Jozef Hašto, Hana Vojtová

Posttraumatická stresová porucha
bio-psycho-sociálne aspekty

EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození
prípadová štúdia

... číta sa od začiatku do konca ako napínavý príbeh.
... napínavá a zaujímavá je nielen psychoterapeutická práca, ale aj jej celé spoločenské pozadie a vplyvy, ktoré na ňu pôsobili.
MUDr. Peter Breier, psychiater a psychoterapeut, Aylesbury, Oxford Health NHS Foundation Trust, GB, zakladateľ Ligy za duševné zdravie v SR

... Psychiatrie je více než dvě stě let lékařským odvětvím, které se více než kterékoli jiné musí zabývat mnoha dimenzemi etiologie, průběhu a vyústění nemocí. K základním patří dimenze biologické, psychologické, sociální a v neposlední řadě morální a duchovní. Má-li být psychiatr úspěšným při diagnostice a léčbě duševní poruchy, neměla by žádna z těchto úrovní uniknout jeho pozornosti.
... předkládají kazuistiku...Případ se tak stal veřejnou záležitostí a to nikoli pouze slovenskou, ale v současné chvíli již bez nadsázky mezinárodní.
Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc., psychiatr, Univerzita Karlova, Praha, Hradec Králové, zonální reprezentant Světové psychiatrické asociace (WPA) pro země Centrální Evropy v letech 2001–2004

... kasuistika, jež má též dokumentární historický význam ...
Prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc., psychiatr, Univerzita Karlova, Praha

... dôkladná teória liečby posttraumatických porúch a podrobný popis liečby veľmi známeho prípadu, v ktorom sa štátna moc postavila proti obeti trestného činu.
Mgr. Gustáv Matijek, psychológ a psychoterapeut, Bratislava, na rôznych postoch sa angažoval pre občiansku spoločnosť a právny štát

... excelentný je jazyk a spôsob podania. ... pôsobí očisťujúco a uzdravujúco ...
Doc. Ing. Mgr. Peter Tavel, PhD., psychológ a teológ, Univerzita Palackého Olomouc

Terapia psychotraumy ponúkaná v tejto jedinečnej práci sa netýka iba samotnej klientky, ktorej sa postupne darí „obnoviť si svoju tvár“ poznačenú bolesťou, bezmocnosťou a zúfalstvom a v procese sebaúzdravy znovu nachádzať bezpečie, sebavedomie, úsmev. „Prípadom“ v tejto štúdii je aj spoločnosť, jej mentálne stereotypy a usadeniny. Znovuzrodenie dôstojnosti mladej ženy je terapeutickým úspechom. Posilňovanie spoločenskej odolnosti voči sugescii, autoritárstvu a intolerancii je výzvou nie iba pre terapeutov.
Doc. PhDr. Martin Bútora, sociológ, Bratislava, zakladateľ a čestný prezident Inštitútu pre verejné otázky, veľvyslanec SR v USA 1999–2003

MUDr. Jozef Hašto, PhD. je psychiater a psychoterapeut, žije a pracuje v Trenčíne
Mgr. Hana Vojtová je klinická psychologička a psychoterapeutka, žije a pracuje v Trenčíne

ISBN 978-80-244-2944-1
9 788024 429441

evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY
OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost
INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA
Jozef Hašto, Hana Vojtová

Jozef Hašto, Hana Vojtová

Posttraumatická stresová porucha

bio-psycho-sociálne aspekty

EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození
prípadová štúdia

Univerzita Palackého v Olomouci

Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození,

prípadová štúdia

Jozef Hašto Hana Vojtová

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Název projektu: Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace
Registrační číslo: CZ.1.07/2.3.00/20.0063

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození,

prípadová štúdia

Jozef Hašto Hana Vojtová

Olomouc 2012

Recenzenti: doc. PhDr. Martin Bútora
PhDr. Gustáv Matijek
doc. PhDr. Mgr. Ing. Peter Tavel, PhD.
doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.
prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Hašto, Jozef
Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození : prípadová štúdia / Jozef Hašto, Hana Vojtová. – 1. vyd. – Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. – 186 s.
ISBN 978-80-244-2944-1

616.895.4 * [615.851:159.964]:612.846-026.512 * 159.962.6 * 616.1/.9-052-07/-08
- posttraumatická stresová porucha
- EMDR
- autogenní trénink
- kazuistiky (lékařství)
- monografie

615.8 – Psychiatrie. Psychoterapie [14]

1. vydání

© Jozef Hašto, Hana Vojtová, 2012
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2012
Predhovor © Peter Breier, 2012
Doslov © Petr Smolík, 2012
Obálka © Peter Bližnák, 2012
Obrázok na obálke © Július Činčár, Múr, 2002, 29,5 × 21cm, kombinovaná technika

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

ISBN 978-80-244-2944-1

A ještě jeden pocit bych chtěl říct. Vůbec by nezaškodilo, kdyby tu a tam zvítězila pravda a láska nad lží a nenávistí.

Václav Havel
1936–2011

Poznámka

Táto kniha obsahuje kazuistiku. Vo všeobecnosti platí, že lekár musí rešpektovať právo pacienta/pacientky na diskrétnosť. V odborných publikáciách spravidla chránime identitu pacienta/pacientky nepravými iniciálkami a vynechaním alebo pozmenením údajov, ktoré by mohli viesť k identifikácii osoby a pritom sa nenaruší medicínska logika zistení.
Skrývať identitu našej pacientky v tejto prípadovej štúdii by však bolo nemožné a javí sa nám zmysluplné uverejniť úplne všetko, čo sme zistili. Naša vďaka patrí pani Mgr. Hedvige Žákovej- Malinovej, ktorá nám dala súhlas k publikovaniu našich nálezov a úvah.

J. H., H.V.

Obsah

Predhovor MUDr. Petra Breiera **11**
Prehľad použitých skratiek **13**
Úvod **15**
Diagnóza **15**
K problematike vymedzenia psychotraumy pri posttraumatickej stresovej poruche (PTSP) 18
Epidemiológia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) a priebehy **19**
Rizikové a protektívne faktory **22**
Terapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) **24**
Psychoterapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) **25**
Kazuistika **29**
Psychotraumatické udalosti 30
Stručne k diagnóze a liečbe 32
Podrobnejšie o diagnostike, terapii, priebehu a katamnéze 33
Začiatok terapie 33
Ďalšie lekárske nálezy a rekonštrukcia prvej traumatickej udalosti 36
Ďalšie diagnostické postupy 39
Stabilizačná fáza terapie 40
Fáza konfrontácie s traumou. Spracovávanie metodikou EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 41
Fáza integrácie a ďalšieho rozvoja 46
Ukončenie terapie 47
Záverom k diagnostike a katamnéze 48
Diskusia **49**
K diagnóze 49
K rizikovým a protektívnym faktorom 50
Problematika terapeutického vzťahu a pracovného spojenectva 51
Terapeutické intervencie 54
Terapeutický setting a proces 55
Dezinformácia ako pracovná metóda? 56
Sociopolitické aspekty 58
Sociopolitický kontext psychotraumatológie 62

Záver **63**
Súhrn **64**
Abstract **65**
Poďakovanie **66**
Doslov Doc. MUDr. Petra Smolíka, CSc. **67**
Literatúra **73**
Prílohy **81**
Posttraumatická stresová porucha. Krátke diagnostické interview pre psychické poruchy DSM-IV. 83
Posttraumatická stresová porucha. Diagnostické interview pre psychické poruchy DSM-IV-TR. 85
Akútna stresová porucha. Diagnostické interview pre psychické poruchy DSM-IV-TR 92
Posttraumatická stresová porucha, Štruktúrované klinické interview pre DSM-IV 97
Poruchy osobnosti Štruktúrované klinické interview pre DSM-IV 107
Škála vplyvu udalosti-revidovaná 154
Stupeň postihnutia podľa WHO-DS 156
Dotazník pre traumy v detstve 158
Zoznam životných stresorov-revidovaný 160
Moje spomienky, ako ma vychovávali 172
Ako prežívam blízke vzťahy-revidované 178
Bielefeldský dotazník klientových očakávaní 182

