

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Porovnání výsledků MMPI-2 u vojáků se zkušeností
z misí a vojáků bez této zkušenosti**

Diplomová práce

Bc. Barbora Zrzavecká

Studijní program: NMgr. Psychologie

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha, 2019

Prague College of Psychosocial Studies



**Comparison of MMPI-2 results at military personnel
with and without experience with foreign deployment in
an operation**

Diploma thesis

Bc. Barbora Zrzavecká

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha, 2019

SOUHRN

Cílem této práce bylo zjištění, jaký je rozdíl mezi vojáky, kteří se nějaké zahraniční operace účastnili, a těmi, kteří tuto zkušenost ještě nezískali. Zvolenou metodou se stalo MMPI-2 a spolu s faktorovou analýzou se zjistily pozitivně překvapující výsledky. Autorka také určila společný faktor, jenž odlišuje zkušenější skupinu. Teoretická část je doplněna o historický přehled zahraničních operací i podmínek a v její psychologické části se uvádějí podstatné informace o hrozícím posttraumatickém stresovém syndromu, jak jej poznat, pracovat s ním a jaké jsou možnosti léčby. V závěru práce ještě autorka zmiňuje techniku práce s vojáky dle armádních příruček.

Klíčová slova

Zahraníční operace, mise, voják, MMPI-2, osobnostní inventář, osobnost, PTSD, posttraumatická stresová porucha

ABSTRACT

The aim of the thesis is to find out the difference among soldiers who already participated in an international operation and those who lack such an experience. The chosen method was MMPI-2 which together with factor analysis proved surprisingly positive results. The author also identified common factors that distinguish a group of more experienced ones. The theoretical part of the thesis is supplemented by a historical overview of (Czech) foreign military operations and conditions. The psychological part of the thesis includes substantial information on threatening PTSD, in particular how to recognise it, work with it and what options could have the treatment. In the conclusion the author touches the methodology of the work with the soldiers according to military handbooks.

Keywords

Army foreign operation, army mission, soldier, MMPI-2, personal inventory, personality, PTSD, posttraumatic stress disorder, deployed, non-deployed

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30. 4. 2019

.....

Barbora Zrzavecká

Poděkování

Mnohokrát děkuji paní MUDr. Dostálové, CSc., za její vedení, milou péči, úžasnou pomoc, velkou trpělivost, trefné poznámky a podporu při psaní.

Velké a upřímné poděkování také patří mému supervizorovi této práce, panu Plk. Mgr. Marku Novému. Děkuji za možnost s Vámi spolupracovat na výzkumu a za veškerou péči a věnovaný čas.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 ZAHRANIČNÍ OPERACE ČESKÉ REPUBLIKY	9
1.1 Úkoly našich vojáků mimo naše území a z nich vyplývající rizika	9
1.2 Historie zahraničních operací armády české republiky	10
1.2.1 Přehled zahraničních operací vojáků ČR od r. 1990.....	10
1.2.2 Od nedávné historie po současnost v detailech.....	12
1.3 Úkolová uskupení ISAF a Resolute Support	22
1.3.2 PRT – Provinční rekonstrukční tým	23
1.3.3 Rozhodná podpora – Resolute Support Mission	26
2 POSTTRAUMATICKÝ STRESOVÝ SYNDROM	28
2.1 Psychické trauma.....	28
2.2 Posttraumatická stresová porucha	30
2.3 Debriefing	34
3 MINNESOTSKÝ MULTIFÁZOVÝ OSOBNOSTNÍ INVENTÁŘ – 2.....	38
3.1 Seznámení s položkami Minnesotského multifázového osobnostního inventáře-2	38
3.2 MMPI – 2 a jeho historické milníky	40
3.3 Administrace, hodnocení mmpi-2 a jeho škály	43
3.4.1 Standardní validizační škály.....	45
3.4.2 Standartní klinické škály.....	47
4 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	53
4.1 Úvod k výzkumu.....	53
4.2 Cíle výzkumu	53
4.3 Účastníci výzkumu	53
4.4 Metoda zkoumání	55
4.5 Výsledky a interpretace dat.....	56
4.6 Diskuse.....	60
4.7 Závěr zkoumání.....	61
Citované zdroje	66
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	29

ÚVOD

Tématem této práce jsou vojáci, kteří mají zkušenosti k nasazení v zahraniční operaci. Zvolila jsem tuto tematiku jako prohloubené navázání na svou bakalářskou práci, protože je mi tato problematika stále velice blízká a také proto, že mám dobré vztahy a kontakty s některými z členů Armády České republiky.

Téma nasazení vojáků v zahraničních operacích je dle mého názoru na veřejnosti málo známé a v souvislosti s některými incidenty stále ještě nedoceňované. V této práci pátrám po rozdílech u vojáků, kteří na zahraniční operaci ještě nevyjeli, a těmi, kteří tuto zkušenost už získali. Porovnávám jejich výsledky z MMPI-2 a snažím se tyto výsledky interpretovat a doložit jejich významnost. Za pomoci spolehlivé testovací metody, inventáře MMPI-2 jsem byla schopna extrahovat z více než 400 dotazníků výsledky, které mě pozitivně překvapily.

1 ZAHRANIČNÍ OPERACE ČESKÉ REPUBLIKY

Jedním ze základních úkolů Armády České republiky je vedle obrany vlastního území a bezpečnosti státu i její účast na mezinárodních bezpečnostních operacích.

1.1 ÚKOLY NAŠICH VOJÁKŮ MIMO NAŠE ÚZEMÍ A Z NICH VYPLÝVAJÍCÍ RIZIKA

Mezi hlavní úkoly našich jednotek nasazených mimo naše území patří:

- obnova a podpora bezpečnosti v určené lokalitě, a to ve spolupráci s místními úřady,
- ochrana spojeneckých základen a zabezpečení okolního prostoru před nepřítelem,
- zajišťování ozbrojených doprovodů/konvojů během důležitých jednání s vládou,
- zdravotnická a protichemická podpora.

Dále jde také o rozvojové a rekonstrukční projekty, v jejichž rámci byli spolu s profesionálními vojáky do zahraničních misí vysíláni i civilní experti z řad inženýrů, architektů, pozorovatelů, překladatelů apod.

Dalšími nezbytnými úkoly jsou také výstavba, vycvičení místních obyvatel, materiální vybavení, zlepšení taktiky a výcviku tamních bezpečnostních složek nejen v boji proti islamistickým radikálům.

Tato úctyhodná práce obnáší a předpokládá oddanost, loajalitu, odbornost, ale také psychickou a fyzickou připravenost a zdatnost našich vojáků a vojačky. Jsou na ně kladeny vysoké nároky, jež musí bezpodmínečně splňovat a na oplátku se jim nabízejí benefity a odměny, které by měly jejich tvrdou práci dostatečně ohodnocovat. Je nutno však mít stále na paměti i to, že nejde jen o několik měsíců strávených mimo domov, ale také o rizika fyzického nevratného poškození a psychické nestability, a tyto – někdy trvalé – důsledky se už penězi vyvážit nedají. Pokud se však nestane nic tragického, je velkým přínosem pro vojáka samotného, že zažije velmi cennou životní zkušenost přinášející uspokojení z výsledku několika měsíční práce. Kromě toho se naučí nové věci, s nimiž by se jinak nesetkal, dále si může polepšit služebně a zvýší se i jeho psychická odolnost. A samozřejmě je i neopomenutelnou motivací finanční ohodnocení, které je za účast na

zahraniční operaci dostatečně vysoké, aby mohlo „relativně“ vykompenzovat negativa. Slovo relativně je v závorkách napsáno úmyslně. Ztráta lidského života se zaplatit penězi nedá a dlouhé a často vyčerpávající odloučení vojáka či vojákyně od rodiny je taky velice náročné. Cílem této práce bylo zjištění, jaký je rozdíl mezi vojáky, kteří se nějaké zahraniční operace účastnili, a těmi, kteří tuto zkušenost nezískali, co se týče vlivu na jejich psychiku.

1.2 HISTORIE ZAHRANIČNÍCH OPERACÍ ARMÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

1.2.1 Přehled zahraničních operací vojáků ČR od r. 1990

Jako první - velice důležitou a často vzpomínanou - zahraniční operací, jíž se česká armáda účastnila, byla Pouštní Bouře. Tato začala novodobou etapu zapojení do řešení krizových situací i mírových operací. Irácká vojska obsadila v noci z 1. na 2. srpna 1990 hranice a celé území Kuvajtu. Radou bezpečnosti OSN byl tento čin odsouzen a mezinárodní společenství vytvořilo koalici v čele s USA. Do této oblasti Perského zálivu tehdejší prezident George Bush vyslal vojáky své armády. Dne 23. září 1990 vyslovilo Federální shromáždění Parlamentu České a Slovenské federativní republiky souhlas s účastí na této akci a na základě tohoto rozhodnutí vyslala armáda 200 vojáků - dobrovolníků do Saúdské Arábie ve dnech 11. - 14. prosince 1990. Válka v zálivu trvala do 28. února 1991, kdy se jednotky Saddáma Husajna po těžkých bojích vzdaly, a Kuvajt mohl být osvobozen (25 let od zahájení operace koaličních sil Pouštní štít, 2015).

Naše další účasti v humanitárních či mírových operacích byly rovněž součástí úsilí vstupu do Severoatlantické aliance NATO a samozřejmě i pomocí slabším zemím, jako jsou například Irák, země bývalé Jugoslávie, Makedonie, Pákistán, Albánie či Kosovo. Mezi novější oblasti můžeme také v posledních letech zařadit země, jako jsou Somálsko, oblast Sinajského poloostrova, Turecko a Mali, těm už však Česká republika pomáhá jako člen NATO.

Pro zestručnění nyní uvádím zjednodušený přehled operací s účastí AČR v Afghanistanu pod křídlem NATO:

- 1) 1990-1991, operace POUŠTNÍ ŠTÍT, POUŠTNÍ BOUŘE, Kuvajt, 200 nasazených,
- 2) 1991-2003, UNGCI, Irák, 320 nasazených osob,

- 3) 1992-1995, UNPROFOR, země bývalé Jugoslávie, 2250 nasazených osob,
- 4) 1995-1996, UNCRO, Chorvatsko, 750 nasazených osob,
- 5) 1996-1998, UNTAES, Chorvatsko, 100 nasazených osob,
- 6) 1996-2001, IFOR, SFOR, SFOR II, Bosna a Hercegovina, Chorvatsko, 6300 nasazených,
- 7) 1999, AFOR, Albánie + zemětřesení v Turecku, 100 nasazených osob,
- 8) 1999-2002, KFOR, Kosovo, 3070 nasazených osob,
- 9) 2001, ESSENTIAL HARVEST, Makedonie, 120 nasazených osob,
- 10) 2002-2005, KFOR, Kosovo, 2400 nasazených osob,
- 11) 2005-2011, KFOR, Kosovo, 3070 nasazených osob,
- 12) 2002-2004, SFOR, Bosna a Hercegovina, 42 nasazených osob,
- 13) 2002-2006, TRVALÁ SVOBODA, Kuvajt, 612 nasazených osob,
- 14) 2002-2003 (2014), ISAF, Afghánistán, 269 nasazených osob.

(Historie zahraničních misí, 2018)

Stále probíhající zahraniční operace:

- 1) od roku 2015, Resolute Support, Afghánistán,
- 2) od roku 2018, KFOR, Kosovo,
- 3) od roku 2008, EU NAVFOR Somalia, Somálsko,
- 4) od roku 2010, ALTHEA-EUFOR, Bosna a Hercegovina,
- 5) od roku 2015, EUNAVFOR MED Sophia,
- 6) od roku 2013, EUTM, MINUSMA, Mali,
- 7) od roku 2016, Irák,
- 8) od roku 2013, MFO, Sinaj,
- 9) od roku 2015, UNDOF, Golanské výšiny

(Aktuální mise, 2019).

K účasti v zahraničních operacích jsme se jako Česká republika zavázali 12. 3. 1999 vstupem do Severoatlantické aliance NATO. Předání ratifikační listiny americké ministryni Madeleine Albrightové bylo skutečně zlomovým bodem pro bezpečnost České republiky. Doplňují sem důležitý výňatek ze Severoatlantické smlouvy, podepsán 4.4.1949 ve Washingtonu D.C., jenž byl poprvé naplno použit a vlastně i vyžadován po teroristických útocích 11. září 2001 ve Spojených státech amerických.

„Smluvní strany se dohodly, že ozbrojený útok proti jedné nebo více z nich v Evropě nebo Severní Americe bude považován za útok proti všem, a proto odsouhlasily, že dojde-li k takovému ozbrojenému útoku, každá z nich uplatní právo na individuální nebo kolektivní obranu, uznané článkem 51 Charty Spojených národů, pomůže smluvní straně nebo stranám takto napadeným tím, že neprodleně podnikne sama a v souladu s ostatními stranami takovou akci, jakou bude považovat za nutnou, včetně použití ozbrojené síly, s cílem obnovit a udržet bezpečnost severoatlantické oblasti“ (Washingtonská smlouva, 1949).

1.2.2 Od nedávné historie po současnost v detailech

V této kapitole připomenu podrobně historii nasazení českých vojáků jak v mírových, tak bojových misích v zahraničí. V současné době, téměř třicet let od prvního novodobého nasazení vojáků České republiky (resp. tehdy ještě Československa) do mírové operace pod záštitou mezinárodní organizace, přijímá široká veřejnost takovou účast českých občanů v uniformách v mírových i bojových nasazeních daleko od hranic vlastní země převážně pozitivně. Nebylo tomu tak vždy a některé operace byly alespoň z počátku politicky kontroverzní. Mezinárodní vojenské operace se však staly běžnou součástí dění. Projednávání a schvalování takových nasazení již v současnosti nevyvolává tak ostré konflikty na politické scéně jako v devadesátých letech minulého století. Berme také v úvahu velice nízkou a často i laickou informovanost prostřednictvím médií. S profesionalizací Armády České republiky, ke které došlo počátkem tohoto století, se zlepšilo její postavení ve společnosti, mimo jiné i jejím dlouhodobým a poměrně úspěšným příspěvkem v obnovování míru a stability v různých regionech světa.

První bojové nasazení české (československé) jednotky v zahraničí po skončení druhé světové války se datuje již do počátku devadesátých let, tedy velmi krátce po revoluci v roce 1989, která zásadním způsobem změnila společenský řád našeho státu. V roce 1990 Irák prezidenta Saddáma Husajna napadl a okupoval Kuvajt. Mezinárodní společenství bylo schopné tehdy poprvé přijmout rozhodné kroky na základě kapitoly VII Charty OSN (která umožňuje použití vojenských prostředků k obnovení míru), sestavilo širokou mezinárodní koalici, která vojensky donutila Irák ke stažení se z okupovaných území, čímž se umožnilo obnovení nezávislosti Kuvajtu. Do této mezinárodní koalice se zapojilo i Československo a v roce 1990 vyslalo protichemickou jednotku, která tehdy sestávala zhruba ze dvou set vojáků. Všichni členové této jednotky byli dobrovolníci, mezi

vojáky z povolání tehdy bylo ještě několik vojáků základní služby, kteří se do operace také dobrovolně přihlásili. Koalice zajišťovala činnost z území Saudské Arábie, především dbala na ochranu amerických a dalších spojeneckých jednotek proti zbraním hromadného ničení. Kromě prvních zkušeností z bojového nasazení po více než čtyřech desetiletích tato akce přinesla i první oběť v řadách našich občanů. Při jednom z nočních poplachů nešťastnou náhodou při manipulaci se svou zbraní zahynul ppor. Petr Šimonka (Čeští vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2017).

Nejednalo se však o zcela první vyslání českých (československých) vojáků do mírové operace. Ještě před rokem 1989 Československo vyslalo několik vojenských pozorovatelů do mise UNTAG, která dohlížela v letech 1989 – 1990 na přechod Namibie k nezávislosti a na první parlamentní volby v její historii. Přestože po této první pozorovatelské misi následovala i řada dalších - v Africe, na Blízkém východě, Kavkaze, východní Evropě, Balkáně - a čeští vojenští pozorovatelé působili pod hlavičkou OSN, Organizace pro bezpečnost a spolupráci v Evropě nebo Evropské unie, jsou svým charakterem tyto operace odlišné od hlavního cíle zkoumání mé práce. Jde o neozbrojené pozorovatele, jejichž role v rámci mise vysílající organizace je jiná než členů organické vojenské jednotky. Proto se jimi nebudu dále podrobně zabývat. Je však nutno poznamenat, že i tyto „nebojové“ operace přinášely pro jejich účastníky velmi vypjaté a psychologicky složité momenty. Několikrát byli tito pozorovatelé během třicetileté historie vojenských pozorovatelských misí, kromě dlouhodobého působení v náročných podmínkách a odloučení od rodiny a ve velmi odlišných kulturně sociálních prostředích, také v přímém ohrožení života. Několikrát byli uneseni, vězněni, dokonce byli i zneužíváni místními nepřátelými silami jako rukojmí nebo živé štíty proti útokům protivníka. Takovéto zkušenosti nebyly v minulosti vždy adekvátně vyhodnoceny a ani oceněny. Bylo by to zajisté velice složité a možná snad už i těžko dohledatelné, ale domnívám se, že by rozhovory s těmito účastníky misí mohly být neuvěřitelným přínosem pro studenty psychologie, kteří se zajímají o toto téma, neboť i tato událost byla součástí naší historie.

Se změnou společenského klimatu po roce 1989 se chtěla Česká republika mnohem výrazněji podílet na celosvětovém dění. Rozpad bipolárního světového systému, ovzduší uvolňování mezinárodního napětí, spolupráce mezi bývalými protivníky Východu a Západu, a na druhé straně nárůst počtu regionálních konfliktů, vytvářely řadu příležitostí k nejen politické a diplomatické angažovanosti po celém světě.

Po účasti v první válce v Perském zálivu, kterou jsem zmiňovala v úvodu, došlo k nasazení českých jednotek zejména v prostoru bývalé Jugoslávie. V této - z pohledu občana Československa, který znal pouze její nádherné pobřeží - dříve téměř idylické a klidné zemi, došlo na začátku 90. let 20. století k rozpadu státu vzniklého jako důsledek druhé světové války. V ozbrojených konfliktech postupně vyhlásily počátkem 90. let nezávislost Slovinsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina. Pouze Makedonie v této etapě při vyhlášení nezávislosti ozbrojenému konfliktu stranila. Mezinárodní společenství pod vedením OSN - a částečně Evropského společenství (předchůdce Evropské unie) – se podílelo na řešení většího rozsahu těchto konfliktů rozmisťováním mezinárodních pozorovatelů a mírových sil. Po krátké epizodě ve Slovinsku (ozbrojený konflikt ve Slovinsku trval naštěstí jen jedenáct dní a přinesl „pouze“ několik desítek lidských obětí) se stalo místem nasazení první velké mezinárodní vojenské mírové operace na území Evropy Chorvatsko. Po několik let byl i český prapor součástí jednotek UNPROFOR (*United Nations Protection Forces*), který byl ve druhé době svého působení přejmenován na UNCRO). Není bez zajímavosti, že prapor byl vyslán v roce 1992 ještě jako československý a v průběhu jeho nasazení v ozbrojeném konfliktu štěpící se země se těmto vojákům doma dělil i jejich vlastní stát na Českou a Slovenskou Republiku. Jednotka působila zejména v oblasti u hranic tzv. Republiky srbské krajiny, která se odtrhla od Chorvatska. I toto nasazení českých vojáků se neobešlo bez několika obětí na životech. Dva čeští vojáci (Petr Valeš a Luděk Zeman) se stali mimo jiné oběťmi útoku chorvatských jednotek v roce 1995 při tzv. Operaci Bouře (*Oluja*), při které Chorvatsko obnovilo svou svrchovanost nad převážnou většinou svého území v oblasti Krajiny (Čeští vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2017).

Mírová reintegrace okupované Východní Slavonie probíhala až do počátku roku 1998 pod hlavičkou operace OSN UNTAES (*United Nations Transitional Authority in Eastern Slavonia*). V této operaci působila po osmnáct měsíců česká polní nemocnice. Vojáky mírových či bojových operací si nepředstavujeme však pouze jako muže, kteří bojují, prozkoumávají terén a hlídají vozidla. Neméně důležitou složkou těchto skupin a „výprav“ do bojových zón jsou i lékaři a veškerý personál potřebný k zabezpečení vytvoření důležitého zázemí právě pro ty vojáky, kteří jdou plnit rozkazy velení a dlouhodobé cíle. Návštěvníkům Chorvatska během cesty do oblasti Plitvických jezer doporučuji zastavit se u pomníčků padlých českých vojáků a vzpomenout, že za klid a mír našich generací vděčíme i těmto padlým (UNCRO, Mírová mise).

Postupem času a také přeléváním ozbrojeného konfliktu mezi jednotlivými nově vzniklými republikami bývalé Jugoslávie se pozornost světa a mírové úsilí taktéž muselo přesouvat do nové oblasti – Bosny a Hercegoviny, kde etnické násilí a boje byly obzvláště kruté a dlouhé. Vzhledem k tomu, že nasazování mezinárodních jednotek pod přímým velením OSN mělo své zásadní nedostatky především v systému velení, rozhodování a pravidlech nasazení vojsk (tzv. *rule of engagement*, které jsou naprosto zásadní, neboť definují práva a povinnosti mezinárodních jednotek při řešení konfliktů), bylo vedení operace na zastavení nejkrvavější části konfliktu na Balkáně (v bývalé Jugoslávii) delegováno na Severoatlantickou alianci na základě mandátu Rady bezpečnosti OSN.

Česká republika v té době zahájila svou cestu ke členství v NATO. V roce 1994 se připojila k programu Partnerství pro mír, který byl z naší strany vnímán jako nejefektivnější cesta k plnoprávnému členství v Organizaci Severoatlantické smlouvy. Tento prvek byl jedním z dalších motivů vedle úsilí o hledání mírových řešení konfliktů pro aktivní zapojování České republiky do mírových operací. Kromě toho, konflikty v bývalé Jugoslávii se konaly skutečně v bezprostřední blízkosti našeho území. V České republice bylo také přijato několik tisíc uprchlíků (včetně muslimských) před konfliktem v zemích bývalé Jugoslávie, pomáhali jsme např. i poskytnutím dočasného přístřeší pro několik set dětí českých krajanů, kteří žijí v Chorvatsku, především v západní Slavonii. Je vhodné dodat, že jsme si tím vysloužili u chorvatských krajanů skutečně upřímný vděk.

