

V pasti posttraumatického stresu

Stále větší počet odborníků zastává názor, že koncept onemocnění syndromem posttraumatického stresu je nemocný sám o sobě a že vojáci trpí již vyslovením této diagnózy.

David Dobbs

V roce 2006, brzy po návratu z vojenské služby v Ramadu v Iráku během nejkrvavějšího období války, začal mít kapitán Matt Stevens z Vermontské národní brigády problémy s PTSD neboli s onemocněním post-traumatickým stresem (post-traumatic stress disorder). Stev森ovým problémem však nebylo to, že má PTSD. Problémem bylo, že o PTSD začal vážně pochybovat: příznaky byly sice dostatečně reálné, ale po vyslovení diagnózy se podle něj hrozivě až nebezpečně zvýraznily.

Stevens vedl oddíl mediků mající na starost ozbrojenou brigádu o síle 800 vojáků a jeho muži ošetřovali téměř každý den americké vojáky a irácké civilní obyvatele dohromady. Viděl strašlivé věci. Jednou po návratu domů řekl, že se nemůže zbavit vzpomínek na „noci, kdy se probudil a byl si zcela jist, že již znovu neusne“.

Nepřekvapovalo ho to. „Očekával bych, že lidé, kteří se vrátí z takové hrůzy, budou mít po nějaký čas noční můry.“ Když ale sledoval osudy své jednotky zpět v USA, viděl vojáky vítané jak civilní společností tak přijaté zdravotnickými organizacemi – obzvláště Veteránskou organizací (VA – Veterans Administration) – které ve špatných vzpomínkách, nočních můrách a dalších příznacích viděly symptomy PTSD.

„Doktoři nedělají rozdíl mezi těmi několika málo pacienty, kteří doopravdy trpí PTDS, a mezi těmi, kteří prostě zažívají depresi, strach, mají sociální a reintegrační problémy a nebo prostě potřebují pouze nějaký čas k překonání celé situace,“ říká Stevens. Obává se, že mnozí z těchto mužů a žen jsou zatahováni do léčby či ochranných režimů, které je uvrhnou do bahna trýznivých představ přeprogramovaného mozku, takže se z nich stanou věční štvanci psychotických bludů.

Stevens, nyní již major a stále ještě v náhradní službě – pracuje jako asistent lékaře a není zdaleka sám, kdo se bojí diagnózy PTSD. Během posledních pěti let doutnající akademická debata o konceptuálním základu a četnosti PTSD nyní vzplanula jasným plamenem. Diskuse na tato témata rozděluje praktickou traumatickou psychologii a hýbají vojenskou kulturou. Kritické původně pocházející z řad vojenských historiků a několika psychologů jsou nyní posíleni širokou armádou expertů – samozřejmě jsou mezi nimi velikáni psychologie, psychiatrie a epidemiologie. Najdeme zde i Roberta L. Spitzera a Michaela B. Firsta z Kolumbijské univerzity, kteří pro poslední dvě vydání redigovali *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké psychiatrické společnosti*, známý *DSM-III* a *DSM-IV*; Paula McHugh, bývalého přednosta Psychiatrické kliniky Univerzity Johnse Hopkinse, epidemiologa Michiganské státní univerzity Naomi Breslau a psychologa z Harvardovy univerzity Richarda McNallyho, vedoucí autoritu v oblasti dynamiky paměti a traumatu a pravděpodobně nejzanícenějšího kritika. Diagnostická kritéria pro PTSD, tvrdí kritici, reprezentují chybnou a zastaralou konstrukci, které je věnována nezasloužená pozornost. Ta rutinně zaměňuje depresi, strach a nebo dokonce normální přizpůsobení se mimořádné a zároveň stresující situaci.

Nemalý úkol předefinovat PTSD a jeho aplikace znamená připravit se na finanční náklady v řádu miliard dolarů, změnit diagnostickou strukturu psychiatrie, zpochybnit účinnost dosavadní léčby a narušit celou infrastrukturu a hlavně – a to je nejdůležitější – ovlivnit psychické zdraví a budoucí život stovek tisíc amerických bojových veteránů a dalších PTSD pacientů. Stanout v linii reformy je obecnou moudrostí, hlubokým společenským vzdorem a základním konceptem psychologie traumatu. „Nyní nastal čas“, argumentuje Spitzer, „zachránit PTSD před sebou samým.“

Široký záťah

Zvýšená četnost diagnostiky PTSD, říkají kritici, se jasně ukazuje v získaných číslech. Započalo to již v klíčové studii prevalence PTSD z roku 1990 s názvem Národní průzkum návratu vietnamských veteránů do života (NVVRS – National Vietnam Veterans Read-

ZÁKLADNÍ POJMY

- Syndrom onemocnění posttraumatickým stresem (PTSD) se ocitá pod palbou, protože kritéria jeho definice jsou příliš široká a to vede k nekontrolovatelnému nárůstu počtu těchto diagnóz.
- Nedokonalý koncept PTSD může chybně zaměňovat proces přirozeného procesu přizpůsobení se vojáka normálnímu civilnímu životu za jeho selhání.
- Chybně diagnostikovaní vojáci jsou špatně léčeni a riskují zařazení do prohnitého systému Veteránské organizace, která u vojáků podporuje chronickou neschopnost.