Predhovor

Keď píšem tento predhovor, je to takmer presne na deň 5 rokov, keď som sa stretol s Hedviginým obhajcom Romanom Kvasnicom. Pán Kvasnica ma oboznámil s priebehom jeho prvého, mnoho hodín trvajúceho rozhovoru s Hedvigou. Hovoril o svojej snahe vyzerať nezaujato, vylúčiť pochybnosti o jej pravdovravnosti, o svojej motivácii prebrať jej prípad. Na začiatku len chcel potvrdenie, že Hedviga si „sebazbitie" nevykonštruovala. Podľa toho, čo mi povedal, som nepochyboval, že Hedviga hovorí pravdu, trpí závažnou posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP) a že okrem potvrdenia diagnózy pre potrebu obhajoby potrebuje predovšetkým liečbu. Keďže už o niekoľko dní som odchádzal zo Slovenka pracovať do Anglicka, ešte v prítomnosti Dr. Kvasnicu som zavolal Jozefovi Haštovi, ktorý sa ako prvý na Slovensku začal zaoberať liečbou PTSP, a požiadal ho, aby sa Hedvigy ujal. Ani vo sne mi nenapadlo, že Hedvigin prípad nebude po právnej stránke doriešený ani po 5 rokoch.

Dodnes mi nie je celkom jasné, prečo som si ako svoju špecializáciu vybral psychiatriu. Ale od prvých stretnutí s dielom Sigmunda Freuda ešte ako medik som bol fascinovaný detailnou analyticko-syntetickou myšlienkovou prácou, ktorou sa snažil pochopiť, čo sa deje nielen vo vedomí, ale aj v nevedomí človeka a zistiť, ako súvisia predchádzajúce zážitky s jeho duševným stavom. Až neskôr, už ako psychiater, som s úžasom študoval neurofyziológiu mozgu a mechanizmy pamäti. Pri sledovaní histórie objavov, ktoré po vyriešení jednej hádanky otvorili niekoľko ďalších, som si uvedomil, že výskum mozgu a mechanizmov, ktorými pracuje, ale aj každodenná práca psychiatra je veľmi podobná práci detektíva. Aj psychiater sleduje rôzne stopy a motívy, často nielen v psychike pacienta, ale aj v neustálej konfrontácii s realitou, až kým v spolupráci s pacientom dospeje k pravde. Hoci niekedy mi napadne, že už som všetko videl a počul od iných pacientov, už ďalší z nich ma vyvedie z omylu a prekvapí novými zážitkami a spôsobmi, akými sa s nimi vyrovnáva (alebo vlastne nevie primerane vyrovnať). A nová, napínavá práca, podobná detektívnemu príbehu, zase začína. Možno aj preto mi moja práca dodnes nezovšednela a do práce idem často s podobným napätím, s akým si po návrate z nej sadám k pokračovaniu kriminálneho seriálu večer v televízii. (Mimochodom, nie som medzi psychiatrami ani zďaleka sám, kto má tohto koníčka.)

Podobne ako mnohokrát v minulosti v iných oblastiach psychiatrie, Jozef urobil v liečbe PTSP na Slovensku pioniersku prácu. Hoci práca,

ktorú Jozef s Hankou Vojtovou napísali, je určená pre odborníkov, číta sa od začiatku do konca ako napínavý príbeh. A keďže Hedvigin príbeh je už nielen jej osobným príbehom, ale je aj príbehom o stave duševného zdravia slovenskej spoločnosti v širšom zmysle slova, a verejnosť ho pozná a často ešte stále vníma v skreslenej podobe, určite aj neodborník si ho môže prečítať s rovnakým záujmom ako profesionál z oblasti duševného zdravia. V jej prípade je napínavá a zaujímavá nielen psychoterapeutická práca, ale aj celé spoločenské pozadie a vplyvy, ktoré na ňu pôsobili.

Zatiaľ čo na jednej strane je mi ľúto, že veľká časť slovenskej spoločnosti ešte stále nie je schopná postaviť sa jednoznačne proti takému jasnému zneužívaniu moci a proti manipulácii, s ktorou s ňou moc zaobchádza, ako sa to dialo a ešte aj deje od prvých dní od Hedviginho prepadnutia, som veľmi rád, že Hedviga sa rýchlo uzdravila a dokáže žiť normálnym životom. Ak sa v slovenskej spoločnosti predsa len niečo za tých 5 rokov pozitívne zmenilo, je to aj zásluhou Jozefa Hašta, Romana Kvasnicu a predovšetkým Hedvigy Malinovej – Žákovej, ktorá sa nebála vyjsť na verejnosť s podrobnosťami o svojej liečbe.

A hoci intrapsychický prípad je už šťastne uzavretý, šťastný a spravodlivý koniec v realite je, zdá sa, ešte stále v nedohľadne. Verím, že táto publikácia pomôže prelomiť ešte existujúce bariéry vo vedomí tých, ktorým by malo záležať na odhalení pravdy a Hedviga prestane byť obeťou nielen jednorázového fyzického násilia, ale aj obeťou pretrvávajúceho násilia zo strany politikov a tých, ktorí im slúžia.

A teším sa, že sa na Slovensku nájde tvorca, pre ktorého bude Hedvigin príbeh námetom na napínavý film. Keby sa jej príbeh odohral v Anglicku, BBC by to už iste dávno spravila a odvysielala.

Peter Breier M.D.
psychiater a psychoterapeut
Consultant Psychiatrist
Community Mental HealthTeam/Community Acute Service
Aylesbury
Oxford Health NHS Foundation Trust
UK
Zakladateľ a prvý prezident Ligy za duševné zdravie v SR
Zakladateľ Slovenskej bálintovskej spoločnosti

Zoznam použitých skratiek

APA = American Psychiatric Association = Americká psychiatrická spoločnosť
AT = autogénny tréning
CNS = centrálny nervový systém
CT = computer tomography = počítačová tomografia
DA = dopamín
DES-NOS = Disorder of extreme stress not otherwise specified = porucha pri extrémnej záťaži bližšie nešpecifikovaná
DNA = Deoxyribonucleic acid = deoxyribonukleová kyselina
DSM – IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition = Diagnostická a štatistická príručka duševných porúch – štvrté vydanie.
DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition - Text Revision = Diagnostická a štatistická príručka duševných porúch – štvrté vydanie – revidovaný text.
EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing = Desenzitizácia a spracovávanie pomocou očných pohybov
ICD – 10 = International Classification of Diseases – 10. revízia = Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH) -10. revízia
IES – R = Impact of Event Scale – Revised = Škála vplyvu udalosti - revidovaná
KBT = kognitívne behaviorálna terapia
KIP = katatýmne imaginatívna psychoterapia
LOC = Level of consciousness = úroveň vedomia
NSDAP = Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei = Národne socialistická nemecká robotnícka strana
PTSP = posttraumatická stresová porucha
RZP = rýchla zdravotná pomoc
SA = Sturmabteilung = Úderné oddiely
SKID = Strukturiertes Klinisches Interview = štruktúrované klinické interview
SS = Schutzstaffel = Ochranné oddiely
SUD = Subjective units of disturbance = subjektívna škála záťaže
UKF = Univerzita Konštantína Filozofa
VoC = Validity of Cognition Scale = škála platnosti tvrdenia
WHO = World Health Organization = Svetová zdravotnícka organizácia
WHO DS = World Health Organization Disablement Scale = Škála postihnutia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie

Úvod

Psychická trauma alebo viacnásobné traumy môžu byť jednou z rozhodujúcich príčin viacerých psychických porúch. Najcharakteristickejší klinický obraz po psychickej traume je v súčasnom medzinárodnom a tiež americkom diagnostickom systéme opísaný ako diagnostická kategória *posttraumatická stresová porucha (PTSP)*. Výskyt psychických tráum pri PTSP je podľa epidemiologických štúdií závažným zdravotným a sociálnym problémom.

Najprv sa v stručnom prehľade zameriame na problematiku kliniky PTSP a neskôr na kazuistiku a diskusiu k nej. V rámci biopsychosociálneho prístupu sa pokúsime špeciálne fokusovať sociálny aspekt prípadu.