Bylo tudíž také zcela logické, že Česká republika schválila vyslání své jednotky do vojsk pod velením NATO rozmístěných v Bosně a Hercegovině v rámci sil IFOR (*Implementation Forces*), kde působila od počátku roku 1995 v regionu současné Republiky srbské (v okolí města Prijedor). Mezinárodní jednotky měly znesvářeným etnickým skupinám pomoci plnit Daytonskou mírovou dohodu, která je základem poválečného státoprávního uspořádání Bosny a Hercegoviny. Do téměř padesátitisícové sestavy vojsk mezinárodního společenství tvořené zejména členskými zeměmi NATO, ale i Ruska a řady dalších partnerských zemí, Česká republika přispívala praporem v počtu okolo osmi set osob. Úkolem sil IFOR bylo oddělit nepřátelené strany, odzbrojit je, umožnit návrat vyhnaného obyvatelstva a provádět další kroky k realizaci mírové dohody uzavřené v Daytonu, na jejíchž principech stojí současný stát Bosna a Hercegovina. Zhruba po roce byla operace přejmenována na SFOR (*Stabilisation Forces*), nicméně její základní úkoly se měnily jen do té míry, jak se postupně zlepšovaly podmínky v zemi a docházelo k stabilizaci situace. (Tyto operace pod vedením NATO sice již skončily, avšak jejich

právním i faktickým nástupcem je operace ALTHEA pod vedením EU, která existuje v omezeném rozsahu úkolů dosud, a ve které nadále působí i vojáci České republiky (Čeští vojáci v zahraničí 2006 a přehled od roku 1990, 2007).

Nasazení českých jednotek v IFOR/SFOR bylo do značné míry přelomové. Předchozí kontingenty byly totiž skládány *ad hoc*, bez použití rámcové existující vojenské struktury, s logickými negativními dopady na spolupráci, koordinaci (vojenským pojmem „secvičenost“) a technické vybavení. Zároveň se vyskytovaly personální problémy, neboť příslušníci jednotky se v té době často začali poznávat až teprve při krátkém výcvikovém období před vysláním. Od prvního vyslání jednotky do IFORu se však situace výrazně kvalitativně změnila. Každý jednotlivý kontingent byl stavěn na základě konkrétní existující jednotky (první byl 6. mechanizovaný prapor). Přestože byla armáda v té době ještě složena z části z řad profesionálů a zčásti vojáků základní služby, tak do zahraniční operace byli vysíláni vždy pouze dobrovolníci. Z tohoto důvodu musely být „rámcové“ jednotky doplňovány z řad jiných profesionálů, nicméně základ jednotky byl dlouhodobě připravován v celku, což mělo velký pozitivní vliv na profesionální schopnosti jednotek (IFOR - mírová operace, 2005).

Později při přechodu k plně profesionálním ozbrojeným silám (po roce 2004) byl tento kladný prvek ještě posílen a považován za základní. Zpětnou vazbou z nasazení takovýchto jednotek bylo zvyšování profesní připravenosti vojáků. Později s postupnou početní redukcí české armády se přirozeně vyskytly i negativní projevy, zejména při opakovaném a častém vysílání vojáků do stejné operace. Zpravidla se jako minimální uvádí poměr 1:4, tj. za měsíc v operaci by měly minimálně čtyři měsíce jednotky strávit v domácím prostředí při obnově výcviku, opravy techniky a v neposlední řadě obnově personálních sil. Nedodržování tohoto ideálního poměru mezi dobou nasazení a „rekonstituce“ však není problém pouze české armády. Potýkají se s ním snad všechny členské země NATO. Nejde přitom jen o kvalitativní zlepšení efektivity jednotek, které jsou nasazovány v zahraničních operacích. Velmi významným prvkem zpětné vazby je současně i to, že se tyto jednotky v zahraničním prostředí stmelovaly, zdokonalovaly své schopnosti, a tak vytvářely podmínky pro lepší součinnost s aliančními a partnerskými silami (odborně se používá pojem *interoperabilita*). Z hlediska strategického se také v té době již zahraniční operace na obnovení nebo udržení míru staly pevnou součástí úkolů ozbrojených sil, nikoliv pouze „nadstavbovým prvkem“ k základním úkolům obrany státu. Operace sil SFOR se poprvé vedle pozemních vojsk zúčastnili i příslušníci letectva. Šlo o

dopravní letouny a vrtulníky, které zajišťovaly dopravní úkoly pro velitelství operace. Když se vrátím zpět k operaci v Bosně a Hercegovině, bohužel i tam si vyžádala oběti na životech z řad českých vojáků. Nejtragičtějším okamžikem byl pád dopravního vrtulníku nedaleko bosenskohercegovského Tomislavgradu v říjnu 1998, při kterém zahynuli všichni tři členové posádky, podplukovník i. m. Ing. Jaromír Nasavrcký, major i. m. Ing. Rostislav Samec, major i. m. Bohumil Vávrů. Jeden ženista, podporučík i. m. Ivan Zapadlo, rovněž zahynul při zneškodnění nastraženého výbušného zařízení v červenci 2001 (SFOR – mírová operace, 2005).

Tak, jak se situace, kde byly rozmístěny mezinárodní jednotky, postupně stabilizovala a zlepšovala (a velikost kontingentů jednotek se mohla graduálně zmenšovat), přelévala se ohniska konfliktu do dalších subregionů. Na konci 90. let se do zorného pole dostalo Kosovo, kde jugoslávská armáda bývalého prezidenta Miloševiče eskalovala situaci do té míry, že přešel do otevřeného konfliktu s podzemní Osvobozeneckou armádou Kosova (UCK). 24. dubna 1999 Severoatlantická aliance zahájila leteckou operaci proti Jugoslávii a je poněkud frustrující, že tehdejší předseda vlády, která tato opatření schválila, je nyní kritizuje. Tato etapa je stále nahlížena kontroverzně, jak už jsem zmiňovala v úvodu této kapitoly. Zejména pro novou členskou zemi Aliance, Českou republiku, která se plnoprávným členem spolu s Polskem a Maďarskem stala teprve 12. března 1999, bylo rozhodování o schválení těchto útoků závažným vnitropolitickým problémem. Jen si představme, že dvanáct dní po vstupu do organizace musíme rozhodovat o vstupu do ozbrojeného konfliktu!

Pod tlakem leteckých úderů a intenzivní diplomacie, která probíhala ve velmi napjatém mezinárodním prostředí, dospěla Rada bezpečnosti OSN v červnu 1999 k přijetí rezoluce číslo 1244/1999, kterou schválila tzv. Vojenskou technickou dohodu (Dohodu z Kumanova), uzavřenou mezi Jugoslávskou federací, Srbskou republikou a mezinárodními bezpečnostními silami (známé jako KFOR) o ukončení nepřátelství, stažení jugoslávských vojsk z provincie Kosovo a vytvoření přechodné správy OSN v provincii (UNMiK United Nations Mission in Kosovo)(KFOR, 2017). Od počátku se této operace účastnily i pozemní jednotky AČR, poprvé jako členské země NATO. Ze základny Šajkovace působil kontingent v síle roty, společně s dalšími členy štábu jednotek KFOR a dopravním letounem An 26. Postupně se počty našich vojáků nejprve zvyšovaly a po několik let zde působil opět společný česko-slovenský prapor. Mezi hlavní úkoly jednotky patřilo střežení kosovsko-srbské administrativní hranice, na úseku dlouhém 42 km,

monitorování činnosti na svěřeném úseku a v příhraniční oblasti, evidování a zajištění bezpečného návratu uprchlíků a vytvoření podmínek pro obnovu mírového soužití kosovských Srbů a Albánců. Čeští vojáci stejně jako příslušníci dalších zemí zabezpečovali střežení a ochranu izolovaných oblastí obývaných srbskou menšinou. S uklidňováním a stabilizací situace se úkoly jednotky měnily, takže po roce 2006 došlo k její transformaci. V sestavě sil KFOR působila česká jednotka až do roku 2011. Dodnes zde působí deset českých příslušníků v rámci mezinárodního štábu. Na závěr je nutné ještě zmínit ztráty v českých řadách během operací KFOR. 14.9. 2002 přišli o život při nehodě obrněného transportéru nadrotmistr Vlastislav Hendrich a štábní rotmistr Luděk Severa. A 30.7 2006 spáchal sebevraždu na základně ve vesnici Šajkovac praporčík Lubomír Bejdák (KFOR, 2017).

Toto byly hlavní operace v regionu Balkánu. Dlužno podotknout, že kromě toho byla polní nemocnice AČR nasazena v Albánii, kde byla rozmístěna v roce 1999 s cílem poskytovat péči obrovskému množství uprchlíků z Kosova, kterých před boji uprchlo do sousedních zemí podle odhadů až půl milionu. Stejná polní nemocnice byla nasazena i v Turecku, kde pomáhala s řešením tragických následků zemětřesení v roce 1999. Menší vojenský kontingent se podílel na dodržování dohody o odzbrojení povstaleckých skupin při vnitrostátním etnickém konfliktu v Makedonii v roce 2001.

Nebyl to však jen Balkán, který byl prostorem operací, jež si vyžádaly vyslání českých vojenských jednotek. Strategickým zlomem, který ovlivnil celý svět, byl útok teroristů ze dne 11. září 2001 proti Spojeným státům americkým, kdy teroristé zaútočili unesenými dopravními letadly na New York a Washington a čtvrté letadlo se zřítilo u Philadelphie. Tento útok bezprecedentně proměnil bezpečnostní prostředí snad téměř na celém světě. Jednou z hlavních linií se stal boj proti terorismu. Severoatlantická aliance poprvé ve své více než půlstoleté historii aktivovala opatření podle článku V. Washingtonské smlouvy. Tzn. poprvé naplňovala vojenská opatření smysl kolektivní obrany členských zemí. V tomto rámci byla zahájena protiteroristická operace pod vedením USA *Enduring Freedom* spolu s dalšími spojenci, kteří nejsou členy NATO, zejména zeměmi regionu Blízkého východu. V jejím rámci byla v Kuvajtu rozmístěna od března 2002 česká protichemická jednotka o velikosti roty. Byla předurčena především k odstraňování následků případného použití zbraní hromadného ničení iráckým režimem. O necelý rok později zde již byla nasazena jednotka praporečnického typu čítající více než čtyři sta osob (Trvalá Svoboda, 2005).

Po ukončení nasazení praporu radiační, chemické a biologické ochrany v operaci *Enduring Freedom* v Kuvajtu převzala pomyslnou štafetu nasazení českých jednotek v krizové oblasti v operaci *Iraqi Freedom* (na přelomu měsíců května a června 2003) polní nemocnice Armády České republiky, která působila v jihoirácké Basře. Vojenští lékaři a zdravotníci zde působili až do listopadu téhož roku. Za dobu svého působení v Iráku ošetřili přes 10 tisíc osob, z toho 9/10 tvořilo místní irácké obyvatelstvo (Trvalá svoboda, 2005). Tento údaj uvádím pouze pro stručnou ukázkou, že posláním vojáků v zahraniční operaci není jen bojová činnost, ale velmi významná jsou i humanitární opatření a spolupráce s místními obyvateli, jejichž pomoc a sympatie pro zahraniční vojáky jsou mimořádně důležité. Toto se nejvýrazněji potvrzuje v následujících letech v Afghánistánu. Koncem roku 2003 vystřídali vojenské lékaře a zdravotníky na území Iráku vojenští policisté. Hlavním úkolem vojenských policistů v Iráku vedle policejního zabezpečení divize vlastních spojeneckých sil bylo dohlížet na činnost místní policie, pomáhat při výcviku jejích příslušníků v policejní akademii a na policejních stanicích. V této operaci působila česká vojenská policie až do konce roku 2005 (Trvalá svoboda, 2005). Ani tento úkol však rokem 2006 nekončí a výcviku místních policistů se věnuje téměř každá nasazená jednotka i do dnešních dní.

Největší a nejrozsáhlejší, zároveň v tuto dobu již i nejdelší nasazení českých vojenských jednotek v zahraničí se pojí právě s Afghánistánem. Od počátku spojeneckých akcí v této středoasijské zemi, která byla baštou pro islamistické teroristy zejména spojené s organizací Al Ká'ida, probíhaly v zemi dva různé typy operací, přičemž do obou se Česká republika zapojila. První byla již zmiňovaná operace pod výhradní odpovědností USA Trvalá svoboda (*Enduring Freedom*), ve které byla opakovaně, nikoliv však kontinuálně, nasazena skupina speciálních sil AČR. Od března 2004 (a opětovně i v roce 2006) zde prováděla společně se spojeneckými jednotkami speciální průzkum a úderné akce malého rozsahu ve vysokohorských oblastech (Trvalá svoboda, 2005).

Druhou a mnohem významnější formou angažování České republiky bylo zapojení do operace sil pod velením NATO ISAF (*International Security Assistance Forces*). Původním úkolem sil ISAF byla ochrana hlavního města Kábulu a boj proti hnutí Taliban, které Afghánistán v době své několikaleté vlády uvrhlo do středověké temnoty. Síly ISAF byly ustanoveny na základě smlouvy o prozatímním uspořádání Afghánistánu z 5. prosince 2001 uzavřené mezi OSN a afghánskou vládou. Mandát pro tuto operaci pak 20. prosince 2001 schválila Rada bezpečnosti OSN s původní délkou trvání šesti měsíců, která se

postupně prodlužovala až na dlouhých necelých, teď už, čtrnáct let a formálně skončila až s posledním dnem roku 2014 (Spojenecká mise ISAF v Afghánistánu po více než třinácti letech končí, 2014). Od té doby mezinárodní jednotky NATO operace *Resolute Support* působí na území Afghánistánu na základě dohody s jeho vládou a její úkoly se více soustředí na pomoc při budování schopností afghánských vojenských bezpečnostních sil, o ní však více až v další kapitole.

První nasazenou jednotkou České republiky byla – jako se stalo téměř tradicí – polní nemocnice, která již od března 2002 poskytovala své neocenitelné služby spojeneckým vojákům i místnímu obyvatelstvu. Za šestnáct let, kdy naši vojáci v Afghánistánu působí, plní své povinnosti při napomáhání zemi během přechodu k mírovému životu, a bohužel i umírají v této zemi, se značně měnily jak úkoly mezinárodních sil, tak i složení českého kontingentu. Vystřídaly se zde vševojskové pozemní jednotky různého typu, vojenští policisté, zdravotníci, protichemická jednotka a ženijní jednotka. Velmi důležitý a významný byl mimo jiné i úkol vrtulníkové jednotky a složek zajišťujících řízení letového provozu mezinárodního letiště Kábul. Ani v Afghánistánu se smrt nevyhýbala českým vojákům. Nejtragičtější den zahraničních operací české armády jsme prožili 8. července 2014 nedaleko základny Bagram, kdy se sebevražedný atentátník odpálil ve skupině vojáků a místních obyvatel. Při tomto útoku zahynuli na místě čtyři čeští vojáci a pátý podlehl následně těžkým zraněním (Spojenecká mise ISAF v Afghánistánu po více než třinácti letech končí, 2014).

Během dokončování této práce jsem byla bohužel nucena doplnit další odstavec o nastalých tragických událostech na zahraničních operacích. 5. srpna 2018 došlo na patrole v okolí základny Bagram, v provincii Parwan, k útoku sebevražedného atentátníka. Tři čeští vojáci 42. mechanizovaného praporu z Tábora utrpěli smrtelná zranění po promyšleném útoku Talibánu. Rotný Martin Marcin, desátník Kamil Beneš a desátník Patrik Štěpánek museli vzhledem k terénu vystoupit z obrněného vozidla a jít část cesty pěšky. Útok, který byl Talibanem dobře naplánován, dále těžce zranil další mezinárodní kolegy naší jednotky. Tento promyšlený fatální útok nebyl bohužel ještě jediný, ani ne za dva měsíce tj. 22.10.2018 došlo k dalšímu útoku na koaliční síly, přičemž byl zasažen a usmrcen další z našich vojáků, rotný Tomáš Procházka. Část jednotky, která při rutinní záležitosti uvnitř základny přebírala materiál k dostavbě části základny, byla od afghánského člověka ve vojenské uniformě z několika desítek metrů pod palbou. Toho okamžitě okolní afghánští vojáci zpacifikovali. Tato situace byla vlastně tou

nejnečekanější, pokud se to takto dá vůbec nazvat. Vojáci jsou perfektně vycvičení a ostražití, ale toto byl v podstatě útok z vlastních řad, z řady spojenců.

Pro kompletnost informace považuji závěrem této kapitoly za potřebné uvést, že obzvláště v posledních letech jsou české jednotky vysílány i do relativně blízkých zemí Evropy, členských zemí NATO, aby se podíleli na úkolech k zajištění společné obrany Aliance. České nadzvukové letouny a jejich obsluhy zajišťovaly opakovaně bezpečnost pobaltských zemí (Litvy, Lotyšska a Estonska), resp. působily při ochraně vzdušného prostoru Islandu, který nemá vlastní ozbrojené síly. V souvislosti se zhoršováním bezpečnostní situace v Evropě také NATO na summitu ve Varšavě v roce 2017 přijalo řadu opatření k posílení obrany svých východních zemí – opět jde o Pobaltí, ale například i o Polsko (Aktuální mise, 2018). Jednotky se pak v těchto zemích účastní nejen vojenských cvičení, ale rotačním způsobem se podílejí na hlavním úkolu NATO tj. společné obraně spojenců, pokud by si to situace vyžádala. Jde však spíše jen o psychologickou spojeneckou podporu/efekt než o plnohodnotné vojenské nasazení. Jsou to situace méně vypjaté v kontrastu k prostředí v zemích, které naopak takovou vojenskou přítomnost jednoznačně vítají. Tedy do doby, než by mělo dojít ke skutečnému konfliktu (k čemuž věříme, že nedojde) jejich preventivní přítomnost tomuto pomáhá předcházet.

K dnešnímu dni si vyžádalo nasazení jednotek v zahraničí za různých podmínek, v různých misích a z různých důvodů dvacet devět životů českých vojáků (Čestí vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2019). Čím méně se toto číslo bude v budoucnosti zvyšovat, tím lépe. Tento výše a podrobně popsany průběh minulých a v některých případech stále probíhajících zahraničních operacích byl nezbytný k pochopení, co všechno musí vojáci podstoupit a zažít. Termínem zahraniční operace se nemyslí jen střelba na nepřátele, nejde ani o relaxování na základně ve vysokých teplotách, kdy se voják schlazuje nealkoholickým pivem a u toho posiluje. Jde také o vysoká rizika ohrožení života, která však naše vojáky neděsí natolik, jak si představujeme. Počítají s tím, vědí, že se to reálně může stát, ale ani to jim nebrání v tom, aby dělali svoji práci zodpovědně a dobře. Jsou v tom ale i jiné zátěže, strach o rodinu v nepřítomnosti jejího člena považují jako jeden z nejdůležitějších. Na jedné straně je nejistota a obavy o spojení s blízkými, strach, že se může stát něco kolegovi, ale na druhé straně je i vědomí, že se voják vrátí zpátky s velkou částkou peněz, která pro mnohé z nich je tou hlavní motivací. A hlavně, jde o čest, o vrchol jejich práce a jak sami mnozí říkají, tohle je završení veškeré dřiny, kterou vynakládají.

1.3 ÚKOLOVÁ USKUPENÍ ISAF A RESOLUTE SUPPORT

1.3.1 ISAF – International Security Assistance Force

Spojenecké aktivity na území Afghánistánu začaly na podzim 2001 bombardováním pozic afghánského hnutí Tálibán. Původním úkolem ISAF bylo zajištění Kábulu a podpora vlády. V tomto případě se však ještě jednalo o operaci s názvem Trvalá svoboda, ta zastřešovala spoustu dalších akcí v dalších oblastech Afghánistánu, které probíhaly proti terorismu po útocích 11. září 2001. Síly ISAF byly ustanoveny na základě smlouvy o prozatímním uspořádání Afghánistánu z 5. prosince 2001 uzavřené mezi OSN a afghánskou vládou. Vznik mise pak 20. prosince 2001 schválila Rada bezpečnosti OSN s původním mandátem na šest měsíců, který byl později postupně prodlužován dlouhých třináct let a s úderem 31. 12. 2014 skončil. Řízení mise ISAF převzalo dnem 11. srpna 2003 NATO. Cílem ISAF od tohoto období bylo i nadále pomáhat v asistenci afghánské vládě při udržování bezpečnosti a obnově svrchovanosti na celém území. Stavěly se základny, ve kterých se střídaly spojenecké jednotky, a ty pak pomáhaly místním úřadům rozšířit své pravomoci na celém území, pomáhaly a zajišťovaly bezpečné prostředí pro konání voleb, zkrátka byly účastné při obnově země. Od počátečních šesti a půl tisíc osob se k roku 2010 na tomto nelehkém úkolu podílelo téměř sto třicet tisíc příslušníků z několika zemí. A je důležité zdůraznit, že se na tomto nepodílely pouze členské země Severoatlantické aliance, ale také Arménie, Austrálie, Ázerbájdžán, Bosna a Hercegovina, Černá Hora, Finsko, Gruzie, Irsko, Jordánsko, Korea, Malajsie, Makedonie, Mongolsko, Nový Zéland, Rakousko, Singapur, Spojené arabské emiráty, Švédsko, Tonga a Ukrajina (Spojenecká mise ISAF po více než 13 letech končí, 2014).

Účast Armády ČR na této operaci začala v květnu 2002, kdy naše země vyslala dvě rotace polní nemocnice a polního chirurgického týmu. Další důležitá etapa podílení se na těchto akcích AČR pokračovala v roce 2005, kdy na mezinárodním letišti v Kábulu působili pyrotechnici a meteorologové. Vedle toho byly nasazeny i speciální síly a dále skoro čtyřicetičlenný kontingent složený převážně ze 102. průzkumného praporu (Spojenecká mise ISAF po více než 13 letech končí, 2014). Společně s německými a dánskými vojáky měli v provincii Badakšán na severu Afghánistánu chránit německý provinční rekonstrukční tým. Dohromady se vystřídal šest rotací, což činilo téměř dvě stě padesát vojáků. Bohužel, důsledkem sesuvu půdy na českou kolonu, zemřel v roce 2007

první z českých vojáků, Nikolaj Martynov (Spojenecká mise ISAF po více než 13 letech končí, 2014).

Dále došlo k dalšímu výraznému rozšíření nasazení českých vojáků, v roce 2006 kdy se jeden z kontingentů ujal řízení mezinárodního letiště v Kábulu a připravoval jej na předání civilním orgánům. Následující rok byly vyslány kontingenty s českou polní nemocnicí, chemické jednotky, meteo skupiny či poradní a výcvikový tým, který se zaměřoval na výcvik afghánských vzdušných sil. Souběžně s těmito došlo k nasazení speciální vojenské jednotky Vojenské policie SOG v jedné z nejrizikovějších provincií Hílmánd. Během tří kontingentů se v této oblasti vystříдалo přes sto vojáků. Bohužel i zde došlo k několika úmrtí, z českých vojáků zemřel Milan Štěrba, 17. 3. 2008. Jeho nejhůře zraněný kolega byl Jiří Schams. Nadpraporčík Jiří „Regi“ Schams přežil s velmi těžkými následky, které vyústily v těžké tělesné postižení, zemřel v roce 2015 po prohraném boji s rakovinou. Armáda České republiky uctila při pohřbu památku Jiřího „Regi“ Schamse čestným průletem letounů JAS-39 Gripen nad Prahou. Jeho odhodlání bojovat s postižením i jinými nemocemi bylo vzorem a obrovskou inspirací pro lidi i organizace, které s postižením pomáhaly (Spojenecká mise ISAF po více než 13 letech končí, 2014).