—Redakce



justment Survey). NVVRS zahrnovala více než 1000 mužských vietnamských veteránů v roce 1988 a vypověděla, že v té době trpělo syndromem PTSD 15,4 % a 31 % jím trpělo alespoň po nějakou dobu od války doposud. Těchto 31 % bylo od té doby bráno jako standard pro výskyt PTSD mezi vojenskými veterány.

V roce 2006 však epidemiolog z Kolumbijské univerzity Bruce P. Dohrenwend, v naději, že konečně vyřeší sporné otázky vyvstávající kolem zmíněné studie, ona kritická čísla přepočítal. Když pečlivě roztřídil nedokonalé zdokumentované diagnózy, vyšla mu četnost 9 % pro rok 1988 a na celou dobu od války 18 %.

McNally sdílel všeobecný obdiv k pečlivosti Dohrenwendovy práce, avšak sotva jeho práce vyšla v tisku, McNally prohlásil, že Dohrenwendova čísla jsou příliš vysoká, protože za oběti PTSD považoval i veterány, kteří měli pouze střední až mizivé symptomy a byli obecně lidmi ve společnosti považovaní za „zcela dobře fungující.“ Pokud se budeme zabývat pouze případy s „klinicky významným postižením,“ – což je úroveň u většiny případů psychického postižení vyžadovaná pro diagnostiku z důvodů pojistného plnění – četnost PTSD se nadále sníží na 5,4 % v době výzkumu a

11 % celoživotně. Už to nebyl jeden ze tří vojenských veteránů, u kterého se mohl rozvinout syndrom PTSD, ale pouze jeden z devíti – a pouze jeden z osmnácti jím trpěl kdykoliv během poválečného života. Jinými slovy: zdálo se, že NVVRS nadhodnotila četnost výskytu PTSD u vietnamských veteránů o více než 300 procent.

„PTSD je bezpochyby reálnou záležitostí,“ říká McNally. „Ale jako diagnóza se PTSD začalo tolik přeceňovat, stalo se součástí kultury a natolik zevšednělo, že jsme je téměř jistě začali chybně zaměňovat za jiné problémy a tudíž jsme PTSD i chybně léčili.“

Myšlenka, že PTSD je diagnostikováno nadměrně, si zdánlivě protiřečí se zprávami o povšechném odporu v armádě a VA k diagnostikování PTSD – odmítání diagnózy PTSD a odmítání příspěvků v invaliditě, propouštění vojáků vojenskými lékaři namísto adekvátní léčby a znepokojující nárůst počtu sebevražd u veteránů z válek na středním východě. Tyto dva trendy jsou však zcela ve shodě. Počet diagnostikovaných případů PTSD se mezi členy VA od roku 2000 více než zdvojnásobil a to hlavně u nově diagnostikovaných vietnamských veteránů. Chabá a nevyzpytatelná odezva na po-

ÚZKOST MŮŽE BÝT NORMÁLNÍ normální reakcí na bolest a ztrátu, nebo je známkou psychické újmy, která se nelepší. Kritici diagnostických kritérií PTSD včetně mnoha vojáků samotných poukazují na fakt, že přirozený proces přizpůsobení se realitě je u vracejících se veteránů často mylně označován za dysfunkci.

PTSD: onemocnění definované svou příčinou

V současném *Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních onemocnění (DSM – IV)* Americké psychiatrické společnosti je prvním diagnostickým kritériem syndromu onemocnění posttraumatickým stresem skutečnost, zda pacient prožil trauma:

„Osoba prožila traumatickou událost v případě, že jsou splněny dvě následující podmínky: (1) osoba prožila, byla svědkem nebo byla vystavena události nebo událostem, které přímo znamenaly ohrožení na životě nebo reálné nebezpečí závažného poranění nebo nebezpečí ztráty integrity vlastního organismu nebo ostatních; (2) reakce osoby zahrnuje intenzivní strach, bezmocnost a hrůzu.“

Definici syndromu završuje přítomnost tří skupin příznaků – znovuprožívání událostí prostřednictvím vzpomínek a nočních děsů; popírání událostí prostřednictvím uzavření se a ochromení; a nadměrné podráždění zřejmé z předrážděnosti, nespavosti, útočnosti a špatné soustředěnosti – trvajících déle, než jeden měsíc a majících takový rozměr, že způsobují „klinicky významné utrpení a selhání v oblasti sociální, pracovní, osobní a dalších důležitých součástí života“.