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing, teda desenzitizácia a spracovávanie pomocou očných pohybov, si získava čoraz pevnejšie miesto v terapii posttraumatických stresových porúch (PTSP). Označenie metodiky zostáva pri historickom názve, i keď sa zistilo, že bilaterálna stimulácia pri spracovávaní psychotraumy sa nemusí robiť len formou sledovacích očných pohybov, ale rovnako účinné, a pre niekoho individuálne prijateľnejšie, sú bilaterálne hmatové alebo sluchové podnety.

EMDR, ako aj iné expozičné psychoterapeutické metódy, sa považujú za kontraindikované, prípadne relatívne kontraindikované alebo komplikujúce terapiu pri pretrvávajúcom ohrození pacienta ďalšími reálnymi traumami.

Autogénny tréning (AT) sa pri liečbe PTSP spomína len zriedka. Zväčša ako kontraindikácia pri florídnej symptomatike.

Na konkrétnej kazuistike chceme ilustrovať zmysluplné a účinné použitie týchto dvoch metód v liečbe pacientky s PTSP po traume typu II (opakovaná psychotraumatizácia). EMDR sme použili na redukciu symptomatiky PTSP a AT na zvýšenie odolnosti voči pretrvávajúcim stresorom.

Keďže prípad úzko súvisel a súvisí so spoločensko-politickými procesmi, nútilo nás to naliehavejšie uvažovať o sociálnej úrovni v rámci biopsychosociálneho modelu zdravia a choroby v psychiatrii.

Diagnóza

Diagnóza posttraumatickej stresovej poruchy v ICD-10 a DSM-IV.

Diagnostické vymedzenie PTSP v ICD-10 a DSM-IV je veľmi podob-

né[1]. V ICD-10[2] je PSTP pod kódom F43.1 a vyžaduje splnenie 5 kritérií A-E:

A) Pacient bol vystavený stresujúcej *udalosti* alebo situácii (trvajúcej krátko alebo dlho) neobvykle hrozivého alebo katastrofického rázu, ktorá by pravdepodobne vyvolala prenikavú tieseň takmer u každého. B) *Znovuprežívanie* udalosti (záblesky minulosti, živé spomienky, opakujúce sa sny alebo pocity tiesne v situáciách pripomínajúcich traumu). C) *Vyhýbanie* sa situáciám pripomínajúcich traumu. D) Aspoň niektorý zo znakov: (1) *Neschopnosť spomenúť* si úplne alebo čiastočne na niektoré okolnosti z doby, kedy došlo k stresujúcej udalosti, (2) *zvýšená senzitivita* a excitácia, napr. vo forme poruchy zaspávania alebo kontinuity spánku, podráždenosti alebo výbuchu zlosti, ťažkostí s koncentráciou, hypervigilancie (zvýšenej nabudenosti), prehnaných úľakových reakcií. E) Symptómy sa objavili do 6 mesiacov od stresoru. Nevylučuje sa ale aj oneskorený začiatok.

Kritériá posttraumatickej stresovej poruchy podľa DSM-IV, APA a ICD-10, WHO

Kritériá	DSM-IV	ICD-10
Kritériá traumy	-**A 1**: udalosť spojená s ťažkým telesným poranením, faktickou alebo možnou smrťou alebo s určitým *ohrozením* telesnej integrity vlastnej osoby, alebo iných osôb. -**A 2**: subjektívna reakcia s intenzívnym *strachom, bezmocnosťou* alebo *zhrozením*.	zaťažujúca udalosť alebo určitá situácia mimoriadneho ohrozenia alebo katastrofický charakter udalosti podmienka je, že udalosť by takmer u každého vyvolala hlboké rozrušenie
Postačujúce symptómy	Prítomnosť symptómov z nasledovných oblastí: -B: intrúzie (najmenej 1) -C: vyhýbanie / emocionálne otupenie (najmenej 3) -D: autonómna hyperexcitácia (najmenej 2)	Opakované spomienky, ktorým sa nedá vyhnúť alebo opätovné inscenovanie udalosti v pamäti, denné snenie alebo nočné sny v súvislosti s traumatickou udalosťou.

Trvanie poruchy	E: najmenej 4 týždne; akútna: 1-3 mesiace; chronická 3 a viac mesiacov	Žiadne údaje
Začiatok poruchy	E: žiadne obmedzenie Špecifikovanie odloženého začiatku, keď sa symptomatika objaví po 6 mesiacoch od traumy	V priebehu 6 mesiacov od traumy
Klinické postihnutia	F: symptomatikou podmienené klinicky významné postihnutie v dôležitých oblastiach života	Žiadne údaje

Zdroj: ICD-10[2], DSM-IV-TR[3]

DSM-IV-TR[3] definuje PTSP veľmi podobne ako ICD-10[2], ale zdajú sa nám užitočné niektoré precíznejšie formulácie a uvedieme aj odlišnosti. V kritériu A), teda vymedzení traumy napr. hovorí, že „osoba *zažila, pozorovala* alebo bola *konfrontovaná* s jednou alebo viacerými udalosťami, ktorých súčasťou bola faktická alebo *hroziaca smrť alebo vážne poranenia* alebo *riziko telesného poškodenia* vlastnej osoby, alebo iných osôb. Reakcia osoby obsahovala intenzívny *strach, bezmocnosť* alebo *zhrozenosť*." V kritériu B) sa spomína aj možnosť výskytu ilúzií, halucinácií a disociatívnych flashback-epizód, ktoré sa objavujú po prebudení alebo pri intoxikáciách. V kritériu C) uvádza aj možný výskyt zúženého záujmu alebo účasti na dôležitých aktivitách, pocit oddelenosti alebo odcudzenia, obmedzenie spektra afektov (napr. neschopnosť pociťovať nežné emócie), pocitov ohrozenej budúcnosti (napr. čo sa týka kariéry, manželstva, detí alebo normálne dlhého života). V kritériu E) požaduje trvanie poruchy dlhšie než 1 mesiac. DSM-IV-TR uvádza ešte kritérium F: porucha spôsobuje klinicky relevantné *utrpenie* alebo *obmedzenia* v oblasti sociálnej, pracovnej alebo iných dôležitých oblastiach fungovania. (V prílohách na konci knihy sú uvedené štruktúrované diagnostické interview a diagnostické schémy podľa DSM-IV (Mini DIPS a SKID-I) ale aj podľa DSM-IV–TR (DIPS).)

K problematike vymedzenia psychotraumy pri posttraumatickej stresovej poruche (PTSP)

Požiadavka DSM-IV-TR, že psychotrauma spôsobila intenzívny strach, bezmocnosť alebo zhrozenie, je síce v súlade s typickými prípadmi, ale neumožňuje diagnostiku tých prípadov, keď pacienti majú výraznú disociatívnu amnéziu na udalosť alebo ich dominantnou akútnou reakciou bol stav omámenosti, indiferentnosti alebo derealizácie. Problém tiež je, keď symptomatika je typická, ale trauma nemala katastrofický rozsah.

V klinickej praxi sa často deje typologizácia na typ traumy I a typ II [81]. Pri traume typu I ide o jednorazovú a krátkotrvajúcu traumu, pri traume typu II o dlhotrvajúcu a /alebo opakovanú. Reakcie na traumu II môžu viesť ku „komplexnej PTSP"[98] (poruche pri extrémnej záťaži, bližšie nešpecifikovanej, angl. DES-NOS=disorder of extreme stress not otherwise specified[99]), ktorá zatiaľ nebola zaradená do diagnostických manuálov, a môže sa diagnosticky čiastočne prekrývať s bordeline (hraničnou) poruchou osobnosti (F60.31) alebo s „pretrvávajúcou zmenou osobnosti po extrémnej záťaži" (F62.0), ako to definuje ICD-10[2].

Ešte pred zavedením súčasného diagnostického vymedzenia psychotraumy v DSM- III, IV a ICD-10, pojem traumy/psychotraumy používali a sčasti naďalej používajú psychoanalyticky orientovaní autori v širšom slova zmysle, napr. ako *emocionálne preťaženie*. Podobne aj pojem neuróza mal širšie vymedzenie a zahŕňal nielen dnešné neurotické poruchy, ale aj syndrómy označované dnes ako PTSP, adaptačné poruchy a aj poruchy osobnosti, zvlášť z klastra B (úzkostné).

