. In W. Kroes and J. Hurrel (Eds.), *Job Stress and the Police Officer*. DHEW Publ. 76-187, NIOSH. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1976.

Schnaier, J.A. (1986). A study of women Vietnam veterans and their mental health adjustment. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. II. Traumatic stress theory , research, and intervention*. New York: Brunner/Mazel.

Siddle, Bruce K. *Sharpening the warrior's edge*. 10th print. Belleville: PPCT Research Publications, 2008, 148 s. ISBN 978-096-4920-507

Silver, S.M., and Iacono, C.U.(1984). Factor-analytic support for DSM-III's posttraumatic stress disorder for Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 5-14.

Solkoff, N., Gray, P., and Keill, S.: Which Vietnam veterans develop posttraumatic stress disorders? *Journal of Clinical Psychology, 24*: 687-698, 1985.

Solkoff, N., Gray, P., and Keill, S. (1986). Which Vietnam veterans develop posttraumatic stress disorders? *Journal of Clinical Psychology, 42*, 687-698.

Solomon, R.M., and Horn, J.M.: Post shooting traumatic reactions. In J.T. Reese and H.A. Goldstein (Eds.), *Psychological Services for Law Enforcement*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1985.

Somodevilla, S.A.: Alternatives to traditional law enforcement. In J.T. Reese and H.A. Goldstein (Eds.), *Psychological Services for Law Enforcement*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1985.

Spielberger, C.: Westberry, L.: Grier, K., and Greefield, G.: *The Police Stress Survey: Sources Stress in Law Enforcements*. Tampa, Florida: Human Resources Institute, 1981.

Spiro, A., Schnurr, P.P., and Aldwin, C.M. (1994). Combat-related posttraumatic stress disorder symptoms in older men. *Psychology and Aging, 9*, 17-26.

Staff (1979, January 8). Crash trauma nightmares plague rescuers. *Time*, p.61.

Stratton, J.G.: Police stress: An overview. *Police Chief*, April, 58-62, 1978.

Summers, G.M., and Cowan, M.L.: Mental health issues related to the development of a national disaster response system. *Military Medicine, 156*, 30-32, 1991.

Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey K., Allain, A.N., and Errera, P.: Psychological symptoms and psychiatric diagnoses in Operation Desert Storm troops servis gravis registration duty. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 159-171, 1994.

Swanson, C., and Territo, L.: *Police Administration, Structures, Processes, and Behaviors*. New York, MacMillan, 1983.

Symonds, M.: Emotional hazard of police work. *American Journal of Psychoanalysis*, 30: 155-160, 1970.

Terry, W.: Police stress as an individual and administrative problem: Some conceptual and theoretical difficulties. *Journal of Police Science and Administration*, 11: 156-164, 1983.

Territo, L., and Vetter, H.: Stress and police personnel. *Journal of Police Science and Administration*, 9: 195-207, 1981.

van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

Violanti, J.M., and Vena, J.E.: Disease risk and mortality among police officers. *Journal of Police Science and Administration*, 14: 17-23, 1986.

Wagner, M., and Brzeczek, R.: Alcohol and suicide: A fatal connection. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 52: 7-15, 1983.

Wilson, C. (1985). *A criminal history of mankind*. London: Grafton.

Wilson, John P. and Beverley Raphael. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press, c1993, xxxiii, 1011 p. ISBN 03-064-3795-3.

Wisneski, L.A., and Anderson, L. (2005). *The scientific basis of integrative medicine*. Boca Raton, FL: CRC Press.

Wilson, J.P. (1978a). Forgotten Warrior Project. Cincinnati: Disabled American Veterans.

Wilson, J.P. (1980). Conflict, stress and growth: Effects of war on psycho-social development among Vietnam veterans. In C. Figley and S. Leventman (Eds.). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war* (pp. 123-165). New York: Praeger.