Kritici této diagnostické konstrukce argumentují tím, že tyto příznaky samotné jsou charakteristické pro řadu jiných onemocnění a mohou se všechny dohromady vyskytovat u lidí, kteří trauma nikdy neprožili. Syndrom PTSD byl poprvé definován v *DSM – III* publikovaném v roce 1980 jako odpověď psychiatrům a veteránům s odmítavým postojem k válce ve Vietnamu, kteří hledali diagnózu k popisu stavu, který byl odrazem unikátního utrpení vietnamských veteránů.

—D.D.

[AUTOR]



David Dobbs je přispívajícím redaktorem časopisu *Scientific American Mind* a byl zakládajícím editorem blogu *Mind Matters* na [www. SciAmMind.com](http://www.SciAmMind.com). Pravidelně píše články také o medicíně, přírodě, vzdělávání a kultuře pro *New York Time Magazine*, *Slate.com* a *Aubon*. Dobbs publikoval tři knihy: *Reef Madness: Charles Darwin, Alexander Agassiz and the Meaning of Coral* (Pantheon, 2005); *The great Gulf: Fishermen, Scientist and the Struggle to Revive the World's Greatest fishery* (Island Press, 2000); a *The Nothern Forest*, s Richardem Oberem (Chelsea Green 1995). Jeho blog *Neuron Culture* je na <http://scienceblog.com/neuronculture>

třeby současných vojáků a čerstvých veteránů, z nichž někteří jsou okamžitě zařazeni a léčeni jako PTSD a jiní jsou okamžitě propuštěni a péče je jim odmítnuta, může být výrazem panického klopytání přetíženého systému.

Kritikové tvrdí, že kompletní přehodnocení jak diagnózy samotné, tak zdravotnického systému VA by přineslo zlepšení péče pacientům se skutečnou diagnózou PTSD a zároveň i pacientům, kteří byli diagnostikováni mylně. Potenciální reformátoři se ale setkali se zuřivým odporem. „Tento argument,“ poznamenává McNally, „některé lidi opravdu rozlítí.“ Veteráni mu posílali výhrušné maily. Kolegové jej osočili z pohrdání veterány, popírání jejich utrpení a snižování významu obětí války. Traumatolog Univerzity v Jižní Karolíně a dřívější prezident Mezinárodní společnosti pro studium traumatického stresu (ISTSS – International Society for Traumatic Stress Studies) Dean G. Kilpatrick jednou dokonce nazval McNallyho lhářem.

Problematická diagnóza

DSM-IV, nejnovější vydání (publikované v roce 1994) definuje PTSD jako současnou přítomnost tří skupin příznaků – znovuprožívání událostí prostřednictvím vzpomínek a nočních děsů; popírání událostí prostřednictvím uzavření se a ochromení; a nadměrné podráždění zřejmé z předrážděnosti, nespavosti, útočnosti a špatné soustředěnosti – které vyvstanou jako odpověď na prožitek život ohrožující události (*viz rámeček vyše*).

Konstrukce této definice je podezřelá. Pro začátek si vezměme spojení s traumatizující událostí. To činí diagnózu PTSD téměř unikátní mezi komplexními psychiatrickými jednotkami pro svou definici vnější příčinou a zároveň ji činí mimořádně problematickou, protože je vázána právě na vzpomínky na danou událost. Když bylo PTSD v roce 1980 poprvé přidáno do seznamu *DSM-III*, byly traumatické vzpomínky považovány za zcela hodnověrné záznamy aktuálních událostí. Jak ale vědci od té doby opakovaně ukázali, paměť je okázale nespolehlivá a velmi tvárná. Zcela rutinně do svých vzpomínek přidáváme postavy, detaily, součásti prostředí i akce a zase je z nich vyjímáme. Konfabulujeme, vymýšlíme si a upravujeme paměť.

Elizabeth F. Loftusová, vědkyně zabývající se pamětí, v jedné studii na Washingtonské univerzitě zjistila, že jeden ze čtyř dospělých jedinců, kterým bylo řečeno, že se v dětství ztratili v obchodním centru, dané informaci uvěřili. Někteří dokonce na vymyšleném faktu trvali i po té, co jim byla lest prozrazena. Současně široký výzkum potvrdil, že podobné falešné vzpomínky jsou běžné (*viz „Vytváření falešných vzpomínek“ od Elizabeth F. Loftusové; SCIENTIFIC AMERICAN, září 1997*).