Leonhard Schlegel[5] v encyklopedickej práci mapujúcej vývoj hlbinne-psychologických smerov v súvislosti s pojmom traumy konštatuje: „O traumách sa však v hlbinnej psychológii nehovorí len vtedy, keď ide o akútne, šokujúce zážitky. Neurózy majú svoj pôvod skôr v dlhotrvajúcich konfliktových situáciách, v dlhoročnom tlaku bezcitnej výchovy a pod.´Chronické traumy´ sú teda omnoho dôležitejšie. Aj tam, kde sa jednotlivé zážitky javia ako významné traumy, môže v nich byť súčasne obsiahnutá symbolizácia dlhotrvajúcej záťažovej situácie. Ja vymedzujem psychickú traumu, ktorá vedie k neurotickým poruchám, ako *emocionálne preťaženie*" (s. 30).

Aj keď traumu vymedzíme podľa ICD-10 alebo DSM-IV, tak zostáva v platnosti poznatok starších autorov, že dôsledkom môžu byť rôzne klinické obrazy. Trauma môže viesť k akútnej stresovej poruche a potom do PTSP. Alebo môže viesť priamo k PTSP. Alebo trauma vyvolá klinický obraz blízky „adaptačnej poruche" (F43.2, F43.8). Trauma môže ale,

či už cez adaptačnú poruchu, PTSP alebo priamo viesť aj k depresívnej epizóde, poruche zo spektra úzkostných porúch, somatizačnej poruche, abúzu látok a rozvinutiu závislosti, disociatívnej poruche[11]. Ďalší vývoj môže smerovať k zmene osobnosti (komplexná PTSP) alebo trauma II od detstva môže byť významným faktorom v genéze poruchy osobnosti, napr. borderline[103]. V týchto prípadoch traumu diagnostikujeme v ICD-10 len ako súvisiaci faktor z kódov Z. Komorbiditu iných psychiatrických porúch s PTSP môžeme považovať za pravidlo, uvádza sa až do 80%[6]. Okrem patogenetických vplyvov traumy môžeme našťastie počítať aj s uchovaním si zdravia po traume, kedy trauma nevyvolá žiadnu poruchu alebo je tu možnosť, že všetky zmienené formy porúch vyústia do úzdravy (salutogenéza). Klinická skúsenosť nás učí, že psychotrauma môže vyústiť nielen do plného zdravia, ale môže zdanlivo paradoxne prispieť aj k mimoriadnemu rozvinutiu osobnosti v zmysle prehĺbeného a rozšíreného vedomia, senzitivity pre ľudské utrpenie a schopnosti adekvátne chrániť seba i druhých pred traumami a pomáhať pri ich spracovávaní. Ide teda aj o rozvinutie altruistického modusu prežívania a správania a schopnosti mentalizovania v zmysle komplexnej empatie.

Epidemiológia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) a priebehy

V dôkladnej štúdii Kesslera et al.[7] sa v USA skúmala bodová a celoživotná prevalencia PTSP na reprezentatívnych vzorkách 6000 osôb. Celoživotná prevalencia u žien bola 10,4% u mužov 5%; bodová prevalencia za uplynulý mesiac 2,8% (priemer muži plus ženy). Cca 51% žien a 61% mužov z celkovej vzorky prežilo stresor, ktorý zodpovedal kritériám DSM-IV. U väčšiny traumatizovaných sa teda nerozvinula PTSP a spontánne sa zotavili. Na druhej strane 17% mužov malo intruzívne spomienky, pričom udalosť nezodpovedala definícii psychotraumy podľa DSM-IV. Časť podprahových PTSP (symptómy nedosahujú syndrómový diagnostický prah) a tiež časť parciálnych PTSP (po psychotraume majú iné symptómy, než sú typické pre PTSP) môže vykazovať stupeň postihnutia v bežnom živote, ktorý významne narúša fungovanie v rôznych oblastiach života. Napr. v štúdii so 185 obeťami autonehôd resp. požiaru 22,7% spĺňalo kritériá PTSP, ale okrem toho ďalších 16,7% s parciálnym syndrómom spĺňalo kritérium F (DSM-IV) o klinicky významnom narušení fungovania[8].

Rôzne možné formy vysporiadavania sa s psychotraumou znázorňuje schéma Tagaya et al. (obrázok č. 1).

Obr. č.1
Možné vývinové línie po určitej traume. Copyright Tagay et al.[82]

Adaptívny vývoj /salutogenéza **Psychopatologické línie vývoja**

V Nemecku, prípadne v Európe, sa životná prevalencia do 65 rokov pohybuje medzi 1-3%. Nemecké obyvateľstvo nad 65 rokov má celoživotnú prevalenciu 3 x vyššiu–zažili 2. svetovú vojnu[9].

Na jednej psychiatricko-psychoterapeutickej klinike v BRD vyhodnocovali ošetrujúci terapeuti (psychiatri, lekári s psychosomatickou kva-

lifikáciou a klinickí psychológovia) traumatizáciu ako príčinu psychickej poruchy u 31,5% svojich pacientov. Platilo to pre všetkých pacientov so symptomatikou PTSP, pre 12% afektívnych porúch, 26% úzkostných porúch a 19% porúch osobnosti. Títo pacienti v dotazníku cielenom na psychotraumatické udalosti uvádzali 6 a viac udalostí[10].

Na lôžkovom psychiatrickom oddelení v Trenčíne sme sa v roku 2004 v období 6 mesiacov snažili vyšetriť každého pacienta prijatého na hospitalizáciu pomocou štruktúrovaného klinického interview DSM-IV na psychotraumu a PTSP[83]. Z celkového počtu 577 prijatých pacientov sa nám podarilo vyšetriť 532, medzi nevyšetrenými boli prevažne dementní pacienti. Traumatickú udalosť v anamnéze sme zistili u 27%, závažný stresor ale nespĺňajúci úplne kritériá DSM-IV u 8,6%, 64 % neuviedlo extrémny stresor v anamnéze (graf 1). Posttraumatická stresová porucha sa zistila u 35% z tých, ktorí uviedli expozíciu psychotraume. Podprahová posttraumatická stresová porucha sa dala identifikovať u 26%. V 38,6% prípadov sme sa stretli s tým, že títo ľudia napriek tomu, že boli exponovaní psychotraume, nevykazovali v priebehu života žiadne symptómy PTSP (graf 2). V tejto našej práci sme neskúmali možné časové a obsahové súvislosti medzi psychotraumou a výskytom iných psychiatrických syndrómov, než je posttraumatická stresová porucha. Najvyššiu komorbiditu PTSP sme zistili s depresívnymi poruchami[84].

Graf č. 1: *Percentuálne zastúpenie výskytu traumatickej udalosti z celkového počtu vyšetrených pacientov (spolu 532 pacientov).*

Graf č. 2: *Psychotraumy (zistené u 145 pacientov, t.j. 27% z celkového súboru) a výskyt PTSP alebo subsyndromálnej PTSP u nich.*

Z hľadiska priebehu sa symptomatika PTSP po psychotraume v dospelosti vyskytuje v 1. týždni až v 94%, po 3 mesiacoch v 47%, po rokoch v 10-25% (súhrnné údaje podľa Fromberger a Maercker 2011)[9]. Z toho vyplýva značný podiel výskytu spontánnej sebaúzdravy, avšak tiež pomerne vysoké riziko chronifikácie neliečených PTSP, v niektorých vzorkách až u štvrtiny psychotraumatizovaných jedincov.

Rizikové a protektívne faktory

Zdá sa, že veľmi významnú úlohu pri vzniku PTSP zohráva *subjektívne prežívaný pocit straty kontroly* nad udalosťou, anticipácia zlých dôsledkov pre vlastné zdravie a budúcnosť, intenzita a trvanie udalosti, fyzické poranenie, prípadne poranenie alebo smrť druhého človeka; ako ďalšie rizikové faktory sa dali identifikovať: malá familiárna a sociálna podpora, ženské pohlavie, zážitky odlúčenia v detstve, predchádzajúce fyzické alebo somatické ochorenia[9]. Citovaní autori tiež uvádzajú, že zmienené rizikové faktory síce štatisticky zvyšujú pravdepodobnosť vzniku PTSP po traume, ale aj pri ich výskyte v individuálnom prípade nemusí PTSP vzniknúť a na druhej strane aj premorbídne stabilná osobnosť bez rizikových faktorov môže mať po ťažkej traume PTSP!