Wraith, R.: The impact of major events on children. In R. Watts and D.J. de la Horne (Eds.) *Coping with Trauma*. Brisbane, Australian Academic Press.

## **7 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

### **Příloha A:**

Tabulka 1: Modul PTSD .....strana 79 - 80

Tabulka 2: Modul deprese .....strana 80 -81

Tabulka 3: Modul sebevražedné sklony.....strana 82

Tabulka 4: Modul hněv .....strana 83

Tabulka 5: Modul problémy ve vztazích .....strana 84

Tabulka 6: Modul problémy spojené s konzumací alkoholu.....strana 85 - 87

Tabulka 7: Modul poruch spánku .....strana 88

Tabulka 8: Modul ostatní problémy .....strana 89

### **Příloha B:**

Graf 1: Porovnání míry zatížení PTSD mezi složkami IZS a AČR.....strana 90

Graf 2: Problémy ve vztazích u jednotlivých složek IZS a příslušníků AČR.....strana 90

Graf 3: Porovnání zastoupení problémů se spánkem .....strana 91

Graf 4: Porovnání problémů s hněvem .....strana 91

Graf 5: Porovnání problémů s alkoholem u jednotlivých složek IZS a příslušníků AČR  
....strana 92

## 8 PŘÍLOHY

### Příloha A

Tabulka 1: Modul PTSD

MODUL 1 - PTSD		
A. měl jste někdy zkušenost nebo jste byl svědkem či měl co dočinění s extrémně traumatizující událostí. (například přímé nebo hrozící riziko smrti nebo závažného poranění Vám nebo někomu jinému)?	NE	ANO
POKUD NE, PŘEJDI K MODULU 2. POKUD ANO, POKRAČUJ S BODY UVEDENÝMI NÍŽE A ZEPTEJ SE NA VŠECHNY OTÁZKY.		
B. Potýkal jste se s intenzivním strachem, bezmocí nebo hrůzou?		
Prožil jste za poslední měsíc událost distresujícího charakteru, jakými mohly být:	NE	ANO
1. Intenzivní vzpomínky? (např. obrazy nebo myšlenky či události)		
2. Sny?		
3. Flash backy? (chování se nebo pocity, jako by se událost znovu stala)		
4. Intenzivní distres na něco, co Vám připomnělo událost?		
5. Fyziologické reakce? (např. zvýšená tepová frekvence)		
<b>Za poslední měsíc:</b>	NE	ANO
6. Snažil jste se vyhnout myšlenkám na onu událost?		
7. Vyhýbal jste se věcem, které Vám připomínaly onu událost?		
8. Měl jste potíže vzpomenout si na nějakou důležitou část toho, co se stalo?		
9. Měl jste menší zájem být se svými přáteli?		
10. Cítil jste se odloučen nebo odcizen od ostatních?		
11. Zaznamenal jste, že by Vše pocity byly otupělé? (např. jste měl menší schopnost pociťovat emoce?)		
12. Pociťoval jste, že Váš život bude kratší nebo že zemřete dříve, než jiní lidé?		
<b>Za poslední měsíc:</b>	NE	ANO
13. Měl jste potíže se spaním?		
14. Byl jste neobvykle podrážděný nebo jste měl výbuchy zlosti?		
15. Měl jste potíže s koncentrací?		
16. Byl jste nervózní nebo soustavně v pohotovosti?		
17. Byl jste snadněji vylekaný?		
Byly tyto problémy během posledního měsíce významně spojeny s Vaší prací nebo společenským životem nebo zapříčiňovaly významný distres?	NE	ANO

BYLO 6 NEBO VÍCE ODPOVĚDÍ (1-17) OZNAČENO ODPOVĚDÍ ANO? POKUD ANO, POKRAČUJ K BODŮM, UVEDENÝM NÍŽE. POKUD NE, PŘEJDI NA MODUL 4.	NE	ANO
URČI TYP SLEDOVÁNÍ POŽADOVANÉHO NÍŽE (ZHODNOŤ INTENZITU PROBLÉMU).		
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ, DŮVOD:		
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ		
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ		