Proti této tendenci nejsou vojáci nikterak imunní. Během jedné studie v New Havenu v Connecticutu v roce 1990 se v nemocnici VA zeptali 59 veteránů z války v Zálivu na jejich zážitky měsíc po jejich příchodu a pak znovu za dva roky. Výzkumníci se ptali na asi 19 specifických typů potenciálně traumatizujících událostí, jako je například přímé setkání se smrtí, ztráta blízkého přítele nebo pohled na výbuchem rozervaného vojáka. Po dvou letech hlásilo 70 procent veteránů alespoň jednu traumatickou událost, kterou nezmínili měsíc po návratu, a 24 procent uvedlo nejméně tři takové události úplně poprvé. Veteráni, kteří uváděli nejvíce takovýchto „nových vzpomínek“, měli také nejvíce příznaků PTSD.

Podle McNallyho takový výsledek naznačuje, že někteří veteráni, u nichž se projevil „pozdní nástup“ PTSD, mohou promítat symptomy deprese, úzkosti nebo jiných diskretních psychických poruch do paměti, která je takto upravována a nabývá nového významu – nebo je dokonce podvědomě vytvořena.

„Nemá to nic společného se simulováním, ovlivňováním paměti nebo dokonce vědomým vyhledáváním sympatií,“ říká McNally. „Děláme to všichni: oblékáme své životy do termínů příběhů a vyprávění, abychom jim lépe porozuměli. Veterán, který prožil děsivé období, si může pamatovat hrůzostrašné zážitky, které jej aktuálně buď traumatizují, nebo ne a všechno dává perfektní smysl.“

Aby se diagnostika PTSD posunula na vědeckější základ, navrhuji někteří odborníci provést vyšetření krevní biochemie, mozkové zobrazovací metody nebo jiné laboratorní testy k odhalení fyziologických známek

„PTSD je bezpochyby reálnou záležitostí,“ říká McNally. „Ale jako diagnóza se PTSD začalo tolik přeceňovat, stalo se součástí kultury a natolik zvágnělo, že jsme je téměř jistě začali chybně zaměňovat za jiné problémy a tudíž jsme PTSD i chybně léčili.“



RICHARD J. MCNALLY, Harvardova univerzita

tohoto onemocnění. Některé studie hladin stresových hormonů ve skupinách PTSD pacientů ukazují rozdíly od skupin dobrovolníků, ale přesah hodnot mezi oběma skupinami je obrovský a tudíž individuální testování je nemožné. Mozkové zobrazovací metody mají podobná omezení a abnormální dynamika u PTSD široce přesahuje do narušené dynamiky mozku pacientů s depresemi nebo úzkostmi.

Protože paměť je nespolehlivá a fyziologické symptomy neuchopitelné, zůstává diagnostika PTSD závislá na posouzení klinických příznaků. Jak ale studie z roku 2007 jasně ukázala, soubor klinických příznaků pro PTSD je stejně málo použitelný, jako potenciální fyziologické markery. J. Alexander Bodkin, psychiatr z McLeanovy nemocnice na Harvardu, testoval 90 klinicky depresivních pacientů zvlášť na symptomy PTSD a zvlášť na trauma a pak výsledky porovnal. Prvně se svými kolegy použil standardní screeningové interview pro posouzení příznaků. Následně další dva diagnostici bez ohledu na lékařské zprávy o posouzení příznaků použili jiné standardizované schéma k posouzení, kteří pacienti v minulosti prožili takový traumatizující zážitek, který by odpovídal kritériím *DSM-IV*.

Pokud by PTSD nasedalo na trauma, pacienti by měli mít v paměti traumatický zážitek. Pokud pacienti prožili traumatizující událost, měli by mít vyšší četnost PTSD. Výsledky tomu však neodpovídaly. Ačkoliv screening jednotlivých příznaků určil 70 z 90 pacientů jako pozitivní na PTSD, screening traumatického zážitku našel pouze 54 pacientů: diagnostikované „případy“ PTSD výrazně převyšovaly počet pacientů s traumatem. Vše se ještě zhoršilo, když Bodkin porovnal jednotlivé diagnózy proti sobě. Pokud PTSD musí korelovat s výskytem traumatické události v minulosti, potom 54 pacientů s traumatickým prožitkem by mělo tvořit většinu skupiny 70 PTSD pozitivních jedinců. Ale PTSD pozitivní pacienti byli rovnoměrně rozmístěni mezi trauma – pozitivní i trauma – negativní skupinou. Četnost PTSD měla nulový vztah k četnosti výskytu traumatického zážitku. Byla to, jak říkal Bodkin, „vědecky nepřijatelná situace.“