1.3.2 PRT – Provinční rekonstrukční tým

Úkolem mezinárodních sil není jen aktivně bojovat s teroristy, ale také si získat náklonnost místního obyvatelstva a pomáhat mu. Tyto činnosti prováděl několikačlenný tým civilních odborníků, kterým podstatně větší vojenské jednotky zajišťují bezpečnost a byl pojmenován Provinční rekonstrukční tým (PRT), který fungoval ve většině afghánských provincií. Česká republika se po letech spolupráce s dalšími spojeneckými kontingenty ujala od roku 2008 po pět let až do roku 2013 vedení i „vlastního“ PRT v provincii Lógar. Specifikou tohoto konceptu je hlavní zaměření na rekonstrukci a projekty zaměřené na pomoc obyvatelstvu – výstavbu škol, místní administrativu, infrastrukturu, zásobování vodou, elektřinou apod. (ISAF PRT, 2013).

Důležitým úkolem mezinárodních jednotek byla také příprava a výcvik afghánských ozbrojených sil a policie, aby mohly přebírat odpovědnost za bezpečí vlastními silami. Tento proces však pokračuje velmi zdlouhavě. Součástí kontingentů jsou proto i instruktoři předávající zkušenosti a vyučující místní personál, v řadě případů nemající žádné základy pro vykonávané funkce. Např. součástí českých jednotek byl i letecký poradní tým, který zaškoloval piloty i pozemní techniky k používání vrtulníkové

techniky (sovětské výroby, MI-17), kterou obdržely afghánské ozbrojené síly darem. Cíl mezinárodního společenství, aby byl Afghánistán schopen zajistit svou bezpečnost a rozvoj vlastními silami, je však stále velmi vzdálen. Za jeden z omezujících faktorů, který považují na základě informací z rozhovorů s vojáky, již se těchto školení účastnili, je ten, že jde přece jen o jinou kulturu, náboženství a „národu“ lidí, kteří se mají školit. Nemají prozatím příliš velkou motivaci ani disciplinovanost, která by urychlovala a zjednodušovala, byť jen prozatímní základní výcvik se zbraněmi.

Jako přelomový tedy můžeme z pohledu českých vojáků v Afghánistánu jednoznačně označit rok 2008. Čeští diplomaté několikátým rokem usilovali o vytvoření tohoto samostatného provinčního rekonstrukčního týmu, který by mohl mít odpovědnost za některou z afghánských provincií. Původně se uvažovalo o převzetí úkolu po kolezích z Budapešti, ti si nicméně nakonec stažení svého týmu rozmysleli. A tak se zaměřila česká pozornost na provincii Lógar, kde se nakonec podařilo vytvořit vlastní Provinční rekonstrukční tým. Tento tým se skládal z civilní a vojenské části. Civilní osoby čítající pět až deset osob se věnovaly rekonstrukčním projektům a tuto část tvořili hlavně experti z ministerstev a rozvojových agentur. Vojenská složka byla početnější a zajišťovala hlavně bezpečnost všech členů v týmu, jejich dopravu a také komunikaci s ISAF (ISAF PRT, 2013).

Dohromady se do června roku 2013 v Lógaru vystřídalo po půlročních etapách jedenáct kontingentů. Z původních cca dvě stě vojáků, se počet zvýšil na tři sta. Tým obýval základnu Shank, která je vzdálená jen pár kilometrů od metropole provincie. Z malé předsunuté základny, která je pojmenována po zahynulém americkém seržantovi, se stala v průběhu působení obrovská základna s vlastní přistávací dráhou. K velkému zármutku se však ani toto působení v malé provincii neobešlo bez úmrtí. 30. dubna roku 2008, tj. hned na začátku mise najelo jedno z našich pancéřovaných vozidel humvee na improvizované výbušné zařízení a tento výbuch zabil řidiče Radima Vaculíka a další jeho kolegy zranil (ISAF PRT, 2013).

Naši vojáci však nebyli nasazeni pouze v této provincii, ale plnili další důležité úkoly na jiných místech. V provincii Urugán měly naše kontingenty na starost ochranu nizozemské základny Deh Rawod a v provincii Paktika působilo také sedm kontingentů v tříměsíčních intervalech jako české vrtulníkové jednotky. Zajišťovaly leteckou přepravu osob a materiálu, podporu nasazení sil rychlé reakce, evakuaci zraněných a nemocných vojáků NATO a afghánských bezpečnostních sborů. Mezi další, námi bráněnou a

spravovanou provincií je Wardak, který leží velice blízko Kábulu a možná o to složitější je bezpečnostní situace na tomto území. Na něm jsme od září 2010 do října 2013 nasadili výcvikové jednotky, jejichž úkolem bylo cvičit, mentorovat a pomáhat v procesu plánování, velení a řízení afghánské pěší jednotky o síle praporu. Toto obnášelo například i společné působení afghánských jednotek na každodenních patrolách. Vojáci se dostávali mnohem častěji pod palbu, a i přes štěstí prvního kontingentu, se v druhém stala další tragická událost, kdy opět najelo obrněné vozidlo na výbušninu a Robert Vyroubal zemřel na následky smrtelných zranění (Čestí vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2017).

Po čtyřech měsících došlo k bojům, kdy bylo povstalci napadeno předsunuté stanoviště a 9. října 2011 byl těžce zraněn Adrian Werner, který po několika měsících svým zraněním podlehl (Čestí vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2017). Tato oblast byla do určité míry dost specifická a osoby v ní byly pod neustálým tlakem či možná i strachem z neustupujícího nebezpečí. Těmto specifickým podmínkám musela být uzpůsobena i příprava a výcvik vojáků i zásobení nezbytným materiálem.

Během let docházelo na afghánském území k několika výrazným změnám. Mezi ochranu zajišťující změnu patřila ta, že vzniklo na kábulském mezinárodním letišti úkolové uskupení AČR mise ISAF. To mělo poskytovat nepřetržité velení, řízení a podporu všem českým jednotkám na území státu. V roce 2013 pak došlo k velké změně počtu vojáků nasazených v misi. Po početném odchodu českých vojáků z Lógaru se stala nejpočetnější českou jednotkou v Afghanistanu strážní rota BAF (Bagram Air Field). Úkolem této jednotky bylo aktivně střežit a chránit jednu z největších spojeneckých základen v zemi. Příslušníci této roty měli za úkol střežit okolí základny s cílem eliminovat jakékoliv nepřátelské aktivity proti takovému střeženému objektu. Následkem tohoto dlouhodobě vytyčeného cíle a příčinou neustálého nebezpečí se při plnění tohoto zadání stala nejhorší hromadná tragická ztráta v řadách české armády v novodobé historii. Dne 8. července 2014 vykonávali vojáci v brzkých ranních hodinách hlídku v provincii Parvan. Během této patroly prověřovali místa možného odpalu raket na základnu Bagram. Ráno se zapojili do rozhovoru s místními obyvateli vesnice, mezi které se vmísil sebevražedný atentátník ve stejnokroji afgánské policie, který odpálil výbušninu ve vestě. Exploze zabila na místě čtyři naše vojáky a pátý podlehl svým zraněním o několik dní později. Byli jimi David Beneš, Ivo Klusák, Libor Ligač, Jan Šenkýř a pátým Jaroslav Lieskovan. Smrt se

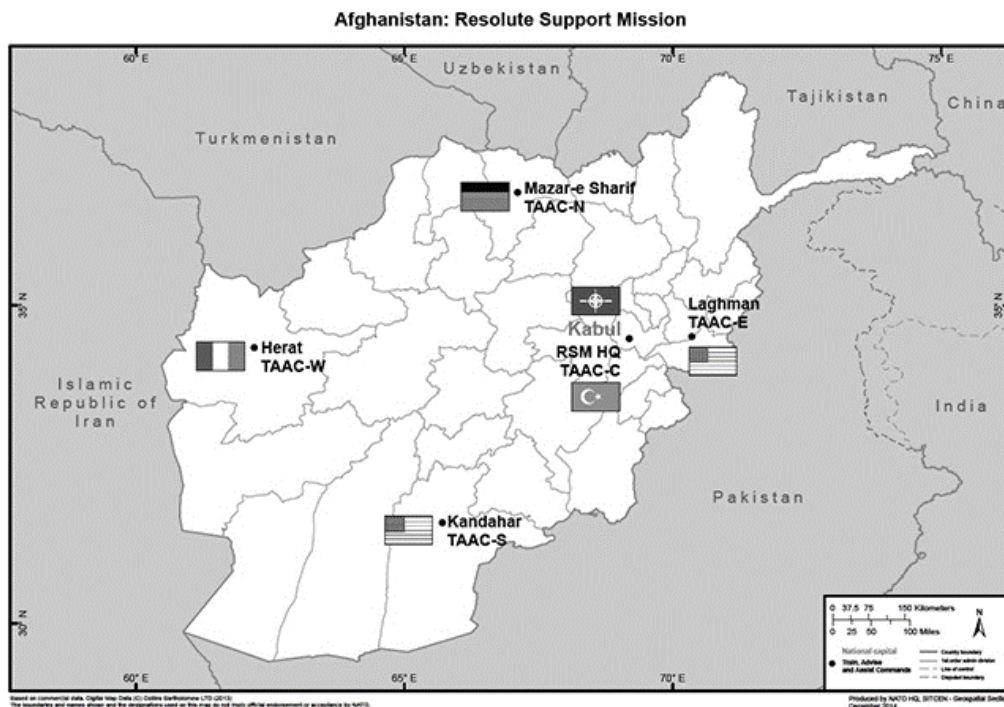
nevyhnula ani místním obyvatelům, mezi kterými nechyběli i děti (Čestí vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích, 2017).

Ještě zde musím zmínit další jednotky působící v misi ISAF, tou je výcviková letecká jednotka AAT (Air Advisory Team). Sídlila na kábulském mezinárodním letišti a zaměřovala se hlavně na poradenství a výcvik afghánských pilotů a pozemního leteckého personálu (tomuto úkolu se věnují i v dnešní Resolute Support Mission). Na tomto letišti byl až do konce mise ISAF přemístěn další pomocný prvek, a to velitelství úkolového uskupení, chirurgický tým a také působili během ISAF vojáci 601. skupiny speciálních sil z Prostějova Mise ISAF a s ní i PRT skončily 31. 12. 2014 a trvaly tedy několik dlouhých a náročných několik let (Spojenecká mise ISAF v Afghánistánu po více než třinácti letech končí, 2014).

1.3.3 Rozhodná podpora – Resolute Support Mission

Od prvního ledna 2015 nahradila ISAF operace Resolute Support, v češtině ji překládáme jako Rozhodná podpora. Toto uskupení, jež je nebojovou misí, zařazuje veškeré jednotky nejenom Armády české republiky na afghánském území a má jasný cíl. Tím je centralizace celého systému podpory českých jednotek, které jsou v Afghánistánu nasazeny za účelem pomoci operaci Resolute Support. Poskytuje školení, poradenství a pomoc afghánským národním obranným a bezpečnostním silám (ANDSF). Afghánské národní obranné a bezpečnostní síly pracují společně s mezinárodními partnery, aby odstranily bezpečné útočiště teroristů. Veškeré příkazy účinkují v plném partnerství s vládou Afghánské islámské republiky, která spravuje funkčně založené bezpečnostní síly právě prostřednictvím již výše zmíněného tréninku, poradenství a pomoci s cílem umožnit věrohodné, schopné a zlepšující se prostředí v zemi. Afghánistán se na summitu NATO v červenci 2018 zavázal, že bude i nadále usilovat o reformu, včetně dalšího posilování svých bezpečnostních sil a institucí, boje proti korupci a organizování a pořádání důvěryhodných, svobodných, spravedlivých parlamentních a prezidentských voleb v roce 2018 a 2019.

Na podporu mise Resolute Support Mission (RSM) je nasazeno 16 000 pracovníků z členských států NATO a partnerských zemí. Mise pracuje s jedním hlavním centrem (v Kábulu / Bagram) a čtyřmi dalšími centry v Mazar-e Sharif, Herat, Kandahár a Laghman (*Resolute Support Afghanistan*).



Zdroj: <https://rs.nato.int/about-us/history.aspx>

Tato nebojová mise bude mít podle předpokladů mnohem menší rozměry, než měla předchozí ISAF za necelých svých 14 let existence. V současné době obsahuje české úkolové uskupení AČR tyto jednotky: Velitelství dnes už 17. ÚU AČR RSM (Resolute Support Mission), jednotku AAT Kábul (Air Advisory Team), strážní rotu BAF (Bagram Air Field), skupinu Nasaditelného spojovacího modulu, což je tým specialistů v oblasti komunikačních technologií, a nakonec má česká armáda také ještě své zastoupení na velitelství RSM (Resolute Support Mission) (Úkolové uskupení AČR v misi Resolute Support Mission, 2018).

Dalším z velitelových úkolů a cílů je pořizování majetku a služeb v místě nasazení za účelem splnění operačního úkolu všech nasazených jednotek, to vede k flexibilitě a také úspoře finančních prostředků. Jak již bylo zmíněno výše, aktuální 17. úkolové uskupení má plnit nezbytně důležité úkoly komplexní podpory a zabezpečení jednotek na afghánském území, půjde tedy o logistickou a administrativní podporu. Nedílnou součástí této podpory je i výjezdová skupina vojenské policie, finanční a právní služba a současně s tím také komplexní zajištění spojení s domovskou republikou. K dnešním dnům sloužilo v Resolute Support Mission více než 300 českých vojáků (Úkolové uskupení AČR v misi Resolute Support Mission, 2018).

2 POSTTRAUMATICKÝ STRESOVÝ SYNDROM

2.1 PSYCHICKÉ TRAUMA

Trauma je událost, která se stane náhle, neočekávaně a je intenzivní a rozsáhlá. Jedinec je na tuto událost zcela nepřipravený, ocitá se v bezmocné úzkosti, neustálém stresu a bez možnosti obrany, nemůže reagovat útekem nebo útokem. V tomto případě si tuto autoprotektivní reakci můžeme přirovnat k „*reflexu smrti, nehybnosti, k roztržitému vnímání, a tudíž neschopnosti uvědomit si obsah celé traumatické situace*“ (Poněšický, 2012, s. 121). Jde například o disociativní fenomény, depersonalizaci a derealizaci, či vnímání jako ve zlém snu. Traumatický zážitek se rozfragmentuje, tyto senzorní fragmenty se neuspořádají do narativní formy, tím pádem se nemohou dostat do slovní podoby a nezařadí se do dosavadní historie postiženého. Tento způsob psychické obrany probíhá dokonce i na biochemické a neurofyzilogické úrovni. Dochází k psychosomatóze mozku, vjemy ze stresové situace se dále nezpracovávají a jednotlivé jejich části mají svůj vlastní život, jak píše Poněšický (2012).

K pocitům hrůzy a úzkosti se připojují další projevy – tachykardie, mdloby, slabost v nohách, zrychlené dýchání nebo nedostatek vzduchu, třes, bolesti, pocit napětí či odporu. U traumat se také vyskytují nejrůznější myšlenky a afekty, které mohou pronikat do traumatické situace osobnosti, anebo jsou i vyjádřením pokusu o ochranu proti plnému uvědomění si traumatu. Další biologické procesy, které jsou detailně rozebrány například Koukolíkem v knize *Lidský mozek* či Pribramem v knize *Mozek a mysl* zde není podle mého názoru třeba uvádět, ale chci tímto říct, že jde o velice složitý proces, který se odehrává v téměř celém těle člověka a postihuje jak mysl, tak právě i tělesnou schránku. Je pozitivní, že zrovna tyto procesy a dopady jsou dost dobře prozkoumány a věda tomuto alespoň trochu rozumí, pak se i mnohem lépe pomáhá a s těmito lidmi zasaženými takovou situací se i lépe pracuje (Poněšický, 2012).

Co je důležité říci, je, že se veškeré obtíže samy nevyhlídí a psychosomatická destabilizace jedince se projevuje ve spoustě oblastí nelehkými obtížemi. Těmi jsou deprese, poruchy spánku, úzkostné stavy, drogové či alkoholové závislosti, poruchy příjmu

potravy až sebepoškozování. Je také nutné mít na paměti, že tyto posttraumatické stavy mohou u být ukryté za disociativními poruchami, poruchami identity, borderline, panickými úzkostmi, vznikem mnohočetných osobností či za psychogenní schiziformní psychózou. Trauma je v podstatě neustále přítomné a je neustále vyvoláváno nejrůznějšími podněty, které jsou více či méně podobné prvotní traumatické situaci. Jde o flashbacks, traumatické obrazy i sny. Také dochází zároveň i k neovladatelným emočním reakcím, agresi proti okolí i sobě, výčitky proti sobě i „tyranovi“, k úzkosti. Nesmíme taky zapomenout na opačnou polaritu těchto reakcí, projevy mohou být také vyhýbavé a dochází tedy k emočnímu stažení. Dostaví se až celková lhostejnost, ztráta chuti koexistovat s ostatními, ztráta prožívání emocí, sociální izolace a deprivace (Poněšický, 2012).

Podle Arcela (cituji podle Vizinové, 1999) lze psychickou traumatizaci obecně rozdělit na tyto tři formy:

1) **Primární traumatizace**

- člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě).

2) **Sekundární traumatizace**

- podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.)

3) **Terciální traumatizace**

- člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, člen perzekvované skupiny, humanitární pracovník nebo terapeut (viz Vizinová, 1999, s. 19).

Trauma může být způsobeno buď člověkem anebo živlem. Pod tím si představme zneužívání, brutální šikanu, držení rukojmí, válku, propuštění z práce, nepřiměřené násilí, záplavy, zemětřesení, tsunami, vážné zdravotní problémy často končící smrtí a třeba také havárii dopravních prostředků. Psychologické trauma a jedincova nízká úroveň buď vypěstované anebo vrozené odolnosti čelit stresu jsou základní předpoklady k vzniku posttraumatické stresové poruchy (PTSD anglicky post-traumatic stress disorder). A jak také už bylo řečeno, je možné, že traumatizované osoby mohou být i osoby, které do

přímého kontaktu se stresovou situací nepřišly. Tyto osoby však nejsou hlavním předmětem zájmu této práce.

2.2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

V dnešních dobách se o této poruše mezi psychology mluví jako o PTSD, v minulosti však byla nazývána „palebný šok“. Změna nastala až v osmdesátých letech minulého století, a tak ji můžeme nazývat odbornějšími a specifitějšími slovy (Kulíšek, 2011, s. 95). Posttraumatická stresová porucha je duševní porucha, která se zpravidla vyvine jako následek hrůzné, děsivé a život bezprostředně ohrožující situace, nebo v důsledku získání jinak vysoce nebezpečné osobní zkušenosti a z ní vyplývajícího velmi negativního prožitku.

„... začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého“ (MKN 10, s. 218).

Ačkoliv to není stoprocentně dostačující pro vysvětlení vzniku, existují některé predisponující faktory pro snížení prahu vzniku nebo zhoršení průběhu tohoto syndromu a jimi jsou nutkavé nebo astenické typy osobnosti anebo třeba neuróza v anamnéze. Jak jsem se již zmínila v předchozí podkapitole, je pro tuto poruchu naprosto typické znovu ožívání traumatu ve vzpomínkách, snech anebo nočních můrách. Projevuje se to celé za účasti emoční oploštělosti, straněním se lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie, pocitu tuposti a také vyhýbáním se činnostem a situacím, které traumatický zážitek připomínají. Dále se ještě objevuje zvýšená bdělost, vegetativní hyperreaktivita, zesílené úlekové reakce a nespavost. S těmito všemi příznaky přichází dost často také úzkost, deprese a také i sebevražedné myšlenky. Nástup této poruchy se objevuje s latencí od týdnů do několika měsíců. U malého počtu pacientů může být i dlouhodobý chronický průběh a může nastat trvalá změna osobnosti (Kulíšek, 2011).

„Posttraumatická stresová porucha se může rozvinout bezprostředně po katastrofě, nebo ji může vyvolat nějaký menší stres prožitý o několik týdnů, měsíců, nebo dokonce let později“ (Atkinson, 2003, s. 494).

Hlavní příznaky a symptomy PTSP:

- **Stále se opakující vtíravé a neodbytné připomínky traumatu**

Nutkové myšlenky, záblesky paměti, sny, rozštěpené vnímání událostí, intenzivní tíseň (fyziologická a emocionální), úzkost při opětovném vystavení stimulům, které jsou spojeny s traumatem.

- **Vyhýbání se stimulům spojeným s traumatem nebo otupění**

Održení od reality, pocit odloučení, skleslost, omezení citových projevů, ztráta získaných dovedností a návyků nedávno získaných, pocit očekávání smutné – špatné budoucnosti.

- **Trvalý a neodbytný fyzicky nadměrný neklid**

Špatný, nedostatečný spánek, ostražitost, bdělost, špatná koncentrace pozornosti, časté a zvýšené úleky, impulzivní chování, citová labilita, hněv a potrážděnost (Kulíšek, 2011, s.96).

„Ve druhé světové válce byli američtí vojáci nasazováni do boje v průměru dvakrát za rok, v korejské válce byli američtí vojáci nasazováni do boje v průměru dvakrát, třikrát za rok. Ve Vietnamu šli američtí vojáci do boje každý třetí týden“ (Kulíšek, 2011, s. 96).

Tolik k množství výskytu PTSD u válečných veteránů z Vietnamu, kteří trpěli chronickou poruchou v porovnání s veterány z jakékoliv jiné války. Proč tomu tak bylo? O tom existuje mnoho teorií. Důvody mohou být takovéto: válka ve Vietnamu nebyla pro širokou veřejnost brána jako populární a nejspíš ani jako důležitá, na vojáky vracející se pohlížela veřejnost s pohrdáním, obzvláště když tuto válku ve Vietnamu Spojené státy prohrály. A jak tito vojáci skončili? Dost často jako nezaměstnaní, často i s tělesným postižením, navíc se jich z války díky zrychlené a zlepšené záhranné podpoře vrátilo hodně, přičemž benefity či jakékoliv odměny pro ně byly kongresem omezeny (Historie a současnost péče o veterány v USA, 2014).