Tabulka 2: Modul deprese

MODUL 2 – Deprese		
la. Byl jste neustále v depresi nebo "na dně" většinu dne, TĚMĚŘ KAŽDÝ DEN, za poslední dva týdny?	ANO	NE
Byla otázka la. ZODPOVĚŽENA ANO? POKUD ANO POKRAČUJ S BODEM 2. POKUD NE, POKRAČUJ NÍŽE S BODEM Ib.		
Ib. Byl jste neustále v depresi nebo "na dně" většinu dne, VÍCE NEŽ POLOVINU DNE za poslední dva týdny?		
2. Měl jste v posledních 2 týdnech méně zájmu nebo jste ztratil potěšení z většiny věcí?		
POKUD BYLA OTÁZKA 1 NEBO 2 ZODPOVĚŽENA ANO, POKRAČUJ K BODU UVEDENÉMU NÍŽE. POKUD NE, PŘEJDI K MODULU 3.		
<b>Když jste během posledních dvou týdnů cítil nezáměr nebo jste byl v depresi:</b>	ANO	NE
3. Byla Vaše chuť snížena nebo zvýšená téměř každý den?		POKUD NE, "Více než polovinu dní?"
4. Měl jste potíže se spaním téměř každou noc (potíže s usínáním probouzením se uprostřed noci, časným ranním vstáváním nebo nadměrným spaním)?		ANO
5. pohyboval jste se pomaleji, než normálně nebo jste byl neposedný, neklidný nebo jste měl potíže sedět v klidu téměř každý den?		NE
6. Cítil jste se unavený nebo bez energie téměř každý den?		
7. Cítil jste se neúčinný nebo vinný téměř každý den?		



8. Měl jste potíže s koncentrací nebo rozhodováním téměř každý den?			
	POKUD NE, "Příležitostně?" ANO                      NE		
9. Zvažoval jste opakovaně, že si ublížíte, měl jste sebevražedné pocity nebo jste si přál být mrtvý?			
<b>DALŠÍ OTÁZKY PRO ZÁKLADNÍ INFORMACE</b>	ANO	NE	POKUD NE, "Spíše?"
Způsobily u Vás symptomy deprese nějaký významný distres nebo nějakým jiným způsobem ovlivnily Vaši schopnost fungovat v zaměstnání a ve společnosti?			
Měl jste během svého života jiná období dvou a více týdnů, kdy jste pociťoval deprese nebo nezáměr ve většinu věcí a měl většinu problémů, o kterých jsme právě hovořili?			
BYLO 5 NEBO VÍCE ODPOVĚDÍ (1-9) OZNAČENO ANO (na každé úrovni)? POKUD ANO, POKRAČUJTE BODEM UVEDENÝM NÍŽE.			
POKUD NE, PŘEJDETE NA MODUL 2 NA DALŠÍ STRÁNCE. URČETE TYP SLEDOVÁNÍ, POŽADOVANÉHO NÍŽE (ZHODNOŤTE INTENZITU PROBLÉMU):			
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ. DŮVOD: STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ: OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ:			