Praktičtější se vyjádřil McNally: „Abychom mohli pacienti adekvátně léčit, musíme jim určit správnou diagnózu.“

Nejúčinnější terapií pro pacienty, jejichž symptomy způsobuje prožitek traumatizující události, je aplikace

kognitivně – behaviorální terapie (CBT – cognitive – behavioral therapy), která se zaměřuje na ovlivnění reakce na specifickou traumatizující událost prostřednictvím opakovaného řízeného vystavení se vzpomínce na ni. „A funguje to,“ říká McNally. „Pokud pacient s opravdovým syndromem PTSD přijde k lidem, kteří tuto metodu umějí dobře používat, má velmi dobrou šanci, že se jeho zdravotní stav zlepší. CBT aplikovaná na deprese naopak učí pacienty rozpoznat nefunkční myšlenkové a emocionální pochody a rozvinout nové reakce na normální každodenní události. „Pokud jsou problémy osoby s depresemi interpretovány jako symptomy PTSD a pacient podstoupí CBT s expozicí traumatizujícímu zážitku, terapie se jistě mine účinkem,“ konstatuje McNally. „Budete trávit všechny čas babráním se ve svých hrozných vzpomínkách, místo abyste se dokázali vypořádat s každodenními situacemi.“

Aby se situace ještě zkomplikovala, nedávné studie prokázaly, že traumatické poranění mozku z bombových explozí – běžná diagnóza u vojáků z války v Iráku – vytváří soubor příznaků prakticky nerozlišitelný od symptomů PTSD. Další skupina překrývajících se symptomů.

„Z tohoto souboru překrývajících se příznaků mám opravdu velké obavy,“ říká Gerald M. Rosen, psychiatr z Univerzity ve Washingtonu, který dlouhodobě pracoval s pacienty s PTSD. „Musíme se rozhodnout, co podnikneme. Musíme se sami sebe zeptat: „Co získáme zařazením této diagnózy do praxe?“

Nevhodné podmínky

Pokud Rosen mluví o zisku, myslí na klinické pracovníky. Co však získá veterán zařazením diagnózy PTSD do praxe? Člověk by samozřejmě doufal, že získá přístup k adekvátní terapii a podpoře. To se však neděje. V civilní populaci odpovídají dvě třetiny pacientů s PTSD na aplikovanou terapii pozitivně. Jak ale poznamenává psycholog Christopher Fruch, který zkoumal a léčil PTSD pacienty ve VA od časných devadesátých let po rok 2006: „Ani v jedné ze dvou nejrozsáhlejších VA studiích bojových veteránů se nepotvrdil léčebný efekt. Veteráni, kteří se podrobili léčbě PTSD ve VA, nemají větší šanci na úpravu zdravotního stavu než ti, kteří zůstali sami a bez pomoci.“

Důvodem, říká Fruch, je konflikt nekonzistence diagnostiky PTSD se systémem invalidity ve VA. Zdá

NEJASNOSTI V DIAGNOSTICE

Odhadovaná četnost výskytu syndromu PTSD mezi válečnými veterány je z mnoha důvodů, včetně nejasných diagnostických kritérií samotného onemocnění, nadhodnocena. Předmětem osobního vyhodnocení jsou i otázky a odpovědi výzkumných dotazníků. Přísnější rozbor dat analýzy National Vietnam Veterans Readjustment Survey z roku 1990 například snížil četnost výskytu PTSD na jednu třetinu původních hodnot.

1990 NATIONAL VIETNAM VETERANS READJUSTMENT SURVEY (NVVRS)

Množství zkoumaných: 1000

Trpělo PTSD kdykoliv po válce (procenta)

PTSD diagnostikováno v době výzkumu (procenta)

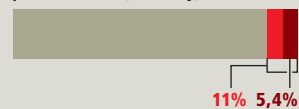


2006 NVVRS REANALÝZA DAT

Byly vyjmuty případy s nedokonalou diagnostikovanými případy (Dohrenwend a spol.)