Za protektívne faktory, ktoré chránia pred vznikom PTSP, sa považuje stabilita pred traumou, schopnosť mobilizovať individuálne zdroje a skúsenosti so zvládaním problémov v minulosti, chápavé sebavnímanie, zachovanie si pocitu kontroly a zmysluplnosti – „kontrola nad mojím

správaním je u mňa“ („sense of coherence“ podľa Antonovského); prognózu zlepšuje dobre rozvinutý pocit sebaúčinnosti, tendencia k aktívnemu čeleniu záťažiam a nie k vyhýbavému správaniu, schopnosť podeliť sa s ťažkosťami[11,9]. Posledne uvedený faktor by do značnej miery mohol súvisieť s bezpečným typom vzťahovej väzby[12].

Ďalším protektívnym faktorom, ktorý znižuje pravdepodobnosť chronifikácie poruchy, je, ak sa *osobe, ktorá bola obeťou traumy,* dostane *úcty* a uznania[9]!

Biologická úroveň. Genetická vulnerabilita vysvetľuje cca ⅓ variácií vo výskyte PTSP. U zvierat včasné negatívne skúsenosti vo vzťahovej väzbe vedú k zvýšeniu a dlhšiemu pretrvávaniu stresových reakcií[13]. Pri PTSP je zmenená aktivita amygdaly v zmysle zvýšenej aktivity, je spojená s nízkou aktivitou prefrontálneho kortexu a útlmom Brockovho motorického centra reči pri znovuprežívaní traumy[14]. Ľudové úslovie „onemieť od hrôzy“ vyskytujúce sa aj v slovenských rozprávkach má teda svoj neurobiologický aspekt. Zvýšená je noradrenergná odpoveď na stres, čo prispieva ku konsolidácii skúseností v pamäti[9]. Výklad redukcie objemu hipokampálnej formácie je ešte kontroverzný a dáva sa do súvislosti s chronickou nadmernou aktiváciou hypotalamo-hypofyzárno-nadobličkovej osi [15,77].

Kampfhammer[16] zhŕňa: zmenená je bazálna aktivita a reaktivita osi hypotalamus – hypofýza - nadobličky, známky zvýšenej adrenergnej (centrálnej i periférnej) reaktivity a zníženej vagovej kontroly, zisťujú sa objektívne známky zvýšenej úľakovosti a hypervigilancie („startle“ reaktivita a zvýšená amplitúda P 300 na hlasný zvuk); zvýšený je výskyt A1 - alely DA-2 receptora u vietnamských veteránov, častejší výskyt špecifickej mutácie na géne pre DA – transportér pri chronickej PTSP; sú tiež indície pre to, že nález zníženého objemu hipokampálnej formácie môže byť premorbídny faktor vulnerability a nie dôsledok PTSP.

Pri každej psychickej poruche a náchylnosti k nej považujeme za užitočné rozšíriť biologické aspekty aj o evolučný pohľad a hypotézy, ako to odporúča napr. Nesse a Brüne. *Evolúcia* človeka viedla k výsledku, že sme mimoriadne spoločenské bytosti, ale pri tom zraniteľní a naše šance na prežitie a reprodukciu sa zvyšovali, keď sme ostražite sledovali prostredie, možné zdroje ohrozenia, aj tie vo vnútri sociálnej skupiny. Neuroanatomické štruktúry zapojené do vyhodnocovania potenciálne nebezpečných situácií sa počas evolúcie človeka zväčšovali. Za normálnych okolností je výhodné mať mechanizmus umožňujúci využívať minulé zážitky na to, aby sa jedinec mohol vyhnúť rizikám v súčasnosti alebo budúcnosti. Pri PTSP je tento mechanizmus patologicky hyperaktívny, tak že už zabra-

ňuje adaptívnym reakciám[15]. Čím extrémnejšia je traumatizujúca udalosť a čím viac bol jedinec senzitizovaný predchádzajúcimi (aj mikro?) traumatizáciami a /alebo je geneticky vulnerabilný, tým ľahšie sa fungovanie mechanizmu patologicky vychýli.

Možnosti prevencie rozvinutia PTSP po psychotraume, napr. pri akútnej stresovej poruche sú zatiaľ obmedzené. Účinnosť psychologických intervencií je sporná[9], ďalšie výskumy snáď prinesú potvrdenie účinnosti určitých metodík vypracovaných KBT terapeutmi. Podávanie benzodiazepínov v štádiu akútnej stresovej poruchy je veľmi rozšírené, v konečnom dôsledku je ale pravdepodobne kontraproduktívne, oproti kontrolám sa zistil väčší výskyt PTSP a depresií v ďalšom priebehu[9]. Profylaktické využitie iných psychofarmák nie je zatiaľ, podľa našich informácií, dostatočne preskúmané.

Pre klinickú prax a utváranie terapie u *psychotických pacientov* sa nám zdá významný nález, že podľa viacerých štúdií až do 50% pacientov, ktorí mali akútnu psychózu, majú neskôr PTSP podobné symptómy ako reakciu na zážitky bezmocnosti a dezintegrácie[11]. M. Bleuler (1972) vo svojej intenzívnej štúdii priebehu 208 schizofrenikov tiež poukázal na existenciu sekundárneho patogénneho vplyvu psychotických zážitkov vedúcich až k zmene osobnosti[17]. ICD-10 počíta pre takéto prípady s kategóriou F 62.1[2]. Bleuler (1972) tiež zistil horšie priebehy schizofrénneho ochorenia u tých pacientov, ktorí žili v detstve v rozvrátených rodinných pomeroch a dala sa u nich predpokladať ťažká psychotraumatizácia[17].

Ukazuje sa, že psychotraumatizácia v detstve pravdepodobne ovplyvňuje manifestáciu, priebeh a symptomatiku aj bipolárnej afektívnej poruchy, vrátane suicidality a fungovania v intervaloch[18].

Terapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP)

V terapii PTSP, ako pri väčšine psychiatrických porúch, pripadá do úvahy psychoterapia a farmakoterapia.

Vo farmakoterapeutických štúdiách PTSP sa za úspešné považuje najmenej 30% zlepšenie. Takéto výsledky dosahuje asi 50% liečených v kontrolovaných štúdiách. Väčšina pozitívnych výsledkov sa týka *paroxetinu a sertralinu.* Podobne vychádza aj mirtazapin a venlafaxin. Úspešnosť liečby PTSP antidepresívami ale nie je taká dobrá ako pri depresiách. Liečba si vyžaduje vyššie dávky než pri depresii, začína sa nízkou dávkou, plnú dávku treba udržať aspoň 8 týždňov, kým sa dodatočne

môže prejaviť efekt. Ak je pozitívny, odporúča sa podávanie na 1-2 roky. Pri vysadení sa zvyšuje riziko relapsu. Ak sa objavujú psychózu pripomínajúce klinické obrazy, môže pomôcť atypické antipsychotikum. Pre *olanzapin a quetiapin* sú indície, že zlepšujú aj spánok. Pri agresii možno skúsiť *valproát*[19].

Psychoterapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP)

Autori monografie o suportívnej psychoterapii, najrozšírenejšej forme psychoterapie v USA[20], uvádzajú princípy, ktoré sa zdajú byť prítomné aj v psychoterapeutických prístupoch iných škôl a smerov. Je to napr. štýl komunikácie, ktorý vedie k rozvinutiu terapeutickej aliancie, teda kvalitného pracovného spojenectva, opakovaná psychoedukácia pacienta, povzbudzovanie verbalizovať detaily traumy a s nimi spojených pocitov. Terapeut musí byť ochotný počúvať príbeh znova a znova, opakovane uisťovať a má si uchovať realistický terapeutický optimizmus. Na veľký terapeutický význam *znovuprežívania a znovupretrpenia* spomienok na traumu, na patogénnu situáciu, ktoré idú často spolu s afektívnou katarziou, upozornil už S. Freud. Nabáda k úplnej kompletizácii aspektov a detailov traumy vo vedomí s príslušným afektívnym doprovodom a verbalizáciou [21]. To všetko v bezpečnom rámci terapeutického vzťahu.