Tabulka 3: Sebevražedné sklony

MODUL 3 - Sebevražedné sklony			
Za poslední měsíc jste:	NE	ANO	BODY
Přemýšlel o tom, že byste byl raději mrtvý nebo jste si přál být mrtvým?			1
Chtěl jste si ublížit?			2
Přemýšlel jste o sebevraždě?			6
Měl jste sebevražedný plán?			10
Pokusil jste se o sebevraždu?			10
<b>Učinil jste někdy během svého života sebevražedný pokus?</b>			<b>4</b>
JE ALESPOŇ JEDNA Z VÝŠE UVEDENÝCH OTÁZEK OZNAČENA ANO? POKUD ANO, POKRAČUJ K BODŮM, UVEDENÝM NÍŽE. POKUD NE, PŘEJDI K MODULU 4.			
DOPLŇ CELKOVÝ POČET BODŮ ZA ODPOVĚDI V TOMTO MODULU			
A SPECIFIKUJ ÚROVEŇ RIZIKA SEBEVRAŽDY, JAK JE UVEDENO NÁSLEDNĚ:			
1 - 5 BODŮ NÍZKÝ - STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ			
> 6 BODŮ STŘEDNÍ AŽ VYSOKÉ- OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ			
URČÍ TYP POŽADOVANÉHO SLEDOVÁNÍ			
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ, DŮVOD:			
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ:			
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ:			

Tabulka 4: Modul hněv

MODUL 4 - Hněv		
<b>Během posledního měsíce až do současnosti:</b>	NE	ANO
1. Pociťoval jste, že nemůžete kontrolovat Vaši touhu ublížovat jiným osobám, jako členům jednotky nebo přátelům?		
2. Byl jste na pokraji ztráty kontroly nad svým hněvem?		
<b>JE NEJMÉNĚ JEDEN Z VÝŠE UVEDENÝCH BODŮ OZNAČEN ANO?</b> POKUD ANO, POKRAČUJ K BODŮM, UVEDENÝM NÍŽE. POKUD NE, PŘEJDI NA MODUL 5.		
	NE	ANO
1. Měl jste v posledním měsíci plán fyzicky ublížit jiným lidem?		
2. Ublížil jste za poslední měsíc jiným lidem?		
3. Ublížil jste v minulosti jiným lidem, vyjma např. zahraniční mise?		
<b>JE ALESPŮŇ JEDEN Z VÝŠE UVEDENÝCH BODŮ OZNAČEN ANO? Pokud ANO, urči typ požadovaného sledování.</b> POKUD NE, PŘEJDI NA MODUL 5. URČI TYP POŽADOVANÉHO SLEDOVÁNÍ.		
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ, DŮVOD:		
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ:		
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ:		

Tabulka 5: Problémy ve vztazích

MODUL 5 - Problémy ve vztazích		
	NE	ANO
1. Jste ženatý nebo v nějakém vážném vztahu?		
2. Procházíte nyní obdobím odloučení nebo rozvodu?		
JE ALESPOŇ JEDEN Z VÝŠE UVEDENÝCH BODŮ OZNAČEN ANO?		
POKUD ANO, POKRAČUJ BODY UVEDENÝMI NÍŽE, POKUD NE, PŘEJDI NA MODUL 6.		
	NE	ANO
1. Měl jste nějaké závažné problémy ve vašem manželství nebo vážném vztahu, jakými byly závažné konflikty, zneužívání, nevěra, užívání návykových látek, a nebo závažné finanční potíže?		
2. Očekáváte, že budete mít nějaký závažný konflikt se svou manželkou/ manželem nebo druhem/ družkou během následujících měsíců? POKUD ANO, DŮVOD:		
POKUD BYLA ODPOVĚĎ ANO A TO AŽ JIŽ K BODU 1 NEBO 2, ZHODNOŤ INTENZITU PROBLÉMU A POKUD JE SLEDOVÁNÍ NEZBYTNÉ, ZAZNAMENEJ TO NÍŽE. POKUD NE, PŘEJDI NA MODUL 6 NA NÁSLEDUJÍCÍ STRÁNCE.		
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ. DŮVOD:		
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ:		
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ:		