Jako možné spouštěče této poruchy můžeme jmenovat propuštění z ozbrojených sil, odchod do důchodu anebo do výslužby. Zdá se, že aktivita zabraňuje propuknutí PTSD. Mnohým vojákům z druhé světové války propukla posttraumatická stresová porucha až po odchodu do důchodu a až potom začali navštěvovat zařízení, která se o veterány s těmito symptomy starala. Dokonce i kladný stres či jakákoliv malá změna může zhoršit projevy PTSD. Tím může být i porod, povýšení, zkrátka cokoli, co naruší obvyklý stereotyp života (Kulíšek, 2011, s. 96). Někdy má také podobu takzvané výroční reakce, například právě rok po zdrcujícím podnětu (Vodáčková, 2002, s. 362). Čím silnější je takový stresor, tím prudší jsou následné symptomy PTSD. Také zvukové, čichové anebo zrakové vjemy

jsou podněty, které připomínají a vyvolávají původní trauma, a bývají velice silnými spouštěči (Kulíšek, 2011, s. 96).

Existují vědecké názory některých výzkumníků, že k rozvoji PTSD předchází trvalé uložení traumatu do paměti. A mozek dlouhodobě se zabýváající nutkavými myšlenkami, sny, vzpomínkami, které souvisíjí s traumatem, vyvolává tyto vtíravé příznaky zvýšenou produkcí endorfinů. Endorfiny posílí únikové mechanismy, jimiž je netečnost anebo popření. Endorfin, jako přírodní opiát, pak tlumí tělesnou i emoční bolest. A pak, podle psychologa B. Flanneryho následně dochází k poklesu hormonu, což vyvolává abstinční příznaky, které se mohou projevovat dalším rozrušením a neklidem (cituji podle Porterfieldové, 1998, s. 35). Jako další z biologických teorií zde ještě jako doplněk i k informacím z knihy Poněšického výše doplňuji tu, kdy profesorka Patricia van Ellen, profesorka psychiatrie a ředitelka lékařského centra pro veterány v Pittsburgu a doktor Daniel P. van Kammen zpracovali necelou stovku studií o biologii PTSD. Došli k závěru, že PTSD skutečně může vést k trvalému poškození mozku, právě opakované střídání příznaků a prudké výkyvy jsou mechanismy, které k takovému poškození vedou. A podle předpokladů u pacientů, kteří se s poruchou neléčí, je mnohem větší nebezpečí trvalých následků (cituji podle Porterfieldové, 1998, s. 36).

Myslíme-li na léčbu této poruchy, je nezbytné upozornit na to, že PTSD je určitě léčitelná, ale není bohužel ve všech případech vyléčitelná. V léčbě mohou být dle Pidrmana (2002) použity dva přístupy. Prvním z nich je psychoterapie a druhým farmakoterapie. Hlavní cíl psychoterapie a její princip je integrace prožitého traumatu do osobních zkušeností a odstranění, nebo alespoň zmenšení negativního vlivu na duševní i tělesný stav člověka. V psychoterapii tedy pracujeme s PTSD a vojáky tak, že zpracováváme traumatické zažité události (Vizinová, 1997, s. 42). Hlavním ze směrů, které v tomto typu léčby psychoterapií převažuje, je kognitivně behaviorální terapie (KBT). Jde o časově náročnější práci: tento problém není možné zdárně vyřešit během deseti sezení, ale počítejme s více hodinami. Je důležité klientovi vysvětlit vztah mezi jeho příznaky a traumatickou událostí, také i problematiku PTSD. Tomuto se již psychologové AČR snaží našťestí předejít a již v přípravných kurzech se o PTSD dozvídají spoustu důležitých informací. Při dalších sezeních je klient postaven před spouštěcí momenty (formou rozhovoru o průběhu události nejčastěji). Díky této technice dochází k desenzibilizaci a s klientem se provádí relaxace a terapie se postupně ukončuje. Je důležité pracovat s vojákem tak, aby uměl při náhlé stresové situaci pracovat sám se sebou, znal alespoň

základy relaxace a mohl se tak sám stabilizovat, aby měl vypracovaný postup, jak čelit stresu a vše zvládnout. Pokud pracuje s vojákem odborný psychoterapeut a je na léčbu dostatečný prostor a čas, je předpokládána vysoká úspěšnost této léčby (Pidrman, 2002, s.16).

Druhou variantou, jak pracovat s vojáky postiženými touto poruchou je již zmíněná farmakoterapie. Je zajisté do určité míry rychlejší a přináší také rychlejší efekt a má širší spektrum svého účinku. I zde je úspěšnost takového způsobu léčby velmi dobrá, ale je to podmíněné trpělivým a zodpovědným přístupem k dodržování medikace u nemocného. A je také nezbytně důležité, aby se doktoři vyvarovali předepisování léků, na něž vzniká závislost. Léčba by správně neměla být pouze rychlým zvládnutím akutního problému, ale měla by trvat měsíce. Ke konci léčby je žádoucí snižovat léky postupně. V dnešní době jsou jako mezi prvními předepisována antidepresiva skupiny SSRI (serotonin selective reuptake inhibitors) (Pidrman, 2002, s. 17).

Ráda bych zde ještě uvedla způsob práce v terapii, jak jej popisuje Poněšický (2012). V první fázi terapie je potřeba dosáhnout celkového posílení veškerých jáských schopností, které jsou potřeba ke zpracování stresu.

„Je potřeba pracovat jednak na stabilizaci a stabilizačních dovednostech, jakož i hledat specifické individuální prameny vhodné k posílení opětovného pozitivního životního názoru“ (Poněšický, 2012, s. 125).

Některé dřívější terapeutické schopnosti selhávaly, a to proto, že se pracovalo právě na retraumatizaci a aktivaci traumatických vzpomínek. Bylo tedy nezbytně nutné vyvinout spolehlivé techniky, které pomáhají právě proti retraumatizaci. Hlavní z nich je nácvik stabilizačních technik. Při nich jde například o naučení se schopnosti uchýlit se na bezpečné místo ve své fantazii, nebo schovat svoji panickou reakci do trezoru, představit si schopné pomocníky či to, že vše můžeme ovládat tak jednoduše jak mikrovlnku. Toto je nezbytně nutné klienta naučit před postupem ke druhému kroku. Naučí-li se klient/pacient tomuto, až teprve potom, je možné přejít k expozici traumatické situace. Pacient musí mít proti předchozím situacím naprostou kontrolu nad svým průběhem léčby a nad pocity, se kterými se potýká. Je velice důležité, aby terapeut sdělil svému klientovi veškeré další kroky a ujistil jej, že se žádný z kroků nebude dít bez jeho souhlasu. Ani toto a jakákoliv jiná terapeutická práce se neobejde bez důvěry a pevného vybudovaného vztahu.

Poněšický (2012) ve své knize tvrdí, že přítomnost posluchače – v tomto případě terapeuta - je podmínkou ke zlidštění traumatické situace, tedy odstranění jakési dehumanizace vzniklého traumatu. Ve druhém kroku se svět musí stát opět srozumitelný, u prožitě

traumatické situace se hledá její důvod, řadí se do životní historie i s možností tuto prožitou traumatickou situaci nějak v budoucnu zúročit. To se může například projevit pomocí ostatním obětem stejného traumatu, anebo se prožité trauma dá zúročit tak, že se tím zvýší i naše hrmost a osobní síla z přestálého psychického zranění. Tragédie může utužit vztahy s rodinou a i se sebou samotným, když se s ní dobře pracuje. V další z fází, která má probíhat jako postupná expozice traumatu a vyprávění celé situace (vzpomínky jsou rozdrobené na kousíčky), má postupně dojít ke sloučení všech prožitých zážitků a také ke změně kognitivních emočních schémat, které jsou s traumatickou situací spojené. Třetí fáze, která je nazvaná fáze reorientace, by měla pomoci s obnovením důvěry v lidskou spolehlivost, mezilidskou pomoc, k obnovení vlastní sebedůvěry, sebeúcty a lásce k sobě samému. Podíváme-li se časově na takto popsany terapeutický proces, jde u prvních dvou fází o průměrný počet s deseti sezeními, ta třetí, poslední fáze je otázkou další práce, která je vhodná pro střednědobou až dlouhodobou terapii (Poněšický, 2012).

Při znovuzískávání důvěry v lidi, hledání a prohlubování lásky k sobě samému je dobré se opírat přímo o události a aktuální prožitky z běžného života a pak na nich v terapii pracovat. Můžeme zde také trochu zapolemizovat, a to ohledně tématu, jak rychle je vhodné po prožitém traumatu pomáhat. Určitě i toto záleží na typu osoby a intenzitě události, ale mohou existovat tendence pomáhat okamžitě. Avšak vzhledem k silnému zážitku potřebuje traumatizovaný člověk spíše klid, nebýt pod tlakem a případně je možné mu dopomoci zklidňujícími léky. Přítomnost jakéhokoliv odborníka, anebo i tlak z rodiny, může vést naopak ke stažení a případnému urychlení některých ze symptomů. Podle názoru Poněšického (2012) a i já se k tomuto přístupu příkláním, je lépe osobu nechat a čekat, až získá sama od sebe pocit, že by se chtěla a potřebovala zbavit problémů, které vyvstaly. Ale nezapomeňme ještě na jednu věc, a tou je ta, kdy traumatizovaní lidé/vojáci, mohou tyto problémy řešit i jinak. Alkoholem, drogovou závislostí, přehnaným sportováním a jinak. Je tedy třeba nechat osobu v jejím vlastním klidu a režimu, ale také na něj i dohlížet a pomoci předcházet těmto problémům. Je určitě dobré jít s ní sportovat, na procházku, věnovat se umění, ať už pasivně nebo aktivně atd., ale také je nutné myslet na možná rizika flashbacků, která sami dopředu nemusíme odhadnout, kdy přesně přijdou, ale měli bychom s tím následně umět pracovat (Poněšický, 2012).

2.3 DEBRIEFING

Na posttraumatickou stresovou poruchu se armáda, její lékaři, psychologové i velitelé soustředí, a i když se může zdát, že se o ní mezi vojáky nemluví, není tomu tak. Při přípravách na misi, na cvičeních, při seminářích, v odborných publikacích, které po

jednotkách kolují, se o tomto potenciálním riziku diskutuje. Zde uvedu několik příkladů práce s PTSD právě z příruček a knih určené speciálně pro vojáky. V příručce „Obrana vojenského profesionála proti stresu“ popisují základní příznaky PTSD takto:

- obtíže s usínáním nebo kvalitou spánku,
 - podrážděnost nebo návaly hněvu,
 - obtíže s koncentrací,
 - přehnané úlekové reakce,
 - neschopnost vybavit si částečně nebo kompletně některé důležité momenty z události,
 - tendence vyhýbat se situacím připomínajícím traumatickou událost
- (Gottvaldová a Znojilová, 2006).

Za jednu z nejúčinnějších technik pro prevenci PTSD u jednotky se považuje skupinové sezení – debriefing. Tam jde o duševní očištění od nepříjemných a krutých zážitků, které – když je člověk nezpracuje a neřekne nahlas - mohou vyvolat duševní i pracovní obtíže. Jde tedy o nám známé psychotherapeutické skupiny, které však nejsou vedené psychotherapeutem, psychologem či za účasti lékaře, ale může je vést například velitel. Předpoklady pro tuto úlohu jsou schopnosti umět mluvit s lidmi, motivovat je, být empatický, dokázat své podřízené i kolegy vyslechnout a pomoci jim nebát se mluvit o svých pocitech. Tato osobnost také musí mít v první řadě důvěru, zaručit vojákům bezpečí a umět ochránit proti traumatu. Velitel čili vedoucí skupiny by neměl mít problém s tím být osobní, reálný, pečující i citlivý, nemusí však akceptovat vše, naopak vždy musí vše probíhat v souladu se zodpovědností a s přínosem pro rotu či prapor. Nebude-li něco jednoduše řešitelné, je na místě vojákovi doporučit rozhovor s psychologem či terapeutem.

Doporučuje se pořádat debriefingy po náročných operacích, hlavně po zahraničních misích či záchranných akcích, s neformálním podtextem a klidně i volnou formou, například v terénu u ohně, na pokoji, v kuchyňce atp. Hlavní podstatou debriefingu je mluvit o tom, co se stalo, svěřit někomu své pocity a jak dotyčný prožíval určité situace – v příručce pro vojáky toto nazvali pro lepší pochopení jako takzvané „uvolnění citové rozbušky“. I další dobrý efekt tyto skupiny mají, a to zlepšené sebepoznávání, uvolnění napětí, duševní stabilizaci a mezi vojáky i podpořit vzrůst vnímavosti vůči zážitkům a pocitům druhých.

Dá se tedy říci, že základní psychologickou pomoc je schopen zvládnout v podstatě každý, kdo umí a chce trochu jednat s lidmi a nemusí k tomu mít hluboké lékařské nebo psychologické vzdělání. V tomto směru nikdy neuškodí metoda „čím víc, tím líp“ nicméně s dostatečným tréninkem a zájmem o tuto problematiku či dostatečnou edukovaností je možné pomoci a zvládnout několik technik krizové intervence. Jde o prvotní základní opatření, které může včas pomoci. Znovu připomenu, že je nezbytné mít u postiženého důvěru a voják musí věřit postupu i autoritě.

Jako základní kroky při této prvotní pomoci se uvádějí v příručce tyto:

- vytvořit důvěryhodný vztah, umět se vžít do situace, nabídnout traumatizovanému jedinci pomoc, ptát se, co se mu přihodilo a zda o tom chce mluvit, ujistit kolegu, že se nemusí bát uvedení v hlášení,
- sdělit traumatizovanému, že slzy jsou v pořádku a nemusí se za ně stydět, zeptat se, co by mu nejvíce pomohlo, můžeme navrhnout možnosti řešení jeho situace a navrhnout určitý postup,
- zamezit zhoršování stavu, věnovat vojákovi pozornost i přes jeho důrazné odmítání pomoci, odvést od ostatních a nechat mu prostor, ale být nablízku pro pocit opory,
- zařídit návaznost následující péče psychologa či lékaře
(Gottvaldová a Znojilová, 2006).

Uvedeme si zde ještě postup práce debriefingu, který je doporučován pro důkladnou práci ve skupině traumatizovaných vojáků:

- 1) První fáze – stanovení pravidel a cílů: tato zahajující fáze by měla navazovat na akci, zážitky z boje či patrol během kterých mohlo dojít ke kontaktu s místními obyvateli.
- 2) Druhá fáze – fakta: každý z účastníků popíše událost tak, jak ji on sám viděl. To může přinést nové informace ostatním a usnadňuje začátek diskuse.
- 3) Třetí fáze – úvahy: zde se aktivuje myšlení, neboť účastníci popisují, co je během události napadlo.
- 4) Čtvrtá fáze – reakce: účastníci popisují nejhorší momenty události, zde se objevují emoce.
- 5) Pátá fáze – symptomy: cílem je vylíčit svoje myšlenkové, emocionální i fyzické reakce a chování. Zde se pracuje s kognitivní úrovní pochopení události.

- 6) Šestá fáze – učení: ten, kdo debriefing vede, by měl nyní poskytnout psychologickou pomoc na stresovou reakci.
- 7) Sedmá fáze – závěrečná: každý účastník shrne, co si ze setkání odnáší, co ho oslovilo a zaujalo.

Tohoto debriefingového sezení by se měl účastnit jen ten, kdo byl přímý účastník traumatické události (ačkoliv ani na ostatní vojáky, kteří například pomáhali, by se nemělo zapomínat, a i jim je potřeba nabídnout psychologickou i laickou pomoc). Při sezení každý mluví o sobě, o svých pocitech. Přestávky se nedělají, sezení by nemělo trvat déle než 3 hodiny. Bude-li muset někdo odejít, člen týmu půjde s ním z důvodu bezpečnosti.

3 MINNESOTSKÝ MULTIFÁZOVÝ OSOBNOSTNÍ INVENTÁŘ – 2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 - tato nejrozšířenější a nejčastěji používaná psychodiagnostická metoda byla S. R. Hathawayem a J.C. McKinleym uveřejněna již v roce 1940 a v roce 1943 k ní byl vydán první oficiální manuál. Jde o empirickou metodu, kterou autoři zkonstruovali na základě 800 vyšetřovaných psychiatrických pacientů a 700 normálních osob. Minnesotský multi-fázový osobnostní dotazník se používá jako test pro odhalení patologické orientace vývoje jednotlivých složek osobnosti. Využívá se nejen v klinické praxi, ale také jako screeningová metoda pro vyhledávání patologických rysů při výběrových řízeních na významné pozice atp. Autoři tak sestavili nástroj k multidimenzionálnímu měření osobnosti pomocí jednotlivých škál a profilů z nich vycházejících. Původní verze MMPI z roku 1940 měla 550 položek, od té doby však došlo k vývoji principů metodologie a diagnostických měřítek, a tak vznikla inovovaná a rozšířená verze MMPI-2. Současná verze tohoto testu pochází z roku 1989. Revidovaná současná verze má 567 položek, 395 z nich je doslovně převzatých z původní verze, 64 z nich jsou přeformulované a 108 položek je zcela nových (cituji podle Svobody, Humpolíčka a Šnorka, 2013). Používá se v mnoha odvětvích a při různých příjímácích řízeních, a to nejen mezi ozbrojenými složkami, ačkoliv i tam se díky této metodě dosáhlo neuvěřitelných výsledků. Pro její propracovanost, vysokou vypovídající hodnotu a široký záběr je jedním z nejoblíbenějších a nejpoužívanějších testů mezi psychology.

3.1 SEZNÁMENÍ S POLOŽKAMI MINNESOTSKÉHO MULTIFÁZOVÉHO OSOBNOSTNÍHO INVENTÁŘE-2

Pro srozumitelnost dalšího textu je na začátku nezbytné seznámit čtenáře se zkráceným označením jednotlivých položek.

Minnesotský multifázový osobnostní inventář-2 obsahuje několik, konkrétně pět, hlavních druhů škál: standardní validizační škály, standardní klinické škály, nové validizační škály, obsahové škály a škály doplňkové. Zde uvedu jen souhrnný výčet a v další kapitole budou škály podrobněji popsány.

Do standardních validizačních škál řadíme škály:

- L (15 položek),
- F (60 položek),
- K (30 položek)
- otazníkovou škálu.

Co se týče otazníkové škály, u ní jako jediné je počet zařazených položek variabilní, jelikož ty vyjadřují počet neoznačených odpovědí.

Mezi standartní klinické škály řadíme:

- hypochondrii (32 položek),
- depresi (57),
- konverzní hysterii (60),
- psychopatickou odchylku (50),
- maskulinitu-feminitu (56M, 56F),
- paranoiu (40),
- psychastenii (48),
- hypomani (46),
- sociální introverzi (69),

Do nových validizačních škál patří:

- škála F_B – což je F-škála pro závěr testu,
- VRIN – inkonzistence variabilních odpovědí,
- TRIN – Inkonzistence souhlasných odpovědí,
- F_p – vzácnost-psychopatologie
- S, která je škálou mimořádně pozitivní sebe prezentace (Svoboda, 2013, s. 388).

Obsahové škály zahrnují:

- ANX – úzkost,
- FRS – strachy,
- OBS – nutkavost,
- DEP – depresi,
- HEA – zájem o své zdraví,

- BIZ – bizarní psychické aktivity,
- ANG – zlobu,
- CYN – cynismus,
- ASP – antisociální chování,
- TPA – chování typu A,
- LSE – nízkou sebeúctu,
- SOD – sociální nepohodu,
- FAM – problémy v rodině,
- WRK – problémy pracovního výkonu,
- TRT – negativní postoje k terapii.

MMPI – 2 má ještě další doplňkové škály, k nim patří subškály sociální vyhýbavosti, odcizení sobě i druhým, subjektivní depresi, mentální retardaci, lehkou či výraznou hysterii, paranoii výraznou či lehkou. Je možné zvláště vyhodnocovat takzvané kritické položky. Ty se týkají akutního úzkostného stavu, suicidálních depresivních myšlenek, psychické zmatenosti, sexuálních deviací a tak podobně (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013, s. 389).

Podrobný výklad o postupu při vyplňování dotazníku a způsobu jeho hodnocení bude podán v podkapitolách 3.3 a 3.4.

3.2 MMPI – 2 A JEHO HISTORICKÉ MILNÍKY

Dohromady již bylo publikováno stovky článků o použití škály MMPI a MMPI-2 k posuzování duševního zdraví u pacientů, kteří byli vystaveni tíživé či střesové události. A také jak dobře víme, MMPI-2 byla hojně používána už za druhé světové války. Následující shrnutí, které v roce 2013 publikoval emeritní profesor Minnesotské univerzity James N. Butcher, ukazuje na zajímavou historii výzkumu posttraumatického stresu pomocí jak MMPI, tak i jeho nástupce MMPI-2 a výběr z článků by měl nabídnout cenné informace pro pochopení celého procesu a testu. Kromě měřících klinických škál MMPI-2, které vyvinuli Hathaway a McKinley (zvláště D, Pt, Hs a Hy), byly pro vyhodnocování PTSD užitečné ještě další škály. Od Keana a kolegů škála Pk, Ps od Schlengera a Kulky, škála hostility (Ho) a škála zloby (ANG). Zvýšení míry deprese, úzkosti a somatizace MMPI a MMPI-2 je patrné od prvních studií u pacientů s PTSD, což je v souladu s jiným výzkumem výskytu více nemocí (cituji podle Butchera, 2013).

V roce 1943, krátce po zveřejnění MMPI, provedl Leverenz první klinické testování s vojáky podstupujícími léčbu na psychiatrickém oddělení během druhé světové války. V roce 1948 byl MMPI administrována jako část jedinečné studie k určení efektů samo-vyhladovění na lidské zdraví a pro nalezení nejlepších metod pro rehabilitaci obětí těžkého hladomoru v Evropě a Asii v důsledku druhé světové války. Škály MMPI byly velice citlivé na změny během experimentálně vyvolaného stresu. Deprese, hysterie a hypochondrie vykazaly významné zvýšení. Pozoruhodně se během zvýšeného stresu zvýšila také škála F (cituji podle Butchera, 2013).

Pánové Brozek a Schiele byli první, kteří přišli s tím, že zvýšené skóre u škály F se může vyskytovat u jedinců, kteří zažili vysoký environmentální stres, a také to reflektuje fakt, že subjekty mohou říkat odlišné anebo nezvyklé informace právě kvůli změnám, k nimž došlo v důsledku jejich stresující zkušenosti. Tato jejich studie prokázala, že některé z položek na škále F jsou citlivé na problémy spojené se stresem (Butcher, 2013, s. 1). Proto je velice důležité si při hodnocení důvěryhodnosti výpovědí respondentů této stupnice všimnout a její výsledky brát v úvahu.