V psychoterapii traumy je nevyhnutné dbať na špecifický spôsob konfrontovania sa s traumatickými spomienkami, ktorý umožní nové učenie sa a prepracovanie pôvodne dysfunkčne uloženého spomienkového materiálu[85]. Je typické pre traumatické spomienky, že sa nekontrolovateľne opätovne vynárajú vo vedomí traumatizovaného jedinca bez toho, aby ich opakované prehrávanie malo efekt na redukciu emočnej záťaže a vyhasnutie podmienenej reakcie. Naopak, v klinických prípadoch dochádza často k retraumatizácii a posilneniu negatívneho afektívneho obsadenia spomienok a jeho generalizácii na ďalšie asociačne prepojené podnety. Jednou z najčastejších chýb v psychoterapii, ktoré môžu viesť k iatrogénnemu poškodeniu traumatizovaného pacienta, je využívanie nekontrolovanej abreakcie v zmysle plného znovuprežitia s voľnou expresiou sprievodných emócií, bez usmerňovania terapeutického procesu a kontextu. Terapeutický účinok samotného „emocionálneho vybitia" bol spochybnený[86]. Návratu k traumatickým spomienkam musí zvlášť u masívne a opakovane traumatizovaných vždy predchádzať dostatočná

stabilizácia pacienta. Jej súčasťou je vybudovanie dostatočnej afektívnej tolerancie a schopnosti zachovávať počas celého procesu konfrontácie s traumou duálnu pozornosť – na jednej strane dostatočný kontakt s traumatickými spomienkami a na druhej strane kontakt so situáciou tu a teraz. Práve obnovenie tejto kapacity integrovať minulosť do plného vedomia prítomnosti predstavuje hlavný terapeutický cieľ. Dôležité sa pritom javí aktivovanie vnútorných zdrojov bezpečia (pozitívne vnútorné objekty) a aktuálneho bezpečného terapeutického rámca (psychoterapia ako bezpečná základňa, Bowlby)[12]. Dosahuje sa v troch fázach terapie psychotraumy: stabilizačnej, trauma-konfrontačnej a reintegračnej, ako ju rozvrhol už P. Janet[87].

Metodické odporúčania pre liečbu PTSP vypracovali autori hlásiaci sa k rôznym terapeutickým smerom. Niektorí sú prevážne psychodynamicky orientovaní, iní prevážne kognitívno-behaviorálne. Najrozsiahlejším empirickým výskumom je potvrdená účinnosť špecifických terapeutických techník kognitívno-behaviorálnej terapie, predovšetkým expozície a kognitívnej terapie[22]. Často sa môžeme stretnúť s integratívnym chápaním či pragmatickým eklekticizmom. Za prevažne psychodynamicky orientované prístupy k liečbe PTSP môžeme považovať už zmienenú suportívnu psychoterapiu, ktorú môžeme vymedzovať aj ako suportívny pól psychodynamickej [23], či hlbinnej[24] psychoterapie. Tá si prídavne vyberá podľa potreby to najlepšie z techník, ktoré sú pri danom probléme účinné [20]. Metodicky štruktúrované postupy pri liečbe PTSP, ktoré môžeme viac priradiť k psychodynamickým smerom vypracoval Horowitz [25], Levenson et al [26], Reddemann [27], Sachsse [28], Steiner a Krippner [29]. Posledné tri uvedené využívajú techniky rozpracované v rámci katatýmne-imaginatívnej psychoterapie(KIP). Práve EMDR [30,14] sa podľa Lamprechta [31] dá chápať ako integrácia psychoanalytického a kognitívneho prístupu. Jadrom sú totiž forsírované voľné asociácie fokusované na traumu a práca s kogníciami. Hypnoterapia pri PTSP a iných traumatogénnych poruchách [32] prispela prakticky užitočnými technikami a má tiež integratívno--eklektický charakter. Metodiky rozpracované autormi, ktorí majú blízko ku KIP a hypnoterapii sa viac orientujú na problematiku traumy typu II, výraznejšie využívajú stabilizačné techniky s aktiváciou zdrojov. Ďalšie metodiky liečby PTSP: Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT), [33] a Testimony-Narrative Expositions-Therapy (NET), [34] tiež jasne využívajú princíp expozície. Teoretický koncept a metodiku liečby pacientov /pacientiek s ťažkými štrukturálnymi disociáciami osobnosti

(obvykle ide o traumu II od včasného detstva) načrtla Helga Matthess spolu s Ellertom Nijenhuisom[102].

Metodicky precízny koncept expozičnej terapie PTSP a práce s kogníciami a domácimi úlohami v teoretickom rámci kognitívno-behaviorálnej terapie popísala Ahlers [35]. Štandardne sa počíta s 15 sedeniami á 90 minút, prvých 8-12 v týždenných intervaloch, posledné 3 v mesačných. Na expozíciu in vivo treba prídavne rezervovať najmenej 2 hodiny. Autorka uvádza, že zatiaľ čo Etten a Taylor v metaanalýze z roku 1998 uvádzajú pre KBT terapiu PTSP silu efektu d = 1,27, jej pracovná skupina dosahuje silu efektu medzi 2,6 a 2,8. Efekty sú stabilné aj pri ročných katamnézach. Kvóta úspešnosti (pacienti, ktorí po terapii už nespĺňajú diagnostické kritériá pre PTSP) sa pohybuje medzi 80-90%. Predčasné prerušenia zaznamenala len v 5%.

V súčasnosti sa dá súhrnne konštatovať, že v posledných dvoch desaťročiach výrazne akceleroval vývoj psychotraumatológie a psychoterapeutické postupy na liečenie PTSP sa podrobovali vedeckému overeniu ich efektivity. Autori komprimovaného prehľadu súčasných poznatkov o liečbe PTSP [9] konštatujú, že symptómy tejto poruchy sa dajú redukovať pomocou psychoterapií a/alebo farmakoterapie (napr. paroxetin, sertralin). Odvolávajú sa na prehľad neurobiologických štúdií vypracovaný Jetzkom et al., keď konštatujú, že sa zrejme zvyšuje aktivita anteriórnej časti gyrus cingulí, ale amygdala zostáva nezmenená. Zlepší sa teda kontrola emócií, ale asi len ťažko sa dá počítať s ovplyvnením úzkostného napodmieňovania amygdaly. Z psychoterapií sú veľkosti efektu pri liečbe PTSP zatiaľ najvyššie pri dvoch metódach: KBT a EMDR [9]. Lamprecht [31] vidí relatívnu výhodu EMDR v tom, že terapeutický proces sa zrýchľuje, takže sa skracuje čas potrebný na terapiu. Metaanalýzy porovnávania KBT expozičnej psychoterapie a EMDR metodiky ukazujú, že rovnaký terapeutický výsledok sa pomocou EMDR dá dosiahnuť za expozičný čas, ktorý je kratší cca o 40-50%, než pri KBT postupe.