Tabulka 6: Problémy spojené s konzumací alkoholu

MODUL 6 - Identifikační test na problémy spojené s konzumací alkoholu	
<p>ZAČNĚTE S VĚTOU "Nyní se Vám chystám položit několik otázek ohledně konzumace alkoholických nápojů během POSLEDNÍCH 4 TÝDNŮ". POKLÁDEJTE OTÁZKY TAK „JAK JSOU NAPSANÉ A ZAZNAMENÁVEJTE SKÓRE (0-4), KORESPONDUJÍCÍ S ODPOVĚĐMI VE VOLNÝCH KOLONKÁCH.</p>	
	<b>Skóre</b>
1. Jak často jste měl nápoj obsahující alkohol?	
Nikdy	0
Jednou za měsíc nebo méně	1
Dvakrát až čtyřikrát za měsíc	2
2 až 3 krát týdně	3
Čtyřikrát a více týdně	4
2. Jaké množství nápojů obsahujících alkohol jste požil v běžný den, kdy jste pil?	
1 nebo 2	0
3 nebo 4	1
5 nebo 6	2
7,8 nebo 9	3
10 nebo více	4
3. Jak často jste měl šest nebo více nápojů během jedné události?	
Nikdy	0
Méně než jednou za měsíc	1
Každý měsíc	2
Každý týden	3
Denně nebo téměř denně	4
Přejdi na otázky 9 nebo 10, pokud je celkové skóre za otázky 2 a 3 = 0.	
4. Jak často jste během posledních 4 týdnů zjistil, že nejste schopen přestat pít, jakmile jste začal?	
Nikdy	0
Méně než jednou za měsíc	1
Každý měsíc	2
Každý týden	3
Každý den nebo téměř každý den	4

5. Jak často jste během posledních 4 týdnů selhal v tom, co se od Vás běžně očekává?		
Nikdy	0	
Méně než jednou za měsíc	1	
Každý měsíc	2	
Každý týden	3	
Každý den nebo téměř každý den	4	
6. Jak často jste během posledních 4 týdnů potřeboval první alkoholický nápoj v ranních hodinách, aby jste se vzpamatoval z předchozí těžké pijácké akce?		<b>Skóre</b>
Nikdy	0	
Méně než jednou za měsíc	1	
Každý měsíc	2	
Každý měsíc	3	
Každý den nebo téměř každý den	4	
7. Jak často jste měl během posledních 4 týdnů pocit viny nebo výčitek svědomí po konzumaci alkoholu?		
Nikdy	0	
Méně než jednou za měsíc	1	
Každý měsíc	2	
Každý týden	3	
Každý den nebo téměř každý den	4	
8. Jak často jste během posledních 4 týdnů nebyl schopen zapamatovat, co se stalo předchozí noc, z důvodu konzumace alkoholických nápojů?		
Nikdy	0	
Méně než jednou za měsíc	1	
Každý měsíc	2	
Každý týden	3	
Každý den nebo téměř každý den	4	
9. Zranil jste se Vy nebo někdo jiný jako následek Vaší konzumace alkoholu?		
Ne	0	
Ano, ale ne v posledním roce	2	
Ano, během posledního roku	4	

10. Byl někdo z Vašich příbuzných, přátel, lékařů nebo zdravotnických pracovníků znepokojen z Vaší konzumace alkoholu nebo Vás někdo z nich navrhoval, abyste s tím zkončil?	
Ne	0
Ano, ale ne v posledním roce	2
Ano, během posledního roku	4
<b>Zde zaznamenej celkový počet bodů</b>	
1. POKUD JE CELKOVÝ POČET BODŮ 15 A MÉNĚ, PŘEJDI NA MODUL 8.	
2. POKUD JE CELKOVÝ POČET BODŮ MEZI 16 A 19 ZHODNOŤ MOŽNOU NÁSLEDNOU PÉČÍ A ZAZNAMENEJ TO NÍŽE.	
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ, DŮVOD:	
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ	
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ	
3. POKUD JE CELKOVÝ SUČET BODŮ 20 A VÍCE, PŘEJDI NA DALŠÍ ZHODNOCENÍ	
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ. DŮVOD	
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ	
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ	