V roce 1948 vyšel další článek, kde se představují výsledky Jenningse, jenž během druhé světové války testoval velkou skupinu armádních leteckých důstojníků na základně v Anglii, kdy se vyměňovaly bojové posádky před jejich přiřazením do těžké bombardovací skupiny. Po skončení nasazení znovu Jennings testoval 516 důstojníků, aby bylo možné porovnat skóre s následnými výsledky pro ty, kteří jsou vystaveni bojovému stresu. Zjistil, že 404 ze vzorku mají normální rozsahy profilů z testu, ale 61 % pilotů s psychiatrickými poruchami mělo abnormálně vysoké profily MMPI anebo alespoň zvýšené skóre L a F ve srovnání se 17 % úspěšných letců (cituji podle Butchera, 2013, s. 2).

Výsledkem tedy pro nás je, že MMPI poskytovalo velice cenné informace k hodnocení pilotů a vojáků. Další studie o několik let později také potvrdily, že škály MMPI byly velice přínosné pro zkoumání úzkosti a nestability právě u vojenských pilotů, kteří byli během druhé světové války velmi často nasazováni, a proto i vystavováni nebezpečí a bojovému stresu.

V roce 1976 prokázali pánové Merbaum a Hefez možnost interkulturního využití MMPI pro hodnocení vojáků s PTSD na vzorku izraelských vojáků, kteří byli hospitalizováni v psychiatrické léčebně během války Yom Kippur. Jejich symptomy byly

extrémní deprese, úzkost, stěžovali si na rozsáhlé fyzické bolesti a měli zvýšené škály D, Pt, Hs a Sc. Z rozhovorů a výsledků je zřejmé prodloužení účinku bojového stresu a výzkum zaznamenal problémy, které nastávají, navrátí-li se muži nazpět do své sociální komunity.

O šest let později Roberts, Penk, Gearing, Robinowitz, Dolan a Patterson zase studovali komorbiditu (výskyt společně s jiným onemocněním či poruchou) PTSD na vzorku 274 veteránů z Vietnamu, kteří potřebovali léčbu při zneužívání návykových látek. Tito veteráni byli rozděleni do tří skupin: první byli veteráni s prokazatelným PTSD, další skupina byla s bojovými zkušenostmi bez PTSD a třetí byla skupina veteránů z Vietnamské éry bez bojových zkušeností. První skupina veteránů s léčbou návykových látek dosáhla vyšších skóre než zbylé dvě skupiny na klinických škálách Pa, Pd, Si a Wigginsových obsahových škálách sociální nepřizpůsobivosti, rodinných problémů a zjevného nepřátelství (cituji podle Butchera, 2013, s. 2).

Studie zaměřené na MMPI dlouhodobě sledovaly PTSD symptomy. Goldstein, Van Kammen, Shelly a Miller vyhodnocovali v roce 1987 celkem 41 osob, které byly uvězněny během druhé světové války japonskou armádou. Údaje prokazují, že tito bývalí vězni trpí projevy PTSD i po dlouhých čtyřiceti letech od jejich zkušeností s uvězněním. Uváděli poruchy spánku, časté noční můry a úzkosti. Polovina těchto mužů naplnila všechna kritéria pro PTSD. Jejich MMPI profily naznačily významnou psychopatologii, která byla charakterizována úzkostí, jež vykazovala vysoké výsledky na škálách D, Hs, Hy, Pt a Sc (cituji podle Butchera, 2013, s. 3).

Dále uvádí Butcher studie v roce 1992, tentokrát pod vedením Jordana, Nunleyho a Cooka. Ve své studii popisují vztah mezi zhoršujícími se příznaky PTSD a finanční kompenzací. Zkoumali 3 klinické skupiny hospitalizovaných vietnamských válečných veteránů. První byla skupina finančně kompenzovaná za PTSD, druhá byla finančně kompenzovaná za fyzické a duševní problémy a třetí porovnávanou skupinou byla ta, kde veteráni finančně kompenzováni nebyli. Výsledky ukázaly na to, že ti, kteří finančně kompenzováni nebyli, nevykazovali o moc větší výsledky na škále F (Platnost/Validita) než ti, kteří byli odměňováni.

Nyní si řekneme něco o výzkumech publikovaných v roce 1994. Jedním z důležitých výzkumů byl ten, kdy badatelé prokazovali souvislost mezi PTSD a zlobou. Munley, Bains, Frazee a Schwartz srovnávali výsledky MMPI-2 u veteránů s diagnostikovaným PTSD se skupinou veteránů, kteří se léčili s jinou mentální poruchou.

Všichni vyšetřovaní byli muži a skupiny byly testovány multivariační analýzou MANOVA. Výsledky byly dost významné na dvou škálách, a to na škále Pk a Ps, pacienti s PTSD skórovali na těchto škálách více než druhá skupina. Hněvu u válečných veteránů se věnovali i další badatelé. Kubany, Gino, Denny a Torigoe studovali souvislost mezi Cook-Medleyovou škálou hostility v MMPI a posttraumatickým stresem u veteránů vietnamské a jiné válečné éry. Veteráni z vietnamské války vykazovali mnohem vyšší skóre na této škále než veteráni z jiných období (cituji podle Butchera, 2013, s. 5). Tato studie může být důkazem pro názor, že vojákům války ve Vietnamu bylo poskytnuta skutečně špatná péče i kompenzace, a po návratu i během konfliktů měli život velmi ztížený. Je smutné, že se s tímto faktem musíme již jen smířit a poučit se z něj právě pro každého dalšího vojáka, který může být vystaven válce či bojovému stresu.

Další studie porovnávaly celou řadu různorodých i podobných skupin, ať už proto, aby více prozkoumávaly symptomy PTSD a jejich výsledky na škálách MMPI, anebo aby pomáhaly dokazovat nepostradatelnost tohoto nástroje pro odhalování dalších zajímavých efektů. Naštěstí se výzkumníci nesoustředili jen a pouze na válečné veterány z Vietnamu (i přes nepostradatelnost a závažnost těchto výzkumů), ale také například na vliv stresu na duševní zdraví, tendenci k přehánění u úrazů spojených i s odškodňováním, na ženské oběti domácího násilí a celkově na oběti kriminálních činů. Jde tedy celkově a historicky o velmi důležitý test, který skutečně pomohl odkrýt spoustu informací.

3.3 ADMINISTRACE, HODNOCENÍ MMPI-2 A JEHO ŠKÁLY

Verze je ve variantě zpracování na počítači anebo „tužka-papír“. Při první variantě je proband posazen před počítač, ve druhé je předložen dotazník v sešitové formě. Je možné administrovat test individuálně i ve skupinách, z hlediska časové náročnosti je však doporučována administrace hromadná a s maximálním počtem 20–25 osob. U české varianty testu se na rozdíl od původní verze proband požádá, aby se pokusil vyjádřit ke každé položce. U papírové verze svoje odpovědi křížkuje do záznamového listu, poté je odtamtud psycholog převede do počítače. Elektronická verze je pro psychologa mnohem komfortnější a zpracování rychlejší, je omezena pouze nutností sedět před počítačem. Při tomto typu vyšetřování skupiny osob je také možnost osoby sledovat přes web kameru z jiné místnosti a takto si zjednodušit i zlehčit práci, kdy můžeme získat data od velkého počtu lidí bez rizika podvodů během testování. Není překvapením, že i při tomto testování

si probandi zkoušejí odpovídat podle všeobecných odhadů anebo odvést kolektivní práci. Budeme-li nad testem přemýšlet z pohledu náročnosti na mentální schopnost probandů, můžeme si být jisti, že u většiny položek stačí minimální úroveň absolvované deváté třídy.

Vypracování MMPI-2 obvykle trvá přibližně jednu hodinu, je důležité vyplnit celý test, tedy odpovědět na všech 567 otázek. V časové tísní je možné přijmout prvních 370 odpovědí, z těchto lze vypočítat alespoň základní škály. Je také zajímavou informací, že je prokázána ekvivalence mezi papírovým provedením a vyplněním na počítači. Po jedné i druhé variantě vyplnění je dále zpracovávání pouze formou počítače. Testcentrum poskytuje CD s programem, který po zadání hardwareového klíče vypracovává veškeré výpočty. Vzhledem ke komplexnosti a vysokému počtu škál, jichž je 123, je z hlediska času krajně neefektivní pracovat s výsledky manuálně. Po vyplnění testu program provede výpočet hrubých i vážených skóru, vypočítá korekce, indexy a vytvoří veškeré profily. Výsledky probanda uloží do databáze včetně jeho záznamového protokolu, takže je díky tomu dobré kdykoliv detekovat odpovědi jako jednotlivé položky inventáře. Velice důležité je během interpretace výsledků znát a brát v potaz hodnoty validizačních škál, ale i hodnoty jednotlivých klinických škál a pak i jejich konfiguraci v celkovém individuálním profilu. Validizační škály totiž již z názvu vypovídají o platnosti (hodnotě) celého testu (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

Pro vytváření interpretačních hypotéz škál musíme brát v úhvu tři aspekty, a to platnost protokolu, který je naznačen validizačními škálami, absolutní hodnoty klinických škál ve vztahu ke standardním údajům prezentovaným T-skóry a seskupení skóru v individuálním profilu probanda. Další informace nám dodávají profily subškál, skóry doplňkových a obsahových škál. Také může mnohdy pomoci seznam kritických položek, na jehož základu můžeme zaměřit následné vyšetření, anebo také můžeme nahlédnout pro cenné informace do komponentů obsahových škál. Následná interpretace výsledného protokolu pak probíhá v dále popsaných krocích. Posoudíme přijatelnost protokolu, zjistíme přístup zkoumané osoby k odpovídání na otázky a shodu jeho postoje k vyplnění s takzvaným pozadím klienta, což jsou např. informace o vzdělání či sociokulturní. Posoudíme základní anamnestická a demografická data a psychický stav zkoumané osoby. Analyzujeme hodnoty škál jako podklad pro hypotézy o osobnosti a aktuálním emočním stavu zkoumané osoby. Analyzujeme profilový kód podle směrnic MMPI. Dále zjistíme, jak mohou přispívat dílčí subškály k potenciálně zvýšeným hodnotám škál, což je nám následným vodítkem pro témata a oblasti, kterým zkoumaná osoba věnuje zvýšenou

pozornost. Potom analyzujeme hodnoty obsahových škál, jejich komponent a doplňkové stupnice. Tady můžou být již zformulované hypotézy lépe upřesněny, můžeme smysluplně shrnout symptomy, problémy a osobnostní charakteristiky zkoumané osoby na základě hodnot validizačních ukazatelů. A analyzujeme veškeré významné kritické položky. Ty mohou upozornit na nepovšimnuté stesky, symptomy anebo signalizovat speciální problémy (*Příručka MMPI-2*, 2002).

3.4 Detailní popis minnesotských škál

3.4.1 Standardní validizační škály

Otazníková škála

- Sečteme-li počet nezodpovězených položek, skór vypovídá mimo jiné o ochotě spolupracovat,
- jinými důvody nezodpovězení může být však také například defenzivita, neochota sdělit svůj názor, nerozhodnost, nevyhraněný názor, únava, špatná nálada, špatné čtenářské dovednosti, pocit nedůležité položky,
- dalším důvodem nezodpovězení může být ten, že subjekt o situaci v položce neví, nebo ji neprožil, případně si na ni ani nepamatuje (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

L-škála

- Tato škála ukazuje stupeň kritičnosti vyšetřované osoby, i snahu působit příznivějším dojmem na společnost. Nutno říci, že hlavním nedostatkem této skupiny otázek je ten, že obsah je často dost průhledný.
- Tuto škálu je také možné považovat za míru propracovanosti (sofistikovanosti). Neberme tuto škálu jako míru tendence ke lži nebo klamu, jde spíš o ukazatel tendence k chování společensky přijatelného.
- Zvýšení tohoto L-skóru může být zapříčiněno například: snahou klamat ostatní o vlastních motivech, neochotou připustit si i malé charakterní vady, nerealistickým demonstrováním mravnosti, naivním pohledem hlavně na sebe sama, či třeba problém s osobnostním přizpůsobením (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

F-škála

- Jde o skór validity, racionality. Tato škála je složena z položek, které jsou jen výjimečně zodpovídány normálními lidmi kladně. U 60 vět je pouze kolem 7 odpovězeno pozitivně.
- Někteří se domnívají, že tato škála poukazuje spíš na psychické poruchy, než aby byla validizační stupnicí. F-skór však může také narůstat následkem simulace vyšetřované osoby, aby se jevila v horším světle. Kladné reakce dávají osoby vysoce nezávislé a individualistické.
- Vysoký F-skór však může také růst důvodem nepochopení otázkám, nedbalostí anebo snahou prezentovat se vědomě či nevědomě ve špatném světle. Abych zde uvedla konkrétní příklad vysokého F, ten mají například deprimovaní jedinci anebo schizofrenici.
- Nicméně i při skóru nad 80, kdy je test nevalidní, mohou mít někteří schizofrenní či depresivní pacienti zvýšenou hodnotu F a test přitom může být spolehlivý (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

K-škála

- Tato škála prezentuje míru postoje k pokusu a slouží jako měřítko obrany probanda v jeho odpovědi a taky jako korigující činitel při odpovídání v klinických škálách. Škála obsahuje 30 položek, které pomáhají identifikovat osoby s významnou patologií.
- Položky vypovídají například o sebekontroli anebo i o vztazích v rodině. Výsledky z této škály korespondují se socioekonomickou i vzdělanostní úrovní probanda.
- Vysokých skórů dosahují pacienti vzpírající se změně a ovlivňování, takoví nejsou příliš přístupní terapii, chtějí se starat sami o sebe a demonstrují zdánlivé zlepšení, aniž by se projevil důležité změny v jejich potížích.
- Za další možné zvýšení skóru se považuje defenzivita probanda, snaha udělat lepší dojem a tendence prezentovat se jako dobře adaptovaný jedinec. Zkoumaného probanda s vysokým K je také ještě možné popsat jako zabíhavého, schopného kontaktu a nadšení, velkorysého, veselého, spokojeného, povídavého, rozumného, vytrvalého a vyrovnaného.
- Nízké K zase svědčí pro snahu udělat dojem horší a taky pro lhostejnost, přílišnou sebekritičnost anebo nedostatečné obranné chování. Tento je více přístupný terapii

a přijetí pomoci, má tendence se podceňovat. K nízkému skóru může vést například taky tendence reagovat souhlasně nebo simulační tendence.

- Probandy, kteří nízko skórují, lze popsat jako neuspokojené, citlivé, cynické, intuitivní, svárlivé či žárlivé. Kromě své validizační funkce plní tato K škála také ještě zpřesňovací úlohu klinických škál (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

3.4.2 Standartní klinické škály

Hs škála; Hypochondrie

- Vypovídá o tom, jak moc se proband zabývá svým tělem, jeho funkcemi a jak moc se o ně obává. Obtíže, které udává, označujeme za hypochondrické. Často se tyto bolesti a potíže těžko identifikují a není pro ně žádný organický podklad.
- Naopak pacienti s prokázaným organickým onemocněním mají tento skór zvýšený jen lehce. Tato škála negativně koreluje s inteligencí.
- Zvýšení škály svědčí pro malou sofistikovanosť a bohužel není dobrá prognóza pro psychologickou intervenci.
- Nízké Hs hodnoty nacházíme u jedinců, kteří si své obavy nechtějí přiznat, anebo u těch, kteří si dělají starosti o své tělo jen v malé míře.
- Při popisu osob v mezích norem popisují Gough, Harris a Black tyto charakteristiky: „*starostlivý vzhledem ke svým tělesným funkcím, se sklonem k tělesným potížím a k pesimismu, bojácný, strnulý*“ (citují podle Svobody et al., 2013, s. 398).

D škála; Deprese

- Zjišťuje symptomatickou a reaktivní depresi, nikoliv centrální depresi jako osobnostní rys. Charakterizuje ji nedostatek vitality, neuspokojení vlastní pozice, nedostatek zájmu a aktivity.
- Pozorujeme u ní i gastrointestinální potíže, poruchy spánku, malou sociabilitu atp.
- Jedinci s vysokým skórem bývají nešťastní, úzkostní, rozladění a pesimističtí, se sníženou sebedůvěrou, s pocity viny, se sklony k obavám a také bývají nerozhodní. Často se objevují také somatické stesky a pocit osobní nepohody.
- Pokud je tento skór jako jediný z klinických škál zvýšený, uvažujeme a neopomíjíme riziko sebevraždy.

- V opačném případě mohou mít osoby s nízkým skórem nízkou sebekontrolu a mohou být také například sarkastičtí a exhibicionističtí až agresivně se předvádějící. Pro tyto osoby jsou tedy charakteristické tyto: „*deprese, sklíčenost, bojácnost, malomyslnost, subjektivní vyčerpání*“ (Svoboda et al., 2013, s. 398).

Hy škála; Hysterie

- U této škály jsou dvě komponenty, ta první je těsně navázána na škálu hypochondrie (Hs) a „*druhá je dána řadou vět nadměrně odmítajících možnost, že by proband mohl být neurotický*“ (Svoboda et al., 2013, s. 398-9)
- Znamená to, že je-li zvýšený Hy skór, důvodem jsou přiznání tělesných symptomů a popírání mentální slabosti zároveň. Tato škála má naštěstí pět subškál, které pomáhají v detailnější diagnostice předmětných rysů, např. somatické stesky, popření sociální úzkosti).
- Jedinci, kteří dosahují vysokého Hy skóru jsou většinou terapeuticky rezistentní, ačkoli paradoxně verbálně zdůrazňují svou připravenost a ochotu spolupracovat. Naopak nízká hodnota Hy bývá u lidí, kteří jsou bez velkých zájmů, skromní, konformní a sociálně izolovaní.
- Charakteristiky dle Gougha, Harrise a Blacka: nevyzrálost, nerealismus, přístupnost skupinovým ideám, přátelskost, uctivost, naivita, laskavost, potřebuje sociální souhlas, narcismus, nerozumnost, otevřenost, musí se vždy ukazovat z lepší stránky, potřeba být oblíbený.
- Hysterické osoby bývají tedy většinou i egocentrické, nezralé, bezelstné, dobrodružné, zabíhavé, s nadnesenými city, utrápené a také schopné nadšení.

Výsledky z těchto prvních tří škál (Hy, Hs, D) tvoří dohromady takzvanou *neurotickou triádu*. Ta ukazuje na neurotické tendence osobnosti a může charakterizovat i typ neurózy. Jsou-li škály Hs a Hy vyšší než D, znamená to, že vnější symptomy jsou větší než pacientovy subjektivní potíže. Pokud je naopak D vyšší než ostatní části triády, jsou subjektivní potíže silnější než symptomy (Svoboda et al., 2013).

Pd škála; Psychopatická odchylka

- Škála „*měří stupeň chybění hlubokého citového reagování, neschopnost učit se ze zkušeností a míru nedbání sociálních zvyklostí a obyčejů*“ (Svoboda et al., 2013, s. 394).

- Osoby s vysokým skóreem mají často asociální chování, stěžují si na rodinu, autority, pocíťují odcizení a zažívají nudu. Jejich chování je zvláštní a velice různorodé, zahrnujeme je do kategorie psychopatických osob.
- Na neurotické potíže si stěžují jen minimálně, afekty jsou povrchní, nejsou schopni navázat jakékoliv hlubší vztahy k jiným lidem. Mohou se odchylovat od sociálních norem lhaním, krádeží, alkoholismem a jinou toxikomanií, také sexuálními excesy či agresivitou.
- Terapií půjde dosáhnout maximálně tak jistého společenského přizpůsobení. Opět má tato škála své subškály, konkrétně pět a opět pomáhají v jemnější diagnostice. Vysoké hodnoty této škály ukazují na narcistickou, nerozvážnou, impulzivní, sociálně neadaptovanou, zlostnou či také emočně oploštělou osobnost.
- Zpočátku mohou takoví lidé působit dobrým dojmem, ale brzy se toto změní a lidé zklamou. Bývají popisováni jako družní, hovorní, nerozvážní, individualističtí, se sklonem k alkoholu a dalším látkám, chování těchto lidí je v podstatě antisociální.
- Jedinci, kteří naopak skórují nízko, bývají dobrosrdeční, společenští, konvenční, vyrovnaní a s úzkým okruhem zájmů. U většiny osob se skóry snižují v souvislosti s jejich věkem (Svoboda et al., 2013, s. 394).

Mf škála; Maskulinita/Feminita

- Tato škála měří femininní nebo maskulinní charakter zájmů probanda.
- Vysoké hodnoty Mf ukazují odchylku zájmů směrem k zájmu druhého pohlaví.
- U mužů s estetickými zájmy, s literárně či uměleckými vlohami nejsou zvýšené Mf skóry nijak vzácné. Z těchto zvýšených hodnot nemůžeme jednoznačně uvažovat o homosexualitě.
- Jedinci s vysokým Mf jsou poměrně nesamostatní, pasivní, idealističtí, senzibilní, sociálně vnímaví, mírumilovní, tolerantní a psychicky složití.
- Pokud je však hodnota u mužů naopak nízká, jde o posuzování „nutkavého mužství“, tělesné síly, vytrvalosti, uvolněnosti, touhy po dobrodružství, bezstarostnosti a hrubosti.
- U žen slouží tato Mf škála jako měřítko submise/dominance. Ani u žen nesvědčí zvýšený Mf skór na homoerotickou orientaci.

- Zvýšený Mf skór je spíše ukazatel sebejistého, spontánního, uvolněného, dominantního a často až agresivního chování.
- Ženy s naopak nízkými hodnotami bývají poddajné, soucitné, závislé, zdráhavé a naříkavé.
- Zajímavostí je, že do jisté míry úrovně na této škále korespondují s typem vzdělání a také i to, že nízko skórující ženy provozují spíše maskulinní aktivity (Svoboda et al., 2013, s. 395).

Pa škála; Paranoia

- Pro tuto škálu byly hodnoty odvozeny od pacientů, kteří vykazovali různé formy paranoie.
- Mějme však na paměti, že je-li hodnota této škály zvýšena nad hodnotu 75, je to spíš příznakem zvýšené a bezdůvodné osobní citlivosti, což bývá více důvodem depresivních reakcí než rizikem bludů.
- Hodnoty nad 80 bodů však už jsou důležité a jednoznačné pro abnormalitu. Tato škála měří tedy senzitivitu, morální pokrytectví a podezřívavost, osoby s touto zvýšenou škálou se vyznačují přecitlivělostí, nedůvěrou a představami o pronásledování.
- Osoby, které mají vysoké Pa hodnoty jsou emotivní, utrápené, senzitivní, opatrné a vyhýbavé.
- Naopak osoby s těmito nízkými hodnotami můžeme popsat jako sebevědomé, veselé, s optimistickým názorem na život, vyrovnané a důvěřivé (Svoboda et al., 2013, s. 395).