Keďže u našej pacientky sme použili metodiky EMDR a autogénny tréning, aspoň pár viet k ich bližšiemu objasneniu. EMDR je integratívna metóda spracovania traumatických zážitkov s využitím špecifického spôsobu konfrontácie s traumou. Terapeut pri nej pomáha pacientovi v rámci štruktúrovaného manualizovaného postupu čo najživšie si vybaviť všetky aspekty spomienky (vnemové, kognitívne, afektívne a somatické). Keď je daná spomienka plne aktivovaná vo vedomí pacienta, začne terapeut bilaterálnu stimuláciu, v rytme cca 1Hz pre kompletný bilate-

rálny podnet (terapeut pohybuje prstami pred pacientom vo výške očí, pacient ich sleduje, jeho oči uskutočňujú rýchle sledovacie až sakadické pohyby sprava doľava a späť; iný variant, dotyková stimulácia: terapeut sa dotýka striedavo pravej a ľavej ruky pacienta; akustická stimulácia: pacient má nasadené sluchátka s tónmi znejúcimi striedavo do pravého a ľavého ucha). Jeden podnetový set obsahuje spravidla 25 až 30 párov podnetov, potom nasleduje niekoľkosekundová prestávka zameraná na reflektujúci rozhovor. Úlohou pacienta v podnetovej fáze je nechať voľne plynúť svoje asociácie a byť ich nestranným pozorovateľom (forsírované voľné asociácie a aktivácia pozorovateľského ega). Tu sa uplatňuje dôvera v samoúzdravné kapacity pacienta facilitované terapeutickou situáciou a bilaterálnou stimuláciou a terapeut do procesu zasahuje minimálne. V priebehu spracovávania spomienky len krátko opakovane prerušuje bilaterálnu stimuláciu a pýta sa na akékoľvek zmeny, ktoré pacient pozoruje. Tento proces pokračuje dovtedy, kým spomienka nezostane úplne emočne neutrálna. Následne sa pôvodná spomienka spojí s novým – pozitívnym - kognitívnym hodnotením a otestuje sa reakcia tela na spomienku, keďže traumatické spomienky sú najhlbšie uchovávané na úrovni telesných pocitov. V rámci EMDR sa využívajú dve formy subjektívnych škál, ktoré umožňujú merať terapeutický pokrok. Prvou je upravená stupnica záťaže, pôvodne podľa Wolpeho[88], tzv. SUD (subjective units of disturbance=subjektívna škála záťaže) od 0 po 10, kde 0=neutrálna, žiadna záťaž a 10= maximálna záťaž, akú si možno predstaviť. Druhá škála VoC (validity of cognition=platnosť presvedčenia) od 1 do 7 meria subjektívne prežívanú platnosť (uveriteľnosť) pozitívnej kognície v spojení s danou traumatickou udalosťou, kde 1=vôbec neplatí, nedokážem tomu vôbec veriť a 7=úplne platí. Spracovávanie je považované za úspešne ukončené, keď SUD=0 a VoC=7. Niekedy je možné dosiahnuť úplné uvoľnenie v priebehu jedného sedenia, inokedy si to vyžaduje niekoľko sedení.

Hypotézy o možnom „mechanizme“ účinku EMDR sú stále otvorené a vyžadujú si ďalšie výskumy. Súčasné poznatky naznačujú, že zapojenie bilaterálnej stimulácie počas znovuvybavenia psychotraumy vyvoláva špeciálne zmeny aktivity centrálnej nervovej sústavy, ktoré zvyšujú jej schopnosť spracovávať informácie. Tieto zmeny sú sprostredkované o.i. účinkom na autonómny nervový systém a jeho regulácie[36]. Už za 10 sekúnd od začiatku bilaterálnej stimulácie á 1Hz pri aktivovanej spomienke na psychotraumu dochádza k poklesu sympatikotonusu, zníži sa pulzová

frekvencia a aktivuje sa tonus n.vagus[89,90]. Pravdepodobne sa aktivuje systém spracovávania informácií v mozgu. Provokuje sa orientačná reakcia a neurálna aktivita podobná REM spánku[91]. V tejto súvislosti je zaujímavé Pankseppovo upozornenie na aktiváciu podobných neurálnych štruktúr pri hre, exploračnom správaní a REM spánku[92]. Dochádza k prepájaniu s neuronálnymi sieťami, v ktorých sú uložené pozitívne skúsenosti a tak k akémusi prepisovaniu traumy [37]. Uvažuje sa aj o tom, že dochádza k lepšiemu zapojeniu ľavej hemisféry do riešenia problému [14]. To všetko sa deje v akceptujúcom a bezpečnom rámci, umocnenom rytmickými bilaterálnými signálmi spojenými s blízkosťou terapeuta a po jeho explicitnom vyjadrení dôvery v existenciu sebaúzdravných procesov u pacienta, ktoré sa teraz môžu uplatniť. Z hľadiska teórie vzťahovej väzby [12] môžeme toto usporiadanie chápať aj ako ritualizované saturovanie cieľa pripútavacieho správania, teda blízkosti kompetentnej oporu poskytujúcej osoby u extrémne znepokojeného jedinca. Tu by mohol mať významnú úlohu o. i. oxytocín[15], keď sa v úvahách posunieme na endokrino-molekulárnu úroveň.

Autogénny tréning (AT) podľa J.H.Schultza je dobre známou a preskúmanou metódou koncentratívneho sebauvoľnenia, ktorá využíva mentálne opakovanie autosugestívnych formuliek na dosiahnutie úplnej telesnej a psychickej relaxácie, autohypnoidného stavu. V rámci základného stupňa AT si pacient v duchu opakuje vety navodzujúce pocity tiaže a tepla v tele, pokojného pulzu a dychu, pocity prúdivého tepla v oblasti nadbruška a pocity voľnosti, slobody a jasnosti v hlave. V ďalšom postupe je možné využívať individualizované formulky, ktoré sú „šité na mieru“ pacientovým konkrétnym ťažkostiam (stredný stupeň AT) a prehlbovať a rozširovať vedomie prostredníctvom imaginatívnych meditácií (vyšší stupeň AT). Výsledkom dobre zvládnutého AT je stav hlbokej psychofyzickej pohody, ktorý pôsobí pozitívne terapeuticky i preventívne na množstvo so stresom súvisiacich ťažkostí.[46]

Kazuistika

Kazuistika sa bude týkať vysokoškolskej študentky maďarského a nemeckého jazyka Hedvigy Malinovej, občianky Slovenskej republiky maďarskej národnosti. V období psychotraumatizácie a následnej diagnostiky a liečby mala 23 rokov. V súčasnosti má 28 rokov, ukončila vysokoškolské štúdium (Mgr.), je vydatá, má dve zdravé deti.

Vzhľadom na to, že referovaný prípad je verejnosti známy a v rámci prevencie ďalších možných komplikácií prípadu, uvádzame plné meno a zámerne neskrývame identitu pacientky. Menovaná nám dala ústny i písomný súhlas k uverejneniu informácií, ktoré sa týkajú jej zdravotného stavu a anamnézy. Súhlas dal aj jej právny zástupca. Prehľad informácií o prípade možno nájsť v publikáciách M. Vrabcovej[38,39] a tiež na www.tyzden.sk a www.fair-play.sk.

Než prejdeme k podrobnejšiemu popisu kazuistiky, v záujme sprehľadnenia uvedieme najprv heslovite súhrn psychotraumatických udalostí, ktoré viedli k poruche a potrebe liečby pacientky.

Hedviga Malinová utrpela tri závažné psychotraumy, ku ktorým sa pridružilo mnoho ďalších súvisiacich a dlhodobo pôsobiacich stresorov. Prvou psychotraumatickou udalosťou bolo prepadnutie pacientky dvomi neznámymi mužmi cestou na fakultu, na skúšku z maďarského jazyka a následný stav po prebratí sa k vedomiu. Druhou bolo vypočúvanie na polícii ohľadne zmieneného prepadnutia. Treťou vniknutie cudzej osoby/osôb do bytu, v ktorom bývala s partnerom a následná provokácia ženou, ktorá mala pri sebe fotografie ich rozhádzaného bytu a fotografický záber auta zospodu. Okrem toho bola vystavená nátlaku politickej moci, neodôvodnenému trestnému stíhaniu a tlaku médií.

Psychotraumatické udalosti

Pacientka bola 25. augusta 2006 v ranných hodinách pri ceste cez park do školy na postupovú skúšku z maďarského jazyka prepadnutá dvomi mladými holohlavými mužmi, ktorých prvé slová boli: „Na Slovensku po slovensky!“. Bola násilne strhnutá z cesty, ponižovaná, bitá, po páde na zem a údere do brucha si viac nepamätá. Prebrala sa, keď tam už útočníci neboli, cítila nevoľnosť, nutkanie na vracanie, slabosť, bolesti hlavy, mala problém zorientovať sa, čo sa stalo, čo má robiť. Keď prišla do školy, učitelia a spolužiaci objavili na jej blúzke vzadu nápis „Maďari za Dunaj SK bez parazitov“. Privolali lekársku pomoc a pacientka bola ošetrená v nemocnici. 9. septembra 2006 pacientku predvolali na výsluch na polícii s tým, že pôjde o opoznanie páchateľov. To sa však nekonalo a počas náročného takmer 6-hodinového výsluchu bola tlačená k tomu, aby sa priznala, že klamala a celú udalosť si vymyslela. Tlaku nepodľahla. 12. septembra 2006 usporiadal minister vnútra a premiér SR tlačovú besedu, ktorej hlavným posolstvom bolo, že „skutok sa nestal“. Médiá

sa intenzívne zaoberali kauzou, ich pozornosti však uniklo, že premiér, minister vnútra a policajný prezident verejne vystúpili prejudikujúc Hedviginu vinu ešte pred právoplatným uzatvorením vyšetrovania.