Tabulka 7: Modul poruch spánku

<b>MODUL 7 - Poruchy spánku</b>		
	NE	ANO
<b>Během minulého měsíce až do dnešního dne:</b>		
1. Měl jste potíže usnout nebo nepřerušovaně spát?		
2. Měl jste neklidný nebo roztříštěný spánek?		
POKUD BYLA ODPOVĚĎ NA JAKOUKOLI Z OTÁZEK ANO, POKRAČUJTE S NÁSLEDUJÍCÍMI OTÁZKAMI: POKUD NE, PŘEJDĚTE NA MODUL 8		
	NE	ANO
3. Vedly problémy se spánkem k významnému distresu nebo zhoršení ve společenském, pracovním nebo jiném důležitém prostředí?		
4. Jsou problémy se spánkem spojené s užíváním léků nebo nadměrným užíváním kofeinu?		
5. Jsou problémy se spánkem spojené se zdravotním stavem (bolesti zad)?		
6. Jsou problémy se spánkem spojené s vnějším faktorem, jako malými dětmi v domácnosti, hlučnými sousedy nebo telefonními hovory?		
7. Myslíte si, že jsou problémy se spánkem spojeny s rozrušením nebo smutkem?		
8. Chtěl byste pomoci s problémy se spánkem?		
POLOŽTE JAKOUKOLI OTÁZKU K OSVĚTLENÍ SYMPTOMATOLOGICKÉHO OBRAZU ZHODNOŤTE POTŘEBU DALŠÍHO VYŠETŘENÍ VYHODNOŤTE NÁSLEDNÝ POSTUP A ZAZNAMENEJTE JEJ NÍŽE.		
SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ, DŮVOD:		
STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ, DŮVOD:		
OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ, VYSVĚTLETE:		