Pt škála; Psychastenie

- Tato škála pomáhá odhalovat obsese, anankazmy a další nutkavé chování či fobie.
- Nazvěme tedy tuto škálu teď spíše „obsedantně-kompulzivní reaktivita“ než psychastenie, ježto se tento výraz dnes již nepoužívá. Škála popisuje i pocity viny a zvýšenou sebekritičnost.
- Vysoké hodnoty této škály představují neschopnost zabývat se něčím a někým jiným než sám sebou a často se také u těchto osob setkáváme s neslučitelnými vnitřními stanovisky.

- Dále mají tyto osoby sníženou schopnost rozhodování, koncentrace, jsou nejistí a trpí vnitřním napětím.
- Ti, kteří mají zvýšené hodnoty Pt si mohou často dělat starosti se sexuálními či morálními problémy, a navíc to mohou být lidé, kteří nejsou úspěšní ve svém povolání. Tyto osoby jsou citlivé, sentimentální, utrápené, individualistické, fyzicky zdatné.
- Existuje nebezpečí, že pokud je k tomuto zvýšenému skóru ještě zvýšen i D-skór, osoba může uvažovat o sebevraždě. Naopak nízké hodnoty mají osoby zodpovědné, vyrovnané, uvolněné a s dostatečnou sebedůvěrou (Svoboda et al., 2013, s. 396).

Sc škála; Schizofrenie

- V této škále se vyskytuje neobvyklé, bizarní myšlení a chování, nedostatek hlubších zájmů, sociální odcizení, sexuální potíže.
- Faktorovou analýzou se dospělo k tomu, že sedm hlavních faktorů jsou paranoia, špatné tělesné zdraví a koncentrace, psychotické tendence, odmítnutí, stažení a zájem o sex.
- „Mezi způsobem myšlení a realitou bývá rozpor vedoucí k tomu, že pozorovatel nemůže racionálně vysvětlit změny nálady a chování schizofrenika“ (Svoboda, 2013, s. 396).
- Jedinci, kteří mají u této škály vysoké hodnoty, jsou chladní, apatičtí, odcizení, mají problémy s myšlením i v komunikaci, s pocity izolace a jsou nespokojení sami se sebou.
- Osoby, kteří mají tento skór zvýšený jen lehce, můžeme nazvat autistickými denními snílky, kteří jsou neschopni kvalitního kontaktu, se sklonem k uzavřenosti a pocity nepochopení.
- Pokud jsou hodnoty Sc skóru nad 75, dokazují téměř vždy schizoidní mentalitu.
- Nižší skóry zase vykazují lidé ochotní, vyrovnaní, submisivní a se sklony k praktickým zájmům (Svoboda et al., 2013, s. 396).

Ma škála; Hypomanie

- Škála měří charakteristické vlastnosti pro hypomanií typické svou nadprodukcí v myšlení a jednání.

- Lidé s hypomanií se často dostávají do nesnází kvůli nadměrné snaživosti a podnikavosti, začnou spoustu věcí a nedokážou je dokončit.
- Mají povznesenou, ale nestabilní náladu a vyznačují se zvýšeným psychomotorickým tempem, které může vyústit až do myšlenkového trysku, hyperaktivity, velikášství, egocentričnosti, hostility.
- Lidé, kteří mají zvýšené Ma hodnoty, jsou dobrosrdeční, impulzivní, aktivní, idealističtí, družní, lehce popudliví a také například se sklonem k alkoholu, snadno se uráží, žvaní a jsou až narcističtí a dosti povrchní v mezilidských vztazích.
- Jsou-li protikladně současně zvýšené skóry Ma a D, vyskytuje se to u organických postižení mozku.
- Naopak nízké skóry mají lidé vyrovnaní, zralí, svědomití, spolehliví, praktičtí a jasně myslící, ale také zároveň nepružní, s malou motivací a apatičtí.

Si škála; Sociální introverze

- Tato škála v originální verzi nebyla, ale byla vytvořena Drakem až v roce 1946 (cituji podle Svobody et al., 2013, s. 397).
- Měří tendenci osoby vyhýbat se sociálnímu kontaktu. Osoby jsou maladaptivní s omezenými sociálními dovednostmi, se sklony k sebedoceňování, nejsou sociálně obratní, ale naopak jsou úzkostní a odtaziti při kontaktu s druhými.
- Vyšetřovaní s vysokým skórem jsou introvertní, stažení a plašší, s malou schopností kontakty vůbec navazovat a nezúčastňující se kolektivních akcí.
- Naopak lidé s vysokým skórem Si jsou extrovertní, otevření, s mnoha zájmy a závazky i mimo své hlavní povinnosti.

V původním testu MMPI bylo usuzováno pouze ze škál Pa, Pt, Sc a Ma, zda jde o psychotické onemocnění anebo ne. U MMPI-2 však nyní dochází k jemnější diagnostice těchto onemocnění, a to za pomoci konfigurace škál 4-5-6: Pd –Mf-Pa a 6-7-8: Pa-Pt-Sc. (Svoboda, 2013, s. 397). Případné další podklady a popisy zkoumaných škál byly brány z příručky k MMPI-2 v prvním českém vydání.

4 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 ÚVOD K VÝZKUMU

Rozhodla jsem se pro provedení této studie, jelikož jsem se chtěla dozvědět více o nasazení českých vojáků a jejich psychologickém zdraví. Téma nasazení českých vojáků v zahraničních operacích sleduji již delší dobu a je mi blízké. Metodu a získaný objem dat jsem díky panu Novému měla možnost získat a použít. Účelem tohoto výzkumu bylo získat informace o psychickém zdraví nasazených českých vojáků a poskytnout nové poznatky k této zajímavé problematice

Nástroj MMPI-2 se nepoužívá jen v klinické psychologii, ale je také užíván pro účely výběru potenciálních zaměstnanců. Používal se například pro výběr budoucích policistů, celníků nebo hasičů. Jako dotazník osobnosti se používá česká verze MMPI-2 od roku 2005. Vojenská policie, Armády České republiky jako samostatná součást české armády podřízená přímo ministrovi obrany, provádí vlastní psychologický výběr kandidátů k přijetí. Psychologický screening, velmi podobný jeho civilnímu policejnímu protějšku v České republice, se skládá z testů způsobilosti, osobnostního dotazníku, hloubkového rozhovoru a projektivní zkoušky.

4.2 CÍLE VÝZKUMU

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo srovnat výsledky z MMPI-2 u vojáků, kteří na zahraniční operaci ještě nevyjeli s těmi, kteří již minimálně na jedné z operací byli. Dalším cílem bylo zjistit, zda dochází po psychologické stránce u nasazených vojáků ke zhoršení nebo zlepšení v oblastech psychiky; čili mají-li zahraniční operace na vojáky spíše negativní nebo pozitivní vliv.

4.3 ÚČASTNÍCI VÝZKUMU

Pro tento výzkum byly použity výsledky vstupních zkoušek žadatelů České vojenské policie. Celkově šlo o 419 účastníků. Byly vytvořeny dva soubory dat, do kterých byli účastníci rozřazeni, a to podle počtu předchozího nasazení do zahraniční operace.

V první skupině bylo 289 vojáků, kteří nasazeni na misi ještě nebyli. Jejich průměrný věk je 30,89 let se směrodatnou odchylkou 5,964. K vojákům bez předchozího nasazení byli přiřazeni pouze vojáci bez potenciálně traumatických zkušeností v jejich anamnéze. Ve druhé skupině bylo 130 vojáků, kteří již minimálně jednu zahraniční operaci (KFOR, ISAF, Trvalá svoboda, válka v Iráku) absolvovali, jejich průměrný věk byl 32,57 let se směrodatnou odchylkou 5,269. V tabulce číslo 1 níže můžeme vidět rozložení počtu osob nasazených a nenasazených. Je na místě zmínit, že je v tomto výzkumu pracováno se zdravými vojáky, kteří prošli výběrovým procesem a screeningem pro účast v zahraniční operaci, jeho součástí je totiž psychologické testování klinickými psychology ve Vojenské nemocnici.

Tab. č.1 Rozložení nasazených a nenasazených vojáků

Počet nasazení v zahraničních operacích	Počet osob
0	289
1	41
2	21
3	16
4	12
5	12
6	26
7	1
8	1
Celkem	419

Z tabulky můžeme vyčíst, že nejpočetnější skupinou nasazených vojáků byla skupina jednou nasazených, druhá největší byla skupina s vojáky, kteří za sebou měli již 6 zahraničních operací. Pouze jeden voják absolvoval 8 operací a jeden voják 7 operací.

Všichni účastníci byli muži české národnosti. Všichni byli také absolventi minimálně střední školy, což je povinná úroveň pro uchazeče o místo ve Vojenské policii Armády České republiky. Obě skupiny obsahovaly podobný počet žadatelů s vysokoškolským vzděláním. 28 % uchazečů s bakalářskými nebo magisterskými tituly bylo ve skupině bez předchozího nasazení a 31 % ve skupině s minimálně jedním nasazením v zahraniční operaci. Vhodným výběrem jsme tak dosáhli homogenity zkoumaného vzorku.

4.4 METODA ZKOUMÁNÍ

K výzkumu byla využita data získaná ze vstupních vyšetření osobnostní způsobilosti zkoumané v rámci přijímacího řízení Vojenské policie Armády České republiky. Celkem 419 jedinců vyplňovalo dotazník v období od prosince 2008 do ledna 2017. Osobnostní charakteristiky byly hodnoceny s použitím Minnesotského Multifázového Osobnostního Inventáře 2 (MMPI-2). Ručně vyplněné odpovědní archy byly převedeny do počítače a vyhodnoceny programem pro MMPI-2. Získané výsledky byly uspořádány do tabulky, která obsahovala v řádcích jednotlivé probandy a ve sloupcích hodnoty hrubých skóru dosažených v jednotlivých škálách dotazníku. S takto uspořádanými daty byla dále prováděna statistická analýza. Nejprve byla data vyčištěna a bylo provedeno zkoumání rozložení. Data byla testována pomocí Kolmogorovova-Smirnova testu. Bylo zjištěno, že data v obou skupinách normálně rozdělena nejsou (viz Příloha č. 1). Nulovou hypotézu, kterou jsme tedy testovali bylo, zda jde o normálně rozdělená data; tu nám K-S test pomohl vyvrátit (hladina signifikance je menší jak 0,05 % a dokonce je v našem případě i menší než 0,01 %).

Dále byly testováno, zda se mediány hodnot hrubých skóru škál MMPI-2 v našich dvou nezávislých skupinách nasazených a nenasazených vojáků, navzájem liší, pomocí Mann-Whitneyho neparametrického t-testu. Hodnoty škál, u kterých se ukázaly významné rozdíly, byly pak podrobeny faktorové analýze, za účelem zjištění, zda je možné redukovat získaný výstup. Před samotnou analýzou byla provedena Kaiser-Meyer-Olkinovo metoda měření adekvátnosti a Bartlettův test sféricity, abychom zjistili, zda je vhodné faktorovou analýzu provést.

Data byla převedena ze softwaru MMPI-2 do formátu Excel. Poté byla statistická analýza provedena pomocí softwarového balíčku SPSS verze 15.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

4.5 VÝSLEDKY A INTERPRETACE DAT

V tabulce č. 2 uvádím škály dotazníku MMPI-2, u kterých byly zjištěny významně rozdílné mediány mezi skupinami nasazených a nenasazených vojáků.

Tab. č. 2 Hodnoty škály MMPI-2 s významně rozdílnými mediány a výsledky Mann-Whitneyho t-testu

	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Nasazení vojáci	Nenasazení vojáci	Rozdíl hrubých skóreů
Negativní postoj k terapii (TRT)	15440,5	-2,9593414	0,003	2,73	2,04	0,69
Hostilita (Ho)	15660	-2,727891	0,006	14,85	12,57	2,28
Dominance (DO)	15725,5	-2,7209627	0,006	18,26	18,74	-0,48
Sociální odcizení (PD4)	15956	-2,5273391	0,011	3,35	2,92	0,43
Nesdílnost (TRT2)	16323,5	-2,4114183	0,015	,69	,53	0,16
Cynismus (CYN)	16027,5	-2,4087495	0,016	8,44	6,89	1,55
Misantropické přesvědčení (CYN1)	16031,5	-2,4086125	0,016	6,03	4,91	1,12
Psychoticismus (PSYC)	16084	-2,3873577	0,016	2,73	2,13	0,57
Potřeba náklonosti (HY2)	16073,5	-2,3826816	0,017	6,98	7,60	-0,62
Naivita (PA3)	16275	-2,2075115	0,027	4,59	5,17	-0,58
Paranoia, lehká (PA-S)	16292,5	-2,189049	0,028	7,03	7,63	-0,6
Úzkost (A)	16315,5	-2,1813844	0,029	3,37	2,42	0,95
Odcizení sobě i druhým (Si3)	16325	-2,1711197	0,029	3,05	2,46	0,59
Vysokoškolská maladjustace (MT)	16329,5	-2,1590264	0,030	5,14	4,31	0,83
Hysterie, lehká (HY-S)	16320	-2,1573472	0,031	18,66	19,57	-0,91
Korekce (K)	16335	-2,144545	0,031	21,63	22,61	-0,98
Antisociální postoje (ASP1)	16360,5	-2,123848	0,033	5,26	4,50	0,76
Rodinné problémy (FAM)	16609,5	-2,0981734	0,035	1,13	,88	0,25

Podrážděnost (ANG2)	16643,5	-2,096326	0,037	,76	,51	0,25
Problémy s autoritou (PD2)	16544,5	-2,0782569	0,037	2,58	2,80	-0,22
Nízká motivovanost (TRT1)	16686	-1,9890476	0,046	,83	,64	0,19

Škály jsou seřazeny od nejmenšího po největší výsledek M-W t-skóru.

V tabulce a obzvlášť v posledních dvou sloupcích vidíme výsledky hrubých skóre skupin a můžeme si zde povšimnout kladných či záporných rozdílů. Na jednom z výrazných příkladů si zde můžeme ukázat rozdíly, podrobnější rozbor bude popsán dále. Můžeme tedy z této tabulky vyčíst signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami u škály Hysterie (Hy-S). U nenasazených vojáků jde o hodnotu hrubých skóre 18,66 a u nasazených 19,57. V T-skórech dle českých norem testu jde o hodnoty 49-52, což jsou skóre v rozmezí 45-57, tedy v populačním průměru.

Následně byl proveden Bartlettův test sférické významnosti a také byla vypočítána Kaiser-Meyer-Olkinova míra adekvátnosti výběru. Výsledky nám ukázaly, že je vhodné aplikovat faktorovou analýzu a tato data jsou pro analýzu vhodná. Hodnoty jsou uvedeny v tab. č. 3 níže.

Tab. č. 3 Kaiser-Meyer-Olkinova míra adekvátnosti výběru a výsledky Bartlettova testu sféricity

Kaiser-Meyer-Olkinova míra adekvátnosti výběru	0,918	
Bartlettův test sféricity	Přibližný Chí-kvadrát	9613,897
	df	210
	Sig.	,000

Číslo, které v tabulce vyšlo u KMO míry adekvátnosti výběru, je indexem, který porovnává velikosti korelačních koeficientů a velikost koeficientů parciální korelace. Zde platí, že „čím menší koeficient, tím je větší nevhodnost použití faktorové analýzy“. KMO míry adekvátnosti výběru je indexem, který porovnává velikosti korelačních koeficientů a velikost koeficientů parciální korelace. Platí úměra, kdy „čím menší koeficient, tím je větší nevhodnost použití faktorové analýzy“. Velikost KMO a její použitelnost je dána následovně: Pod 0,5 nevyhovující a provádět faktorovou analýzu nemá smysl; 0,5 – 0,7 slabší; 0,71- 0,8 střední; 0,81- 0,9 velmi dobrá a hodnoty nad 0,9 do 1 jsou velmi pozitivní.

Bartlettovým testem testujeme nulovou hypotézu, a to, že korelační matice je maticí jednotkovou (identity matrix) neboli, že v korelační matici jsou na diagonále hodnoty 1 a v ostatních polích hodnoty 0 neboli, že vztahy mezi kombinacemi všech dvojic proměnných neexistují. Výsledky v tabulce ukazují, že korelace mezi položkami je pro analýzu hlavních komponent dostatečně velká.

Data byla shledána vyhovujícími a bylo přikročeno k extrakci faktorů. I tato analýza byla provedena s využitím programu SPSS.

Nejprve byla zkoumána vhodnost všech škál, které se ukázaly jako statisticky významně rozdílné pro faktorovou analýzu. Vypočítaná anti-image korelační matice umožnila identifikovat proměnné, které použití faktorové analýzy komplikuje. Míra adekvátnosti byla u škály Problémy s autoritou PD2 velmi nízká. Škála PD2 byla proto vyloučena z faktorové analýzy. Poté byly zkoumány komunality, kde se ukázalo, že všechny extrakce mají dostatečné hodnoty. Po vyloučení škál Negativní indikátory terapie (TRT), Naivita (Pa3), Paranoia - skrytá (PA-S), Welshova Anxieta (A), Antisocialní postoje (ASP1), Problémy v rodině (FAM), Irritabilita (ANG2) a Nízká motivace (TRT1), jsem získala pro zbývající škály v analýze jednoduché jednofaktorové řešení. Použila jsem metodu analýzy hlavních komponent a nepoužívala jsem rotaci faktorů; přitom jsem potlačila hodnoty nižší než 30. Extrahovaná komponenta, jediná s vlastní hodnotou (eigenvalue) větší než jedna, byla schopna objasnit 63 % rozptylu, což je zobrazeno v následující tabulce č. 4:

Tab.č.4 Matice komponent- 1 extrahovaná komponenta

Metoda: Analýza hlavních komponent

Hostilita (HO)	,946
Dominance (DO)	-,373
Sociální odcizení (PD4)	,544
Nesdílnost (TRT2)	,528
Cynismus (CYN)	,941
Misanthropické přesvědčení (CYN1)	,917
Psychoticismus (PSYC)	,788
Potřeba náklonosti (HY2)	-,883
Odcizení sobě i druhým (Si3)	,836
Vysokoškolská maladjustace (MT)	,706
Hysterie, lehká (HY-S)	-,864
Korekce (K)	-,868
Antisociální postoje (ASP1)	,869

Zjištěné rozdíly mezi oběma skupinami jsem faktorovou analýzou zredukovala z původních 22 škál na celkově 10 hlavních rozdílů, což je lépe uchopitelný podklad pro další diskusi.

4.6 DISKUSE

V našem výzkumu jsem za prvé zjistila, že u žádné ze zkoumaných skupin nebyly zjištěny známky psychopatologie. Obě skupiny jsou, na základě výsledků dotazníku MMPI-2, psychologicky velice zdravé.

Za druhé jsem nenašla žádné významné rozdíly na škálách jak u skupiny vyslaných i nevyslaných vojáků v souvislosti s posttraumatickou symptomatologií, depresivitou, úzkostí anebo zneužíváním návykových látek. Také jsem zjistila, že na některých škálách, které, podle Greene (2000) mají pozitivní korelaci s PTSD, konkrétně škála cynismu (CYN), dosáhli v našem případě nižších výsledků vojáci, kteří prošli nasazením v zahraniční operaci. Všichni vojáci, kteří dotazník vyplňovali, byli v aktivní službě. Znamená to, že byli vybíráni, mimo jiné, také s ohledem na přítomnost (tedy spíše nepřítomnost) psychopatologie. Psychologické zdraví ale zůstalo zachované i ve skupině, která prošla zahraniční operací.

Za třetí jsem našla určité rozdíly mezi skupinami vojáků, kteří byli a nebyli nasazeni v zahraniční operaci. Použila jsem přitom metodu, která ukázala i velice jemné rozdíly mezi oběma skupinami.

Zjištěné rozdíly mezi oběma skupinami jsem faktorovou analýzou zredukovala z původních 21 škál na 13 rozdílů. Společný faktor sytil škály Hostilita (Ho), Dominance (Do), Sociální odcizení (PD4), Nesdílčnost (TRT2), Cynismus (Cyn), Misanotropické přesvědčení (CYN1), Psychoticismus (Psyc), Potřeba náklonosti (HY2), Odcizení sobě i druhým (Si3), Vysokoškolská maladjustace (MT), Lehká hysterie (HY-S) a Antisociální postoje (ASP1) a škála Korekce (K).

Celkový interpretační význam faktoru, který sytí výše zmíněných 13 škál, je v uspokojování mezilidských vztahů s ostatními a dobrých vztazích, vyšší důvěry vůči nim, možná až naivní. To je spojeno s pocitem sounáležitosti, vyšší integrity a respektování norem a odpovědnosti, s pocitem vyšší sebeúcty, vynalézavosti, optimismu a sebevědomí. Porovnáním zátěží jsem se rozhodla pojmenovat základní faktor těchto 13 měřítek jako „vyzrálou socializaci“ (vyzrálost). Nasazení vojáci na tom byli s výsledky lépe, skórovali v něm výše.

Ve výsledcích jsem však našla ještě další rozdíly, jež nebyly součástí společného faktoru, který jsem určila pomocí faktorové analýzy. Například škála TRT – Negativní

postoje k terapii má dvě subškály - Nízkou motivaci a Nesdíllost. Ty byly u skupiny nasazených vojáků výrazně nižší. Lze to připsat vyšší důvěře ve vlastní schopnosti, ochotě mluvit o problémech a méně prožívanému emočnímu distresu. Škála Pa3 postihuje, jak jedinec vnímá druhé v kontextu důvěryhodnosti a morálního hodnocení (Friedman, Lewak, Webb, & Nichols, 2000, s. 124). Také u škály Pa3 byly hodnoty u nasazených vojáků významně vyšší.

Další škála, která stojí za krátký rozbor je FAM - Problémy v rodině. Nenasazení vojáci dosáhli 1,13 a nasazení 0,88 u nasazených byl zjištěn významně nižší výsledek. Dá se tedy říct, že již nasazení vojáci považují své rodiny za šťastnější, například i kvůli poměrně vysokému finančnímu ohodnocení, které za misi dostanou. Dalším vysvětlením také může být, že nasazení vojáci si mohou myslet, že jejich rodiny mají méně problémů než české civilní rodiny. Obdobné jsou výsledky ve škále ANG2 - Iritabilita, která vyjadřuje probandovu netrpělivost, tendenci se hněvat a být mrzutý. Nasazení vojáci dosáhli nižšího skóru.

Překvapující byl na straně druhé významný rozdíl, zjištěný na škále PD2 – Problémy s autoritou. Skupina nasazených vojáků měla skóry na této škále vyšší. Vyšší skóry na této škále mají lidé, kteří mají problémy s respektováním autority, měli potíže se školou či zákony.