Byly vyjmuty případy, kdy subjekty „netrpěly klinicky významným poškozením“ (McNally)



JUSTIN IDE/ Harvard News Office (McNally); JEN CHRISTIANSEN, ZDROJE: "FINDINGS FROM THE NATIONAL VIETNAM VETERANS READJUSTMENT STUDY," BY J. L. PRICE, NATIONAL CENTER FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER; "THE PSYCHOLOGICAL RISKS OF VIETNAM FOR U.S. VETERANS: ARE VISITS WITH NEW DATA AND METHODS," BY B. DOHRENEWEND ET AL.; SCIENCE, DÍL 313, 18. SRPNA 2006; "PSYCHIATRIC CASUALTIES OF WAR," BY R. J. MCNALLY, SCIENCE, *IBID.* (graf)

VYZNAMENÁNÍ ZAMÍTNUTO

V lednu Ministerstvo obrany USA rozhodlo, že Řád purpurového srdce nebude propůjčen těm vojákům, u kterých bude diagnostikován PTSD. Toto nařízení se zčásti zakládalo na rozdílnosti diagnostiky fyzického zranění, které je objektivní, a stanovení psychické újmy, které je více subjektivní. Veřejné mínění to rozdělilo mezi rozhodovací proces podmíněný obrovským emocionálním a společenským významem spojeným s touto diagnostikou – a mezi problémy této diagnostické konstrukce.

Na jedné straně moderní neurověda ukazuje zcela jasně, že poruchy psychického zdraví jsou podmíněny špatnou funkcí mozku, pokud ne dokonce poranění, a zdá se být naprosto fér považovat psychické rány ve všech aspektech za stejně reálné, jako rány fyzické. Současně je ale třeba uznat, že nedostatek přesvědčivých diagnostických rozdílů mezi PTSD a ostatními psychiatrickými jednotkami s příznaky typu deprese a strachu spolu s faktem, že četnost PTSD je nadhodnocena, by ocenění této diagnózy zmíněnou medailí činil velmi problematickým, dokud nebude diagnostika PTSD zcela jasná a vědci neobjeví nezpochybnitelné biomarkery PTSD.

—D.D.



se, že každý benefit je zde postaven tak, aby veterány odradil od další údravy.

Jedním z nejdůležitějších výhod je bezplatná zdravotní péče. PTSD je zdaleka nejjednodušeji dosažitelná psychiatrická diagnóza zaručující „dostupnost péče“, diagnóza znamenající často rozdíl mezi minimální nebo žádnou péčí na straně jedné a rozsáhlou časově nemoženou péčí na straně druhé. Dostupnost péče také veteránům umožňuje čerpat příspěvky na invaliditu a to až do měsíčního limitu 3000 USD. Tento fakt možná vysvětluje, proč většina PTSD veteránů podstupujících terapii ve VA hlásí zhoršování příznaků až do doby, kdy jsou uznáni 100 procentními invalidy – přičemž jejich využívání lékařské psychiatrické péče v této době klesá o 82 procent. Mohlo by to také vysvětlit, proč – ačkoliv riziko výskytu PTSD s časem klesá – se prakticky zdvojnásobil počet veteránů z Vietnamu žádajících o PTSD invaliditu v letech 1999 až 2004, čerpajících ze státního rozpočtu více než 4 miliardy dolarů ročně.

Nejhorším faktem je, že tyto poplatky může veterán čerpat pouze tehdy, pokud jeho nemoc přetrvává. Na rozdíl od veterána, který přišel o nohu, veterán se syndromem PTSD přichází o všechny výhody v okamžiku, kdy se uzdraví nebo začne pracovat. Zdá se, že celý systém podporuje chronickou invaliditu. „Za několik let, která jsem strávil na VA klinice PTSD,“ říká Frueh, „si nevzpomínám ani na jednoho PTSD pacienta, který by ukončil léčbu díky zlepšení příznaků. Problémem však nejsou veteráni. Problémem je, že systém invalidity ve VA (a v současnosti je mu již 60 let) ignoruje celý náš výzkum zabývající se pružností, očekáváním výhod a posílením stimulace a významem překážek. Někdy si myslím, že by to měli celé vyhodit do povětří a začít úplně od začátku.“ Ale s čím?

Richard A. Bryant, australský lékař a vědec zabývající se syndromem PTSD, navrhuje použít systém péče o invalidizované jedince stylu Down Under. Australský voják zraněný v boji pobírá celoživotně „neekonomickou“ podporu v invaliditě v řádu 300 až 1200 dolarů měsíčně, pokud mu zranění brání ve výkonu povolání, pobírá též platbu „v neschopnosti“ a má také možnost absolvovat rekvalifikační kurzy a vyhledat pomoc při získávání nového zaměstnání. Nakonec – a to je zásadní bod – pobírá všechny tyto výhody ještě dva roky po nastoupení do práce. Po té se platba neschopnosti pomalu snižuje k nule během pěti let. Ale „neekonomická“ podpora – podobně jako financování v případě Purpurového Srdce – pokračuje až do smrti. A jako všichni Australané mají vojáci zdravotní péči po celý život zdarma. Australští veteráni přicházejí domů do zcela odlišného systému podpory, než v Americe: existuje zde odstupňovaný systém, po kterém lze stoupat nahoru. Americký systém se spíše podobá nízkou zavěšené bezpečnostní síti schopné zachytit kohokoliv, kdo do ní spadne.