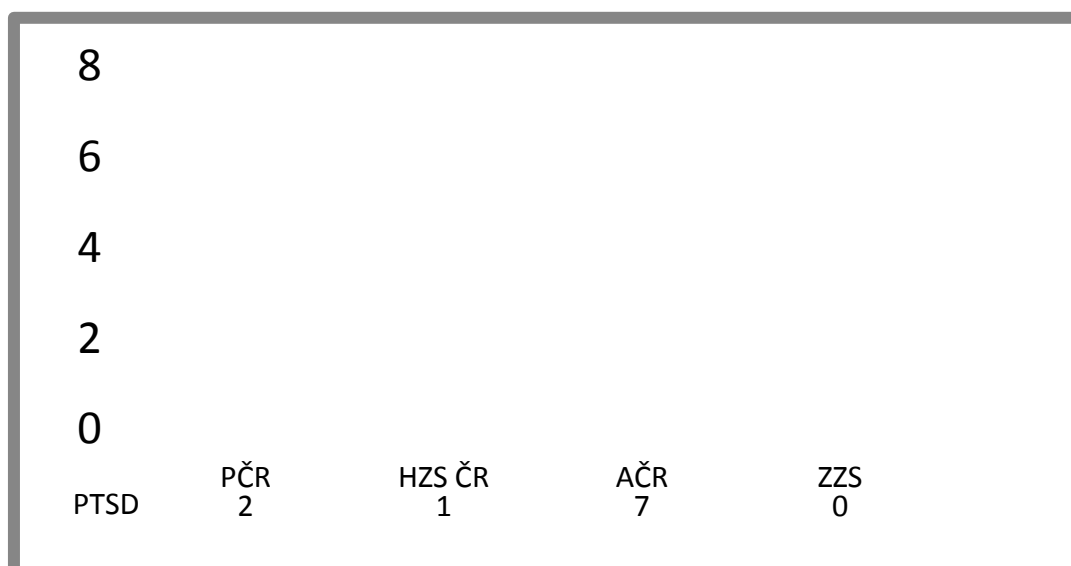


Tabulka 8: Ostatní problémy

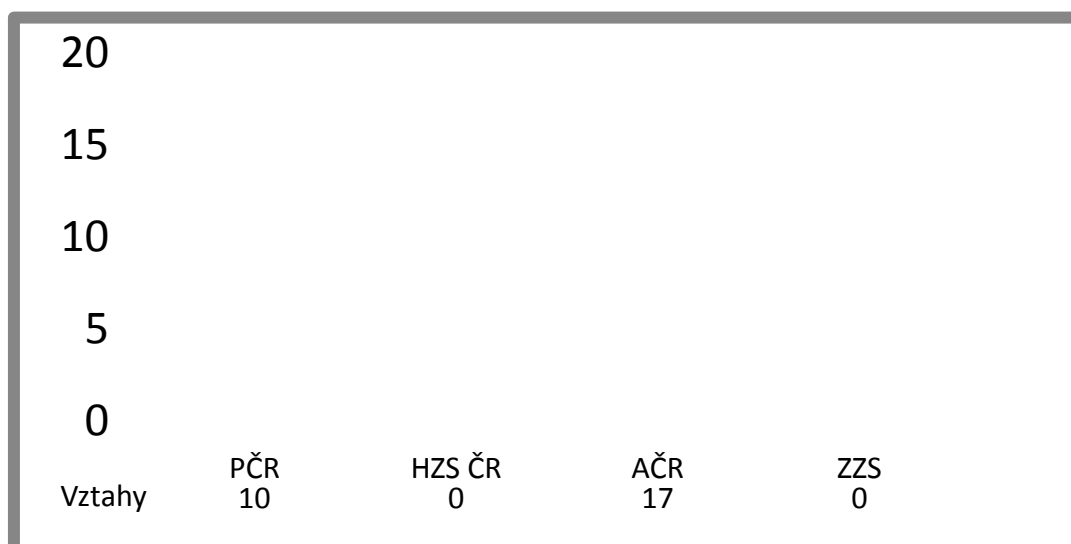
MODUL 8 – Ostatní problémy		
	NE	ANO
<p>POLOŽ JAKOUKOLI OTÁZKU K OBJASNĚNÍ SYMPTOMŮ, POTŘEBNÝCH K OSVĚTLENÍ SYMPTOMATOLOGIE NEBO TENDENCÍ. POSUŽ POTŘEBU NÁSLEDNÉHO ZHODNOCENÍ, BEZ OHLEDU NA KRITÉRIA STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.</p>		
<p>1. Trápí Vás ještě něco, o čem jsme spolu zatím nediskutovali?                      POKUD ANO. PROBLÉM:</p>		
<p>2. Jste v současné době léčen kvůli emočním problémům nebo problémům s chováním?                      Pokud ANO, DŮVOD:</p>		
<p>3. Byl jste během výkonu povolání léčen kvůli emočním problémům nebo potížím s chováním?                      Pokud ANO. DŮVOD:</p>		
<p>4. Chtěl byste se sejit s někým, kdo by Vám poradil?                      Pokud ANO. DŮVOD:</p>		
<p>POKUD BYLA ODPOVĚĎ POZITIVNÍ V JAKÉMKOLI BODĚ UVEDENÉM VÝŠE – POSUŽ DALŠÍ SLEDOVÁNÍ A ZAZNAMENEJ TO NÍŽE:</p> <p>SLEDOVÁNÍ NENÍ NUTNÉ. DŮVOD:</p> <p>STANDARDNÍ SLEDOVÁNÍ. DŮVOD:</p> <p>OKAMŽITÉ SLEDOVÁNÍ. VYSVĚTLI:</p>		