Tuto studii považuji za jakési „vykopnutí míče“ a je podle mého názoru důležité provést další zkoumání, rozšíření o nové otázky a sbírání odpovědí například formou hloubkových rozhovorů anebo i jinými standardizovanými testy jako doplněk. Nabízí se ještě jedna varianta duplikace výzkumu, a to s vojákyněmi. V tomto případě je to však vysoce nepravděpodobné, jelikož nasazených žen je minimum a na kvalitativní výzkumné šetření by data nemusela stačit.

4.7 ZÁVĚR ZKOUMÁNÍ

Když tedy porovnáme výsledný společný faktor (vyzrállost) spolu se zajímavými výsledky dalších škál, můžeme z toho usuzovat, že:

Nasazení vojáci jsou více socializovaní a vyzrálí než vojáci bez předchozího nasazení. Mají větší důvěru ve vlastní schopnosti, jsou odolnější, vykazují i větší emoční stabilitu. Vykazují nižší míru prožívaného emocionálního distresu, úzkosti, negativních emocí, hněvu, nižší podrážděnost.

Mohli bychom také říct, že se nasazení vojáci zlepšili ve vojenské morálce, i když proti tomuto tvrzení oponuje jedna ze škál, a to škála Problémů s autoritou. Tento jev si můžeme vysvětlit, jde o škálu s málo položkami. Když se na ni podíváme detailněji, pouze jedna poukazuje na problém se zákonem, jedna odráží odpor ke škole, tři položky odrážejí chování a další tři postoje k vnější autoritě. Uvědomme si, že nasazení v české armádě vyžaduje určitou formu úsilí. Nasazovány jsou obvykle jen některé jednotky a vojáci se k těmto jednotkám připojují. V důsledku toho musí prokázat chuť a snahu, aby byli vybráni. To vyžaduje určitou odvahu a lze předpokládat, že i tento typ vojáka nemusí mít rád školu, má určité problémy s chováním a vnější autoritou.

K tématu spokojenosti rodin vojáků (škála FAM) je ještě důležité dovysvětlit možnou variantu tohoto výsledku. Větší spokojenost u rodin nasazených vojáků si totiž můžeme zdůvodňovat finančním ohodnocením za zahraniční operaci, které může například představovat cena nového rodinného automobilu. Dalším důležitým faktorem může být i délka mise, která se pro české vojáky pohybuje mezi 6 až 8 měsíci s minimálním odstupem od jednotlivých misí v délce jednoho roku.

Ještě další věc zde musím zmínit v souvislosti s našimi výsledky. Z historického základu, který je nastíněn i v první kapitole, víme, že docházelo během zahraničních operací k nelehkým a nebezpečným situacím (Kosovo, válka v Iráku, v Afghanistanu), dokonce v některých umírali kolegové našich testovaných vojáků. Vojáci se ocitli pod raketovou palbou, pohybovali se v blízkosti improvizovaných výbušných nástrah, ocitli se v přestřelkách. I přes tyto veškeré negativní situace jsou výsledky nasazených vojáků velice dobré. Navíc ještě musím zmínit, že v České armádě dosud neexistuje psychologická dekomprese po návratu z nasazení. O to pozitivnější a překvapivější jsou tyto výsledky.

Závěrem chci zdůraznit, že jak vychází z tohoto výzkumu, nasazení v zahraniční operaci může mít - a v rámci zkoumeného vzorku mělo - prokazatelně pozitivní výsledky. Ty se blíží dimenzím konceptu posttraumatického rozvoje po traumatických zážitcích (Tedeschi, & Calhoun, 2004), což představuje prohloubenější vztahy s ostatními a větší pocit sebejistoty. Většina studií je zaměřena převážně na negativní faktory nasazení. Proto by příští studie neměly být zaměřeny pouze na sledování posttraumatických následků, ale mohly by sledovat třeba i na faktory, které vedou ke zvýšení odolnosti a zlepšování vojáků po psychické stránce. To by právě s vojenským prostředím mělo být úzce spojené. Můžeme tedy také říct, že i přes jednoznačný obecný negativní efekt válek na členy

armády, vojáky, může mít účast v zahraniční operaci pozitivní vliv. Vojáci, kteří se vraceli a vrací, bývají zkušenější, jejich sebedůvěra se zvyšuje, jejich schopnosti zlepšují a náročný trénink se tak zúročuje.

ZÁVĚR

Výzkum porovnává 130 výsledků MMPI-2 již nasazených českých vojáků (v operacích KFOR, OIF, OEF, ISAF) s výsledky 289 českých vojáků, kteří se zahraniční operace nikdy nezúčastnili. Obě skupiny byly bez potenciálně traumatických zkušeností v anamnéze. V obou skupinách a jejich výsledcích MMPI-2 nebyly nalezeny žádné známky psychopatologie. Na škálách se nezjistily žádné rozdíly spojené s posttraumatickou symptomatologií, depresí, úzkostí nebo zneužíváním návykových látek mezi skupinami nasazených a nenasazených vojáků. Mann-Whitneyův neparametrický pořadový test byl použit k rozpoznání velmi jemných, možných rozdílů. Pomocí tohoto testu byly malé - leč důležité - rozdíly nalezeny na 21 škálách MMPI-2. Na základě těchto rozdílů byla provedena následně faktorová analýza a u 13 z nich se našel základní faktor, který byl nazván „zralá socializace“. Vojáci účastníci se mezinárodních misí na tom byli podstatně lépe. Byly interpretovány také zbývající škály. Nasazení vojáci měli mnohem větší víru ve své schopnosti a vykazovali vyšší citovou odolnost a emocionální stabilitu.

Autorka je si vědoma určitých omezení a nedostatků. Výběrový soubor je pro analýzu a zobecnění výsledku stále ještě malý a co se týče rozsahu navíc také omezen. Dalším omezením je chybějící údaj, který se týká úrovně vystavení bojům. Není známo, zda vůbec – a pokud ano, jak náročným bojovým situacím se nasazení vojáci na zahraničních operacích účastnili. Autorka se domnívá, že by bylo vhodné tuto studii zopakovat před event. dalšími možnými interpretacemi. Přesto však tato studie ukazuje, že je důležité, aby se další výzkumy zabývaly nejen negativními vlivy, ale také těmi pozitivními, které mají vliv na osobnost vojáka po jeho návratu ze zahraniční a z potenciálně vysoce traumatizující operace.

SOUHRN

V teoretické části rozebírá autorka problematiku vojáků v souvislosti se zahraničními operacemi. Podává přehled historie zahraničních operací a jejich bližší specifikace během období minulých 20 let, aby se konkretizovalo, s čím se naši vojáci v těchto situacích potýkali a nadále potýkají, zmiňuje se také o úmrtí v řadách vojáků, což je nedílnou součástí jejich služby státu. Pro rozsáhlost tématu nebylo možno všechna data a informace týkající se nasazení našich vojáků do diplomové práce zařadit.

Dalším velkým tématem této práce je posttraumatický stresový syndrom, který po náročných zahraničních nasazeních může vzniknout a jehož zkoumání a zvládání je pro psychology i lékaře velkým úkolem. Autorka věnuje pozornost jeho projevům, průběhu, metodám práce s traumatizovanými a také věnuje pozornost možnostem práce AČR v souvislosti s tímto syndromem, např. metodou tzv. debriefingu.

V další části se práce podrobně věnuje testu, tedy inventáři používanému v metodě zkoumání. Popisuje jeho vývoj a poté i významy a možnosti interpretace jeho škál.

V praktické části uvádí autorka postupy při získávání dat a dochází k závěru, že mezi skupinami je sice určitý prokazatelný rozdíl, avšak nijak velký. Mohlo vzniknout i očekávání, že u vojáků, kteří na zahraniční operaci byli, dojde k negativním změnám, ale opak je pravdou. Až na jednu ze škál, skórovali nasazení (zkušenější) vojáci lépe, než skupina bez této zkušenosti. U vojáků, kteří se minimálně jedné ze zahraničních operací zúčastnili, zjistila tato práce statisticky prokázanou větší vyzrálou.

CITOVANÉ ZDROJE

Aktuální mise. (2018, 14.července). Dostupné z webových stránek Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/aktualni-mise/default.htm>

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.

Baldrachi, R., Hilsenroth, M., Arsenault, L., Sloan, P., & Walter, Ch. (1999). MMPI-2 Assessment of Varying Levels of Posttraumatic Stress in Vietnam Combat Veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(2), 109-116. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1022104405161>

Begić, D., & Jokć-Begić, N. (2007). Heterogenity of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Croatian War Veterans: Retrospective Study. *Croatian Medical Journal*, 48(2), pp. 133-139.

Berk, E., Black, J., Locastro, J., Wickis, J., Simpson, T., Keane, T. M., & Penk, W. (1989). Traumatogenicity: Effects of self-reported noncombat trauma on MMPIs of male Vietnam combat and noncombat veterans treated for substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 704-708. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(198909\)45:5<704::AID-JCLP2270450504>3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(198909)45:5<704::AID-JCLP2270450504>3.0.CO;2-6).

Butcher, J. N., Dahlstorm, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N. (2013). *25 Historical Highlights:: Use of the MMPI/MMPI-2 for PTSD Evaluations*, pp.10. Dostupné z: <http://mmpi.umn.edu/highlights-in-ptsd-assessments.php>

Čeští vojáci, kteří zahynuli při nasazení v zahraničních misích. (2017). *Zahraniční mise Armády České republiky*. Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/zahynuli/prehled-smrtelne-zranenych-prislusniku-acr--100629/>

25 let od zahájení operace koaličních sil Pouštní štít. (2015). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mocr.army.cz/informacni-servis/zpravodajstvi/25-let-od-zahajeni-operace-koalicnich-sil-poustni-stit-117684/>

Gottvaldová, M. a Znojilová, M. (2006). *Obrana vojenského profesionála proti stresu*. Vyškov: Avis.

Greene, R. (1991). *The MMPI2/MMPI: An interpretive manual*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Health Status of Vietnam Veterans: I. Psychosocial Characteristics. (May 13, 1988). *JAMA* 259(18), 2701 – 20707. Dostupné na: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/371896>

Historie a současnost péče o veterány v USA (díl 4): Války v Koreji a ve Vietnamu. (2014). Dostupné na webu Státní ozbrojené a bezpečnostní složky: <http://www.ozbrojeneslozky.cz/clanek/historie-a-soucasnost-pece-o-veterany-v-usa-dil-4-valky-v-koreji-a-ve-vietnam>

Historie zahraničních misí. (2018). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/historie-zahranicnich-misi-140768/>

History. Resolute Support Afghanistan. Dostupné z: <https://rs.nato.int/about-us/history.aspx>

IFOR – mírová operace, 1995 – 1996, Bosna a Hercegovina, Chorvatsko, 6300 příslušníků (včetně SFOR) Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/scripts/detail.php?id=3708>

International Security Assistance Force (ISAF). (2017). Dostupné z: *Oficiální portál Informačního centra o NATO* http://www.natoaktual.cz/na_zpravy.aspx?y=na_zpravy/mise_isaf.htm

ISAF's mission in Afghanistan (2001-2014). (2015). Dostupné z *North Atlantic Treaty Organization* https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_69366.htm

ISAF PRT (2013). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/isaf-prt-87307/>

KFOR (2017). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/kfor-6388/>

Kulíšek, J. (2011). Posttraumatická stresová porucha. *Vojenské rozhledy*, 20(52), 94-113.

Leverenz, C.W. (1943). MMPI. An Evaluation of Its Usefulness in the Psychiatric Service of a Station Hospital. *War Medicine*, 4, 618-629.

Munley, P.H., Bains, D. S., Bloem, W.D., & Busby, R.M. (1995). Post-traumatic stress disorder and the MMPI-2. *Trauma Stress*, 8(1),171-8.

Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton. Edice: Psyché.

Porterfield, K. M. (1998). *Jak se vyrovnat s následky traumatu: psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny a Linka důvěry.

Pouštní štít a Pouštní bouře – osvobozovací operace, 1990-1991, Kuvajt, 200 příslušníků. Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/poustni-stit-a-poustni-boure---osvobozovaci-operace--1990---1991--kuvajt--200-prislusniku-3691/>

Pidrman, V. (2002). *Posttraumatická stresová porucha*. Manuál pro praktické lékaře. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

SFOR – mírová operace, 1996 – 2004, Bosna a Hercegovina, Chorvatsko, 6300 příslušníků (včetně IFOR). (2005). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/scripts/detail.php?id=3707>

SFOR II – velitelství a civilní – vojenská spolupráce, od 2002, Bosna a Hercegovina, 35 příslušníků. (2005). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/scripts/detail.php?id=3712>

Spojenecká mise ISAF v Afghánistánu po více než třinácti letech končí. (2014). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/informacni-servis/zpravodajstvi/spojenecka-mise-isaf-v-afghanistanu-po-vice-nez-trinacti-letech-konci-105944/>

Svoboda, M., Humpolíček, P. a Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 15(1), 1–18.

Vizinová, D. a Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.

Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence: psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 3. vyd. Praha: Portál.

Úkolové uskupení AČR v misi Resolute Support Mission (2018). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/aktualni-mise/ukolove-uskupeni-acr-rsm-42409/>

UNCRO-mírová mise, 3/1995-1/1996, Chorvatsko-Krajina, 750 příslušníků UNTAES-mírová mise, 1/1996-1/1998, Chorvatsko-Východní Slavonie, 100 příslušníků. (1998). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/historie-misi/uncro--mirova-mise-3-1995-1-1996-chorvatsko-krajina-750-prislusniku%3Cbr%3Euntaes-mirova-mise-1-1996-1-1998-chorvatsko-vychodni-slavonie--100-prislusniku-3689/>

Duševní poruchy a poruchy chování, Diagnostické kategorie: reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. In: *Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10, F43.1)*. Překlad 10. revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, s. 171. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Trvalá svoboda – protiteroristická operace, 2002 - 2003, Kuvajt, 612 příslušníků. (2005). Dostupné na webu Ministerstva obrany ČR: <http://www.mise.army.cz/scripts/detail.php?id=3688>

Washingtonská smlouva: Plné znění zakládajícího dokumentu NATO. Washington D.C. 1949, 4 dubna). Dostupné na webu natoaktual.cz: http://www.natoaktual.cz/na_zpravy.aspx?y=na_summit/washingtonskasmlouva.htm

PŘÍLOHY

Příloha č. 1. Test normality škál MMPI-2

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Cannot say (?)	,289	419	,000
L	,092	419	,000
Infrequency (F)	,165	419	,000
Correction (K)	,100	419	,000
HS	,193	419	,000
D	,076	419	,000
Hysteria (HY)	,084	419	,000
PD	,093	419	,000
MF	,092	419	,000
PA	,104	419	,000
PT	,204	419	,000
SC	,180	419	,000
MA	,098	419	,000
SI	,096	419	,000
ANX	,222	419	,000
FRS	,209	419	,000
OBS	,260	419	,000
DEP	,219	419	,000
BIZ	,214	419	,000
ANG	,152	419	,000

Cynism (CYN)	,103	419	,000
ASP	,106	419	,000
LSE	,205	419	,000
SOD	,156	419	,000
Family problems (FAM)	,295	419	,000
WRK	,186	419	,000
HEA	,182	419	,000
TPA	,128	419	,000
Negative treatment indicators (TRT)	,173	419	,000
D1	,131	419	,000
D2	,146	419	,000
D3	,220	419	,000
D4	,250	419	,000
D5	,283	419	,000
HY1	,253	419	,000
Need for affection (HY2)	,133	419	,000
HY3	,241	419	,000
HY4	,236	419	,000
HY5	,168	419	,000
PD1	,375	419	,000
Authority problems (PD2)	,262	419	,000
PD3	,254	419	,000
Social allienation (PD4)	,187	419	,000
PD5	,205	419	,000
PA1	,235	419	,000

PA2	,298	419	,000
Naiveté (PA3)	,143	419	,000
SC1	,305	419	,000
SC2	,319	419	,000
SC3	,410	419	,000
SC4	,297	419	,000
SC5	,450	419	,000
SC6	,218	419	,000
MA1	,175	419	,000
MA2	,180	419	,000
MA3	,205	419	,000
MA4	,177	419	,000
D_O	,168	419	,000
Depression subtle (D-S)	,141	419	,000
HY_O	,177	419	,000
Hysteria subtle (HY-S)	,088	419	,000
PD_O	,147	419	,000
PD_S	,112	419	,000
PA_O	,237	419	,000
Paranoia subtle (PA-S)	,124	419	,000
MA_O	,150	419	,000
MA_S	,095	419	,000
SI1	,245	419	,000
SI2	,137	419	,000
Alienation - Self and Others (Si3)	,138	419	,000

Anxiety (A)	,203	419	,000
R	,059	419	,001
ES	,117	419	,000
MAC_R	,099	419	,000
FB	,268	419	,000
VRIN	,130	419	,000
TRIN	,234	419	,000
O_H	,096	419	,000
Dominance (DO)	,143	419	,000
RE	,118	419	,000
College maladjustment (MT)	,193	419	,000
GM	,144	419	,000
GF	,086	419	,000
PK	,207	419	,000
PS	,175	419	,000
FP	,205	419	,000
S	,088	419	,000
FRS1	,398	419	,000
FRS2	,240	419	,000
DEP1	,250	419	,000
DEP2	,295	419	,000
DEP3	,485	419	,000
DEP4	,534	419	,000
HEA1	,486	419	,000
HEA2	,232	419	,000

HEA3	,259	419	,000
BIZ1	,401	419	,000
BIZ2	,248	419	,000
ANG1	,265	419	,000
Irritabiliy (ANG2)	,315	419	,000
Misanthropic beliefs (CYN1)	,120	419	,000
CYN2	,173	419	,000
Antisocial attitudes (ASP1)	,117	419	,000
ASP2	,369	419	,000
TPA1	,248	419	,000
TPA2	,211	419	,000
LSE1	,275	419	,000
LSE2	,291	419	,000
SOD1	,143	419	,000
SOD2	,272	419	,000
FAM1	,373	419	,000
FAM2	,495	419	,000
Low motivation (TRT1)	,265	419	,000
Inability to disclose (TRT2)	,340	419	,000
AGGR	,130	419	,000
Psychoticism (PSYC)	,176	419	,000
DISC	,103	419	,000
NEGE	,168	419	,000
INTR	,076	419	,000
MDS	,293	419	,000

Hostility (HO)	,093	419	,000
AAS	,352	419	,000
APS	,106	419	,000

a Lilliefors Significance Correction

Příloha č. 2. Hodnoty Mann-Whitneyho testu

	deployment	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Cannot say (?)	no deployment	289	216,17	62473,50
	after deployment	130	196,28	25516,50
	Total	419		
L	no deployment	289	208,26	60187,00
	after deployment	130	213,87	27803,00
	Total	419		
Infrequency (F)	no deployment	289	212,81	61501,00
	after deployment	130	203,76	26489,00
	Total	419		
Correction (K)	no deployment	289	201,52	58240,00
	after deployment	130	228,85	29750,00
	Total	419		
HS	no deployment	289	211,70	61180,50
	after deployment	130	206,23	26809,50
	Total	419		
D	no deployment	289	208,49	60253,00
	after deployment	130	213,36	27737,00
	Total	419		
Hysteria (HY)	no deployment	289	202,85	58625,00
	after deployment	130	225,88	29365,00
	Total	419		
PD	no deployment	289	211,17	61027,00
	after deployment	130	207,41	26963,00
	Total	419		

MF	no deployment	289	212,17	61317,50
	after deployment	130	205,17	26672,50
	Total	419		
PA	no deployment	289	204,60	59128,50
	after deployment	130	222,01	28861,50
	Total	419		
PT	no deployment	289	215,03	62143,50
	after deployment	130	198,82	25846,50
	Total	419		
SC	no deployment	289	209,48	60541,00
	after deployment	130	211,15	27449,00
	Total	419		
MA	no deployment	289	210,96	60968,50
	after deployment	130	207,86	27021,50
	Total	419		
SI	no deployment	289	215,55	62293,00
	after deployment	130	197,67	25697,00
	Total	419		
ANX	no deployment	289	216,80	62655,50
	after deployment	130	194,88	25334,50
	Total	419		
FRS	no deployment	289	216,88	62679,50
	after deployment	130	194,70	25310,50
	Total	419		
OBS	no deployment	289	214,77	62068,50
	after deployment	130	199,40	25921,50

	Total	419		
DEP	no deployment	289	216,44	62552,00
	after deployment	130	195,68	25438,00
	Total	419		
BIZ	no deployment	289	214,50	61991,50
	after deployment	130	199,99	25998,50
	Total	419		
ANG	no deployment	289	214,41	61965,50
	after deployment	130	200,19	26024,50
	Total	419		
Cynism (CYN)	no deployment	289	219,54	63447,50
	after deployment	130	188,79	24542,50
	Total	419		
ASP	no deployment	289	216,30	62510,00
	after deployment	130	196,00	25480,00
	Total	419		
LSE	no deployment	289	214,72	62055,00
	after deployment	130	199,50	25935,00
	Total	419		
SOD	no deployment	289	209,09	60428,00
	after deployment	130	212,02	27562,00
	Total	419		
Family problems (FAM)	no deployment	289	217,53	62865,50
	after deployment	130	193,27	25124,50
	Total	419		
WRK	no deployment	289	214,71	62050,00

	after deployment	130	199,54	25940,00
	Total	419		
HEA	no deployment	289	208,46	60244,50
	after deployment	130	213,43	27745,50
	Total	419		
TPA	no deployment	289	214,23	61912,50
	after deployment	130	200,60	26077,50
	Total	419		
Negative treatment indicators (TRT)	no deployment	289	221,57	64034,50
	after deployment	130	184,27	23955,50
	Total	419		
D1	no deployment	289	213,39	61670,00
	after deployment	130	202,46	26320,00
	Total	419		
D2	no deployment	289	209,69	60599,50
	after deployment	130	210,70	27390,50
	Total	419		
D3	no deployment	289	205,21	59304,50
	after deployment	130	220,66	28685,50
	Total	419		
D4	no deployment	289	214,15	61888,00
	after deployment	130	200,78	26102,00
	Total	419		
D5	no deployment	289	211,12	61015,00
	after deployment	130	207,50	26975,00
	Total	419		

HY1	no deployment	289	208,30	60199,00
	after deployment	130	213,78	27791,00
	Total	419		
Need for affection (HY2)	no deployment	289	200,62	57978,50
	after deployment	130	230,86	30011,50
	Total	419		
HY3	no deployment	289	211,60	61152,00
	after deployment	130	206,45	26838,00
	Total	419		
HY4	no deployment	289	211,57	61145,00
	after deployment	130	206,50	26845,00
	Total	419		
HY5	no deployment	289	203,14	58706,50
	after deployment	130	225,26	29283,50
	Total	419		
PD1	no deployment	289	211,24	61048,50
	after deployment	130	207,24	26941,50
	Total	419		
Authority problems (PD2)	no deployment	289	202,25	58449,50
	after deployment	130	227,23	29540,50
	Total	419		
PD3	no deployment	289	206,56	59694,50
	after deployment	130	217,66	28295,50
	Total	419		
Social alienation (PD4)	no deployment	289	219,79	63519,00
	after deployment	130	188,24	24471,00