Dva způsoby, jak nosit pušku

Když přijde voják domů, musí se pokusit vyrovnat s válečnou zkušeností zaprvé se svým nejbližším člověkem, se svou rodinou a se společností, do které se vrací. Musí u něho proběhnout podle slov psychologky Rachel Yehudové, která zkoumá syndrom PTSD ve VA nemocnici v Bronxu, takzvaná „rekontextualizace“ – proces integrace traumatu do normálního každodenního života. Děláme to nakonec na různé úrovni všichni, kdo trpíme nějakým neštěstím, například nečekaným propuštěním z práce nebo smrtí svých nejbližších. Zpočátku nám to připadá jako neskutečná záležitost. Časem však postupně začleníme tuto traumatizující událost do komplexního kontextu událostí života.

Major Matt Stevens si uvědomuje, že zvládnutí tohoto procesu bude nějaký čas trvat. Dokonce i po dvou letech po návratu domů se v jeho snech válka stále objevuje. Někdy například má sen, kdy dělá něco zcela normálního – a přitom má přes rameno svou bojovou pušku: „Jednou se mi v noci zdálo, že jsem šel se svou manželkou pozorovat ptáky. Když jsme uviděli ptáka, manželka se na něj podívala loveckým dalekohledem a já přes zaměřovač své pušky. Vůbec jsem nepomyslel na to, že bych ho chtěl zastřelit. Jen jsem se díval skrz ten dalekohled.“

Bylo by snadné považovat Stevensovy sny za příznak PTSD vyjadřující strach, předrážděnost a únikovou reakci. Můžeme se na ně ale dívat také jako na vyjádření úspěšné rekontextualizace jeho zkušenosti: usmiřující muže, který kdysi používal zbraň, s mužem, který to již více nedělá.

Zachránit PTSD před sebou samým, říkají Spitzer, McNally, Frueh a další kritikové, bude vyžadovat změnu úhlu pohledu – budeme muset na většinu stresu vyvolaného bojovými akcemi nahlížet ne jako na poruchu, ale jako na součást normálního, i když bolestivého, hojivého procesu. Změna bude pro začátek vyžadovat přehodnocení rubriky pro diagnostiku PTSD – v současné době revidovanou pro nejnovější vydání *DSM-V* připravované k tisku pro rok 2012 – tak, aby brala v potaz nespolehlivost paměti, lepší rozlišování depresí, strachů a fobií od skutečného syndromu PTSD. Posuzování mentálního zdraví si zaslouží podobnou revizi, aby bylo schopné rozlišit opravdové případy bez nutnosti vystavování pacientů stresům ostatních psychiatrických diagnóz. V neposlední řadě by měl Kongres nahradit stávající systém péče o invalidizované jedince vědeckým přístupem založeným na důkazech, který odstraní překážky k uzdravení a dokonce udělat tak závažný krok a poskytnout všem veteránům – ať již zraněným, či nikoliv – doživotní bezplatnou zdravotní péči.

Bude jistě velmi těžké prosadit tyto změny ve společnosti, která je velmi rezistentní vůči informacím do-

Nedávné studie prokázaly, že traumatické poranění mozku z bombových explozí – běžná diagnóza u vojáků z války v Iráku – vytváří soubor příznaků prakticky nerozlišitelný od symptomů PTSD.

Další skupina překrývajících se symptomů.



SITUACE PO BOMBOVÉM ATENTÁTU NA ULICI V RAMADI, IRÁK

kazujícím, že PTSD není běžnou, ne-li nevyhnutelnou reakcí na bojové nasazení. Většina lidí, zaměřujících hrůznost PTSD za jeho četnost, se domnívá, že výskyt tohoto syndromu je mezi vojáky až epidemický a ignoruje při tom veškeré informace dokazující opak.

Největší průběžná studie vojáků vracějících se z Iráku, vedená výzkumníkem VA Charlesem Millikem a publikovaná v roce 2007, naznačuje, že bychom měli očekávat vysokou incidenci PTSD. V této studii byly bojové jednotky vyšetřovány ihned po návratu z bojových misí a následně po šesti měsících. 20 procent vojáků mělo příznaky indikující „zvýšené riziko“ výskytu PTSD. Avšak polovina vojáků sdělujících symptomy při prvním vyšetření se během půl roku zlepšila a naopak mnozí z těch, kdo na počátku měli malé nebo dokonce žádné příznaky, po šesti měsících uváděli závažné symptomy. Kolik procent z prvních symptomů bylo pouze přizpůsobení se situaci a kolik procent pozdních symptomů bylo aplikací vzpomínek na traumatické zážitky na jiné problémy?