## Příloha B

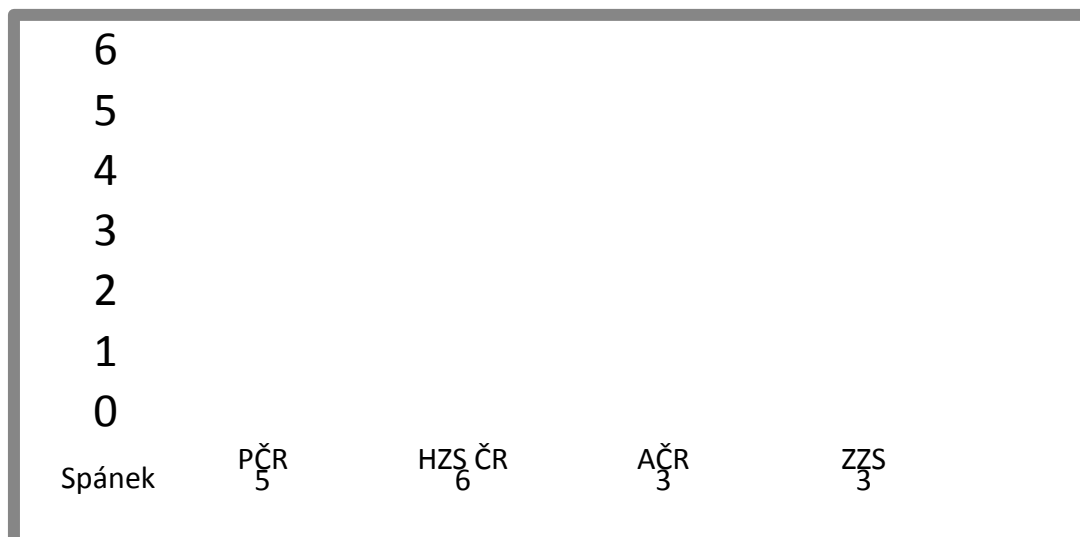
Graf 1: Porovnání míry zatížení PTSD mezi složkami IZS a AČR



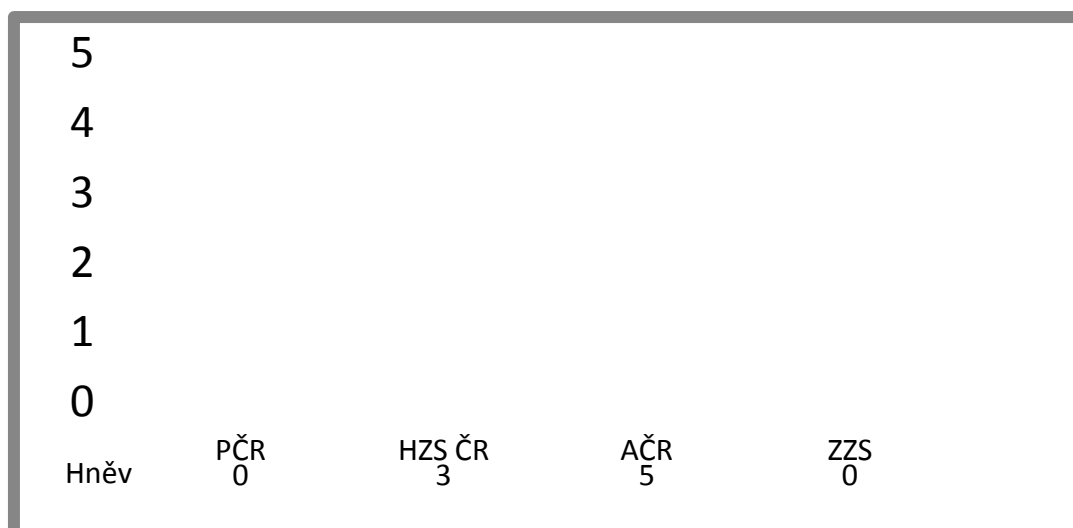
Graf 2: Problémy ve vztazích u jednotlivých složek IZS a příslušníků AČR



Graf 3: Porovnání zastoupení problémů se spánkem



Graf 4: Porovnání problémů s hněvem



Graf 5: Porovnání problémů s alkoholem u jednotlivých složek IZS a příslušníků AČR