	Total	419		
PD5	no deployment	289	214,03	61855,00
	after deployment	130	201,04	26135,00
	Total	419		
PA1	no deployment	289	216,05	62438,50
	after deployment	130	196,55	25551,50
	Total	419		
PA2	no deployment	289	212,13	61306,00
	after deployment	130	205,26	26684,00
	Total	419		
Naiveté (PA3)	no deployment	289	201,31	58180,00
	after deployment	130	229,31	29810,00
	Total	419		
SC1	no deployment	289	216,27	62501,00
	after deployment	130	196,07	25489,00
	Total	419		
SC2	no deployment	289	210,36	60793,00
	after deployment	130	209,21	27197,00
	Total	419		
SC3	no deployment	289	208,86	60360,00
	after deployment	130	212,54	27630,00
	Total	419		
SC4	no deployment	289	210,37	60796,00
	after deployment	130	209,18	27194,00
	Total	419		
SC5	no deployment	289	210,84	60931,50

	after deployment	130	208,14	27058,50
	Total	419		
SC6	no deployment	289	206,61	59710,00
	after deployment	130	217,54	28280,00
	Total	419		
MA1	no deployment	289	211,30	61066,00
	after deployment	130	207,11	26924,00
	Total	419		
MA2	no deployment	289	210,12	60724,50
	after deployment	130	209,73	27265,50
	Total	419		
MA3	no deployment	289	207,34	59921,00
	after deployment	130	215,92	28069,00
	Total	419		
MA4	no deployment	289	209,97	60681,00
	after deployment	130	210,07	27309,00
	Total	419		
D_O	no deployment	289	213,20	61614,50
	after deployment	130	202,89	26375,50
	Total	419		
Depression subtle (D-S)	no deployment	289	203,70	58870,00
	after deployment	130	224,00	29120,00
	Total	419		
HY_O	no deployment	289	212,39	61379,50
	after deployment	130	204,70	26610,50
	Total	419		

Hysteria subtle (HY-S)	no deployment	289	201,47	58225,00
	after deployment	130	228,96	29765,00
	Total	419		
PD_O	no deployment	289	214,22	61911,00
	after deployment	130	200,61	26079,00
	Total	419		
PD_S	no deployment	289	207,27	59901,00
	after deployment	130	216,07	28089,00
	Total	419		
PA_O	no deployment	289	211,35	61081,50
	after deployment	130	206,99	26908,50
	Total	419		
Paranoia subtle (PA-S)	no deployment	289	201,38	58197,50
	after deployment	130	229,17	29792,50
	Total	419		
MA_O	no deployment	289	211,59	61149,00
	after deployment	130	206,47	26841,00
	Total	419		
MA_S	no deployment	289	208,07	60133,00
	after deployment	130	214,28	27857,00
	Total	419		
SI1	no deployment	289	211,47	61115,50
	after deployment	130	206,73	26874,50
	Total	419		
SI2	no deployment	289	207,89	60081,50
	after deployment	130	214,68	27908,50

	Total	419		
Alienation - Self and Others (Si3)	no deployment	289	218,51	63150,00
	after deployment	130	191,08	24840,00
	Total	419		
Anxiety (A)	no deployment	289	218,54	63159,50
	after deployment	130	191,00	24830,50
	Total	419		
R	no deployment	289	206,26	59610,50
	after deployment	130	218,30	28379,50
	Total	419		
ES	no deployment	289	204,91	59219,00
	after deployment	130	221,32	28771,00
	Total	419		
MAC_R	no deployment	289	209,21	60463,00
	after deployment	130	211,75	27527,00
	Total	419		
FB	no deployment	289	212,93	61536,50
	after deployment	130	203,49	26453,50
	Total	419		
VRIN	no deployment	289	212,63	61449,50
	after deployment	130	204,16	26540,50
	Total	419		
TRIN	no deployment	289	209,08	60423,00
	after deployment	130	212,05	27567,00
	Total	419		
O_H	no deployment	289	206,11	59566,00

	after deployment	130	218,65	28424,00
	Total	419		
Dominance (DO)	no deployment	289	199,41	57630,50
	after deployment	130	233,53	30359,50
	Total	419		
RE	no deployment	289	210,32	60783,00
	after deployment	130	209,28	27207,00
	Total	419		
College maladjustment (MT)	no deployment	289	218,50	63145,50
	after deployment	130	191,11	24844,50
	Total	419		
GM	no deployment	289	206,45	59664,50
	after deployment	130	217,89	28325,50
	Total	419		
GF	no deployment	289	209,80	60632,50
	after deployment	130	210,44	27357,50
	Total	419		
PK	no deployment	289	214,64	62032,00
	after deployment	130	199,68	25958,00
	Total	419		
PS	no deployment	289	214,74	62059,50
	after deployment	130	199,47	25930,50
	Total	419		
FP	no deployment	289	211,70	61180,50
	after deployment	130	206,23	26809,50
	Total	419		

S	no deployment	289	202,89	58634,00
	after deployment	130	225,82	29356,00
	Total	419		
FRS1	no deployment	289	216,19	62478,50
	after deployment	130	196,24	25511,50
	Total	419		
FRS2	no deployment	289	214,12	61880,50
	after deployment	130	200,84	26109,50
	Total	419		
DEP1	no deployment	289	211,70	61182,50
	after deployment	130	206,21	26807,50
	Total	419		
DEP2	no deployment	289	212,96	61545,00
	after deployment	130	203,42	26445,00
	Total	419		
DEP3	no deployment	289	214,21	61908,00
	after deployment	130	200,63	26082,00
	Total	419		
DEP4	no deployment	289	210,62	60870,50
	after deployment	130	208,61	27119,50
	Total	419		
HEA1	no deployment	289	207,69	60021,00
	after deployment	130	215,15	27969,00
	Total	419		
HEA2	no deployment	289	203,60	58839,50
	after deployment	130	224,23	29150,50

	Total	419		
HEA3	no deployment	289	215,21	62195,00
	after deployment	130	198,42	25795,00
	Total	419		
BIZ1	no deployment	289	213,47	61692,00
	after deployment	130	202,29	26298,00
	Total	419		
BIZ2	no deployment	289	215,25	62206,00
	after deployment	130	198,34	25784,00
	Total	419		
ANG1	no deployment	289	210,40	60804,50
	after deployment	130	209,12	27185,50
	Total	419		
Irritabiliy (ANG2)	no deployment	289	217,41	62831,50
	after deployment	130	193,53	25158,50
	Total	419		
Misanthropic beliefs (CYN1)	no deployment	289	219,53	63443,50
	after deployment	130	188,82	24546,50
	Total	419		
CYN2	no deployment	289	216,76	62644,00
	after deployment	130	194,97	25346,00
	Total	419		
Antisocial attitudes (ASP1)	no deployment	289	218,39	63114,50
	after deployment	130	191,35	24875,50
	Total	419		
ASP2	no deployment	289	204,84	59197,50

	after deployment	130	221,48	28792,50
	Total	419		
TPA1	no deployment	289	214,02	61852,50
	after deployment	130	201,06	26137,50
	Total	419		
TPA2	no deployment	289	212,28	61347,50
	after deployment	130	204,94	26642,50
	Total	419		
LSE1	no deployment	289	215,92	62400,50
	after deployment	130	196,84	25589,50
	Total	419		
LSE2	no deployment	289	214,52	61995,00
	after deployment	130	199,96	25995,00
	Total	419		
SOD1	no deployment	289	208,06	60128,50
	after deployment	130	214,32	27861,50
	Total	419		
SOD2	no deployment	289	209,29	60486,00
	after deployment	130	211,57	27504,00
	Total	419		
FAM1	no deployment	289	214,26	61922,00
	after deployment	130	200,52	26068,00
	Total	419		
FAM2	no deployment	289	210,01	60694,00
	after deployment	130	209,97	27296,00
	Total	419		

Low motivation (TRT1)	no deployment	289	217,26	62789,00
	after deployment	130	193,85	25201,00
	Total	419		
Inability to disclose (TRT2)	no deployment	289	218,52	63151,50
	after deployment	130	191,07	24838,50
	Total	419		
AGGR	no deployment	289	206,53	59686,00
	after deployment	130	217,72	28304,00
	Total	419		
Psychoticism (PSYC)	no deployment	289	219,35	63391,00
	after deployment	130	189,22	24599,00
	Total	419		
DISC	no deployment	289	203,24	58736,50
	after deployment	130	225,03	29253,50
	Total	419		
NEGE	no deployment	289	214,51	61992,50
	after deployment	130	199,98	25997,50
	Total	419		
INTR	no deployment	289	210,39	60801,50
	after deployment	130	209,14	27188,50
	Total	419		
MDS	no deployment	289	217,15	62755,50
	after deployment	130	194,11	25234,50
	Total	419		
Hostility (HO)	no deployment	289	220,81	63815,00
	after deployment	130	185,96	24175,00

	Total	419		
AAS	no deployment	289	206,95	59808,50
	after deployment	130	216,78	28181,50
	Total	419		
APS	no deployment	289	211,11	61010,50
	after deployment	130	207,53	26979,50
	Total	419		

Příloha č. 3. Mann-Whitney Test statistics

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Cannot say (?)	17001,500	25516,500	-1,669	,095
L	18282,000	60187,000	-,441	,659
Infrequency (F)	17974,000	26489,000	-,720	,472
Correction (K)	16335,000	58240,000	-2,145	,032
HS	18294,500	26809,500	-,435	,663
D	18348,000	60253,000	-,383	,702
Hysteria (HY)	16720,000	58625,000	-1,807	,071
PD	18448,000	26963,000	-,296	,768
MF	18157,500	26672,500	-,550	,582
PA	17223,500	59128,500	-1,371	,170
PT	17331,500	25846,500	-1,282	,200
SC	18636,000	60541,000	-,131	,896
MA	18506,500	27021,500	-,244	,807
SI	17182,000	25697,000	-1,401	,161
ANX	16819,500	25334,500	-1,764	,078
FRS	16795,500	25310,500	-1,774	,076
OBS	17406,500	25921,500	-1,269	,204
DEP	16923,000	25438,000	-1,664	,096
BIZ	17483,500	25998,500	-1,173	,241
ANG	17509,500	26024,500	-1,128	,259

Cynism (CYN)	16027,500	24542,500	-2,409	,016
ASP	16965,000	25480,000	-1,593	,111
LSE	17420,000	25935,000	-1,217	,223
SOD	18523,000	60428,000	-,231	,818
Family problems (FAM)	16609,500	25124,500	-2,098	,036
WRK	17425,000	25940,000	-1,204	,229
HEA	18339,500	60244,500	-,393	,694
TPA	17562,500	26077,500	-1,075	,282
Negative treatment indicators (TRT)	15440,500	23955,500	-2,959	,003
D1	17805,000	26320,000	-,864	,387
D2	18694,500	60599,500	-,080	,936
D3	17399,500	59304,500	-1,281	,200
D4	17587,000	26102,000	-1,096	,273
D5	18460,000	26975,000	-,310	,757
HY1	18294,000	60199,000	-,462	,644
Need for affection (HY2)	16073,500	57978,500	-2,383	,017
HY3	18323,000	26838,000	-,422	,673
HY4	18330,000	26845,000	-,411	,681
HY5	16801,500	58706,500	-1,783	,075
PD1	18426,500	26941,500	-,376	,707

Authority problems (PD2)	16544,500	58449,500	-2,078	,038
PD3	17789,500	59694,500	-,936	,349
Social alienation (PD4)	15956,000	24471,000	-2,527	,011
PD5	17620,000	26135,000	-1,052	,293
PA1	17036,500	25551,500	-1,587	,113
PA2	18169,000	26684,000	-,586	,558
Naiveté (PA3)	16275,000	58180,000	-2,208	,027
SC1	16974,000	25489,000	-1,779	,075
SC2	18682,000	27197,000	-,100	,920
SC3	18455,000	60360,000	-,370	,711
SC4	18679,000	27194,000	-,102	,919
SC5	18543,500	27058,500	-,305	,760
SC6	17805,000	59710,000	-,882	,378
MA1	18409,000	26924,000	-,337	,736
MA2	18750,500	27265,500	-,031	,975
MA3	18016,000	59921,000	-,696	,487
MA4	18776,000	60681,000	-,008	,994
D_O	17860,500	26375,500	-,815	,415
Depression subtle (D-S)	16965,000	58870,000	-1,600	,110
HY_O	18095,500	26610,500	-,611	,541

Hysteria subtle (HY-S)	16320,000	58225,000	-2,157	,031
PD_O	17564,000	26079,000	-1,077	,281
PD_S	17996,000	59901,000	-,696	,487
PA_O	18393,500	26908,500	-,356	,722
Paranoia subtle (PA-S)	16292,500	58197,500	-2,189	,029
MA_O	18326,000	26841,000	-,406	,685
MA_S	18228,000	60133,000	-,490	,624
SI1	18359,500	26874,500	-,383	,702
SI2	18176,500	60081,500	-,542	,588
Alienation - Self and Others (Si3)	16325,000	24840,000	-2,171	,030
Anxiety (A)	16315,500	24830,500	-2,181	,029
R	17705,500	59610,500	-,944	,345
ES	17314,000	59219,000	-1,290	,197
MAC_R	18558,000	60463,000	-,199	,842
FB	17938,500	26453,500	-,807	,420
VRIN	18025,500	26540,500	-,670	,503
TRIN	18518,000	60423,000	-,246	,805
O_H	17661,000	59566,000	-,987	,323
Dominance (DO)	15725,500	57630,500	-2,721	,007
RE	18692,000	27207,000	-,082	,935

College maladjustment (MT)	16329,500	24844,500	-2,159	,031
GM	17759,500	59664,500	-,900	,368
GF	18727,500	60632,500	-,050	,960
PK	17443,000	25958,000	-1,187	,235
PS	17415,500	25930,500	-1,203	,229
FP	18294,500	26809,500	-,440	,660
S	16729,000	58634,000	-1,795	,073
FRS1	16996,500	25511,500	-1,885	,059
FRS2	17594,500	26109,500	-1,076	,282
DEP1	18292,500	26807,500	-,464	,643
DEP2	17930,000	26445,000	-,818	,413
DEP3	17567,000	26082,000	-1,648	,099
DEP4	18604,500	27119,500	-,765	,444
HEA1	18116,000	60021,000	-,863	,388
HEA2	16934,500	58839,500	-1,709	,088
HEA3	17280,000	25795,000	-1,397	,162
BIZ1	17783,000	26298,000	-1,090	,276
BIZ2	17269,000	25784,000	-1,410	,159
ANG1	18670,500	27185,500	-,107	,915
Irritabiliy (ANG2)	16643,500	25158,500	-2,096	,036
Misanthropic	16031,500	24546,500	-2,409	,016

beliefs (CYN1)				
CYN2	16831,000	25346,000	-1,732	,083
Antisocial attitudes (ASP1)	16360,500	24875,500	-2,124	,034
ASP2	17292,500	59197,500	-1,517	,129
TPA1	17622,500	26137,500	-1,082	,279
TPA2	18127,500	26642,500	-,593	,553
LSE1	17074,500	25589,500	-1,585	,113
LSE2	17480,000	25995,000	-1,242	,214
SOD1	18223,500	60128,500	-,496	,620
SOD2	18581,000	60486,000	-,193	,847
FAM1	17553,000	26068,000	-1,302	,193
FAM2	18781,000	27296,000	-,006	,995
Low motivation (TRT1)	16686,000	25201,000	-1,989	,047
Inability to disclose (TRT2)	16323,500	24838,500	-2,411	,016
AGGR	17781,000	59686,000	-,885	,376
Psychoticism (PSYC)	16084,000	24599,000	-2,387	,017
DISC	16831,500	58736,500	-1,714	,087
NEGE	17482,500	25997,500	-1,145	,252
INTR	18673,500	27188,500	-,098	,922
MDS	16719,500	25234,500	-1,934	,053

Hostility (HO)	15660,000	24175,000	-2,728	,006
AAS	17903,500	59808,500	-,881	,378
APS	18464,500	26979,500	-,281	,779

a Grouping Variable: deployment

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Barbora Zrzavecká

Studijní program: NMgr. Psychologie

Název práce: Porovnání výsledků MMPI-2 u vojáků se zkušeností z misí a vojáků bez této zkušenosti

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 130 295

Ostatní text: 19 966

Celkový počet znaků:150 261

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: DP_Barbora Zrzavecka_final

Text práce ve formátu DOC nebo DOCx: DP_Barbora Zrzavecka_final

Další soubory: žádné

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Barbora Zrzavecká

Obor studia: psychologie

Název práce: *Porovnání výsledků MMPI-2 u vojáků se zkušeností z misí a vojáků bez této zkušenosti*

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 65 (bez literatury)

Počet stránek příloh: 28

Počet titulů v seznamu literatury: 39

Výběr tématu

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Doporučuji autorce, aby při obhajobě objasnila zkušební komisi postup při svém výzkumu, který je v práci podán poněkud složitě a někdy ne zcela srozumitelně.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ujala tématu, k němuž má svým zaměstnáním zřejmě blízko, ale které je obecně ve společnosti méně známé. Po této stránce to lze považovat za záslužné.

První kapitola je věnována podrobnému historickému přehledu zahraničních misí našich vojáků. Je zde také jmenovitý přehled vojáků, kteří obětovali v těchto misích život. Druhá kapitola pojednává o posttraumatickém stresovém syndromu. Nejlépe je vypracovaná třetí kapitola, ale ani celá teoretická část nepostrádá kvalitu.

Je zřejmé, že autorka věnovala své práci hodně úsilí a času. Počet literárních pramenů je dostačující.

Pro svůj výzkum měla poradce z řad armády. Autorka použila při zpracování údajů vícerozměrné statistické metody, ale v některých místech je výklad poněkud nejasný.

Nedostatky:

autorka někde cituje jednoho autora na více stránkách za sebou, na dalších zase jen jednoho, dalšího autora.

Autorka zjednodušuje závěr výzkumu shrnutím „vyzrálosti“ vojáků, kteří se zúčastnili misí, její podrobný výzkum však nabízel více dílčích interpretací. Samotný pojem „vyzrálost“ není zcela jasně definován. Z rozboru množství znaků, které autorka zmiňuje, mohla pro závěr výzkumu vytěžit více, než nakonec předložila.

Po formální stránce: Autorka použila pro nadpis kapitoly a podkapitol první úrovně stejné velikosti písma, lépe je odlišit jednotlivé úrovně postupně se snižující velikostí písma.

Tabulky mají být v české práci nadepsány v českém překladu, ponechání anglických označení je nevhodné.

Bibliografický údaj na konci práce uvádí tak vysoké číslo, že jde jasně o překlep, neboť při listování prací je zřejmé, že přímé citace nepřesahují požadovanou normu.

Doporučení k obhajobě: Doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře nebo dobře podle úrovně obhajoby.

Datum, podpis:

20. 5. 2019


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Barbora Zrzavecká**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Porovnání výsledků MMPI-2 u vojáků se zkušeností z misí a vojáků bez této zkušenosti**

Oponent práce: **doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **69**

Počet stránek příloh: **29**

Počet titulů v seznamu literatury: **40**

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová přílehavost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

		2		
--	--	---	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

		2		
--	--	---	--	--

	1			
--	---	--	--	--

		2		
--	--	---	--	--

		2		
--	--	---	--	--

	1			
--	---	--	--	--

		2		
--	--	---	--	--

0				
---	--	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Máte ještě jiné poznatky o zkoumaných souborech, než jejich výsledky v MMPI-2? Například prošli účastníci bojových misí debriefingem?
- 2) Jaké jsou (aspoň podle Vašeho odhadu) počty vojáků, kteří se zúčastnili misí, zasažených primární a sekundární traumatizací?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka důkladně pojednává o povaze a historii vojenských misí Armády ČR, o povaze posttraumatického stresového syndromu a o historii vývoje Minnesotského multifázického osobnostního inventáře. Prvá dvě témata jsou pojednána kvalitně, postrádám u nich ovšem propojení s výzkumem autorky. Třetí téma je také probráno důkladně. Vadí mi, že ani potom nenacházím ve výzkumné části jasnou informaci, kolik stupnic MMPI-2 a které z nich tedy doopravdy byly pojaty do statistického zpracování – pracným počítáním podle výkladů, kolik jich kdy a proč bylo ze závěrečné faktorové analýzy vyřazeno a kolik jich do ní zbylo, dospívám k počtu (snad skutečnému?) celkem 22, z nichž jich, jak autorka sděluje, bylo nakonec faktorováno 13.

Provedená faktorová analýza může být provedena přiměřeně; i tak by stálo za zveřejnění, jaké to byly nízké komunality těch 8 stupnic (tedy téměř 2/5 ze všech), které kvůli nim autorka vyloučila z faktorování. Jako čtenáře by mě zajímal i scree-test zahrnující všechny v zásadě faktorovatelné škály. A autorka by měla alespoň jednou větou zdůvodnit, proč upustila od rotace faktorových vektorů.

Podle tabulky v příloze 3 mám dojem, že v párových hodnotách stupnic porovnávaných Mannovým a Whitneyovým testem celkem 20 vykazuje statisticky průkazných hodnot rozdílů mezi oběma soubory. Ač si cením redukce celého porovnání na jediný, byť škálově složitý, faktor „vyzrálosti“, nenabízejí i tyto výsledky možnosti dílčích interpretací?

Po formální stránce nalézám v textu jen zřídka písařské nesprávnosti. Význam ruší pouze záměna „e“ za „í“ na str.58 ve slově „komplikují“, poněkud i číslo „30“ namísto 0,30 tamže na 2. ř. odspodu. Za vysloveně nežádoucí však pokládám ponechání anglického textu ve všech tabulkách příloh namísto jejich překladu do české terminologie. Mate mě i bibliografický údaj na str. 29 příloh, kde autorka uvádí 139 295 znaků pro přímé citace a rozsah vlastního textu jen jako necelých 20 tisíc znaků – pokud by to byla pravda, byla by práce nepřijatelná; mám za to, že maximální rozsah přímých citací smí být nanejvýš 1/3 textu.

Navzdory zde připomenutým nejasnostem v autorčině výkladu pokládám práci za tematicky zajímavou a zřejmě solidně provedenou.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **dobře až velmi dobře podle průběhu obhajoby**

Datum, podpis: 11. května 2019