Stevens si je sám jist, že tyto scénáře vystavují zcela chybně mnohé vojáky procházející normálním procesem přizpůsobení se vysokému riziku diagnózy PTSD. Dokonce i on, i když se mu daří dobře v práci i doma a ve společnosti, byl určen jako pozitivní v obou částech výzkumu; jinými slovy byl jedním z vojáků tvořících oněch dvacet procent rizikových jedinců k PTSD. A nakonec je třeba zmínit, že obě části výzkumu zcela záhadně nezachytily asi 75 procent těch, kteří doopravdy vyhledali pomoc – a to zavdává značný důvod k pochybám o přesnosti a výtěžnosti použitých metod. Přesto se této studii dostalo významného mediálního ohlasu se zdůrazněním, že četnost výskytu PTSD je možná výrazně podhodnocena.

O několik měsíců později poskytla další velká studie – první svého druhu zabývající se vojáky z Iráku a Afgánistánu – poněkud jasnější a souvislejší obraz. Tato studie, vedená výzkumníkem US Navy Tylerem Smithem a publikovaná v časopise *British Medical Journal*, se zabývala průzkumem psychického zdraví a vlivem bojových podmínek u 50 000 amerických vojáků z let 2001 až 2006. Vědci se zaměřili zvláště na

přiřazení symptomů k jednotlivým typům boje. Mezi 12 000 vojáky, kteří se účastnili bojů v Iráku nebo v Afgánistánu, se u 4,3 procenta vyvinuly příznaky PTSD na klinické úrovni. Četnost se měnila od zhruba 8 procent u vojáků vystavených přímému boji k 2 procentům u těch, kteří se bojů nezúčastnili.

Tato čísla jsou pouhou čtvrtinou hodnot, které zjistil Milliken. Velmi dobře ale odpovídají číslům určujícím četnost výskytu PTSD u britských válečných veteránů z Irácké války a také McNallyho kalkulacím výskytu PTSD u vietnamských veteránů. V kontrastu k Millikenově studii a v soulasu s čísly britských vědců a McNallyho výpočty by se Smithova studie měla stát velkým objevem. Avšak masmédiá, organizace VA a zástupci psychologie traumatu tuto studii prakticky kompletně ignorovali. „To ticho,“ poznamenává McNally s úšklebkem, „bylo ohlušující.“

Ticho kolem uvedených faktů by snad mohlo znamenat příchod dobrých, dosud nezveřejněných zpráv. Nicméně rozhodně podporuje McNallyho kontroverzní myšlenku, že společnost je posttraumatickým stresem posedlá. Selektivní výběr pozornosti též podporuje tvrzení vojenských historiků a kritika PTSD Bena Shepharda, že americká společnost z vytvoření diagnózy PTSD na konci sedmdesátých let sama něco získala: vizi ceny války, která nás prostřednictvím přetvoření bojovníků na oběti nechá deklarovat naše rozpoznání válečných hrůz a zprostí nás naší viny za jejich odeslání do války – protože my jsme také jejími oběťmi, nuceni mylně podporovat válku, kterou později nenávidíme. S válečnými hrůzami bychom se seznámit měli. Měli bychom pocítit bolest vojáka. Ale vkládat na vystresovaného vojáka vědomí, že jeho paměť je nedokonalá, že se nedokáže vypořádat se zařazením minulých vzpomínek do budoucího života, znamená vydvíhat naši morální citlivost na jeho účet.

Syndrom PTSD existuje. Kdekoliv se vyskytne, musí být léčen. Avšak naše kulturní posedlost PTSD se nebezpečně zvyšuje a možná se sama stává onemocněním – dlouhodobou neschopností zařazovat věci do kontextu a přijmout naši vlastní společenskou agresivitu. Možná se stává naší vlastní poválečnou neurózou. ■

➔ CHCETE-LI VĚDĚT VÍCE:

A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Shephard. Harvard University Press, 2001.

Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder.

Richard J. McNally, *Annual Review of Psychology*, svazek 54, strany 229 až 252, 2003.

Saving PTSD from Itself in DSM-V.

Robert L. Spitzer, Michael B. First a Jerome C. Wakefield, *Journal of Anxiety Disorders*, svazek 21, č. 2, strany 233–241, únor 2007.

Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Evaluation of Core Assumptions.

Gerald M. Rosen a Scott O. Lilienfeld, *Clinical Psychology Review*, díl 28, č. 5, strany 837–868, červen 2008.