Počas terapie sa odohrala posledná z výrazných psychotraumaticky pôsobiacich udalostí. V noci z 20. na 21. novembra 2006 do bytu, kde bývala s partnerom, vnikli násilne neznáme osoby, ktoré zanechali pootvárané dvierka na nábytku, povyťahované zásuvky, dvere z bytu na chodbu otvorené, kľúče, ktoré boli pôvodne zvnútra v zámku, položené na rohožke, partnerove auto odparkované na ulici malo pootvorené dvere. Partner hlásil udalosť polícii, Hedviga išla do školy autobusom. Pani, ktorá si k nej prisadla, si prezerala fotky formátu A4 zachytávajúce byt v podobe, v akej ho našli s partnerom v dané ráno, ako aj partnerovo auto odfotené pravdepodobne zospodu. Spolu s ďalšou ženou, ktorá stála v uličke, vzápätí vystúpili. Pacientka bola vydesená, nevedela, ako reagovať. Kričať? Byť ticho? Mala strach o partnerov život, čo ak mu niečo urobili s autom? Mal cestovať! Pokúšala sa mu zavolať z mobilu, ale nefungoval, aj keď nebol vybitý, neskôr ho otestovala, ani neodosielal SMS, ani neprijímal hovory ani SMS. To trvalo od rána až do 15. hod. Potom zrazu začal fungovať – bez opravovania.

10. novembra 2006 začalo trestné stíhanie voči pacientke a 14. mája 2007 polícia obvinila Hedvigu Malinovú z krivej výpovede a krivej prísahy. Toto naďalej trvá napriek tomu, že vyšlo najavo množstvo pochybení a lží zo strany vyšetrujúcich orgánov a politických predstaviteľov, na ktoré opakovane jasne poukazoval advokát pacientky. Vyšetrovanie prípadu doposiaľ (v novembri 2011) nebolo uzavreté. Dnes už vydatá Hedviga Žáková-Malinová si ponechala svoje priezvisko, ktoré si praje očistiť, v nádeji na spravodlivé vyriešenie prípadu.

V prípade Hedvigy došlo k významnej dezorientácii verejnosti, ktorá vystavila pacientku ďalším dlhodobo pôsobiacim stresorom, keďže ako obeť trestného činu bola namiesto podpory terčom odmietania zo strany veľkej časti populácie. K dezorientácii verejnosti podľa nášho názoru prispeli hlavne tri faktory: emočne nedôverčivé nastavenie časti slovenskej verejnosti voči Maďarom žijúcim na Slovensku, energické dezinformačné vystúpenie čelných politických reprezentantov štátu a použitie „dôkazu“ proti Hedvige vo forme nálezu DNA. (Rozbor biologických stôp pod známkou na obálke, v ktorej boli Hedvige niekoľko dní po prepadnutí anonynmne doručené jej doklady, potvrdil prítomnosť Hedviginej DNA. Hedviga však túto skutočnosť dokázala zmysluplne vysvetliť.

Keď dostala pokyn priniesť obálku v pôvodnom stave na políciu, zistila, že z obálky sa odlepila známka, tak sa ju pokúsila znovu prilepiť po potretí naslineným prstom, aby naplnila, čo považovala za svoju povinnosť. Toto vysvetlenie bolo už v masmédiách vynechané.) Analýza DNA ako tvrdý dôkaz v kriminalistike požíva veľkú vážnosť, tu bola zrejme vedome zneužitá jej sugestívna sila, ktorej neodolali ani niektorí inak kriticky mysliaci a vzdelaní ľudia. Bližšie sa o tom a ďalších dezinformáciách ešte zmienime v diskusii.

Podrobný prehľad prípadu podáva M. Vrabcová [38,39].

Stručne k diagnóze a liečbe

Ambulantná psychiatrická liečba sa konala v období 02.11.2006 - 22.05.2008, celkovo 47 diagnosticko- terapeutických hodín, sedenia v trvaní 75 minút až 3 hod 50 minút, v intervaloch 4-38 dní. Pri sedeniach bola prítomná ako pozorovateľka a zapisovateľka klinická psychologička Mgr. Hana Vojtová (spoluautorka), ktorá vykonala viaceré psychodiagnostické testy a škály.

Od pracovnej diagnózy sme v ďalších hodinách klinických rozhovorov doplnených škálami, dotazníkmi a testami dospeli ku konečnej diagnóze, zhodnej s pracovnou.

Diagnostický záver: Posttraumatická stresová porucha F 43.1 (WHO ICD-10); 309.81 (podľa DSM-IV, APA).

Súvisiace faktory. Faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a vedú k potrebe zdravotníckych služieb (kódy „Z" v ICD-10 WHO):

Z 65.4 Obeť kriminálneho činu alebo mučenia. (Fyzickým násilím bola obmedzená v slobode pohybu; donucovaná k nechcenému správaniu – vyzliekanie, odovzdávanie cenností a osobných dokladov; údery do tváre a fyzické násilie pôsobiace na iné časti tela; vystavenosť situácii, v ktorej sa nedá odhadnúť rozsah a vyústenie ďalšieho násilia; neistota možného znásilnenia- zostala jej medzera v pamäti, zrejme v súvislosti s otrasom mozgu, a zistili sa čerstvé krvné podliatiny na stehnách.)

Z 65.8 Ďalšie špecifické problémy spojené s určenými psychosociálnymi okolnosťami. (Medializované očierňovanie zo strany vysokých predstaviteľov štátu- napr. vtedajšieho premiéra (JUDr.R.F.), ministra vnútra (JUDr.R.K.), policajného prezidenta (JUDr.J.P.); znevažujúce dezinformácie v médiách a útoky na ľudskú dôstojnosť na internetových stránkach.)

Z 65.3 Problémy spojené s ďalšími právnymi okolnosťami, napr. trestné stíhanie. (Je trestne stíhaná Generálnou prokuratúrou SR za „krivé svedectvo“ , pričom nie je špecifikované v čom mala klamať. Zároveň bolo trestné stíhanie lúpežného prepadnutia zastavené s tým, že „skutok sa nestal“.)

Z 60.5 Je terčom nepriateľského diskriminovania a prenasledovania. (Slovný a fyzický útok v kontexte používania maďarského jazyka, „na Slovensku po slovensky!“; po prebratí z bezvedomia zistený nápis na blúzke: „Maďari za Dunaj SK bez parazitov“; stresujúci spôsob policajného vyšetrovania ešte v postavení obete; z obete sa pre políciu a GP stáva „páchateľkou“; slovné znevažujúce útoky na verejnosti; sofistikované zastrašovanie neznámymi páchateľmi – vniknutie do súkromia, signál, že je ohrozený na živote jej partner.)

Z 60.8 Iné špecifikované problémy týkajúce sa sociálneho prostredia. (Je svedkom utrpenia najbližších /zvlášť rodičov a partnera/ kvôli problémom, do ktorých sa dostala nie vlastnou vinou.)

Stupeň postihnutia podľa posudzovanej stupnice Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO - DS): A=0; B=2,5; C=1; D=2.

Terapia: psychoterapia – suportívna forma s využitím špecifického na spracovanie traumy zameraného postupu (EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing) a následne autogénny tréning podľa J. H. Schultza za účelom zvýšenia odolnosti voči pretrvávajúcim stresorom (podľa WHO ICD-10 pretrvávajúce pôsobenie faktorov Z 65.3; Z 60.8 a parciálne aj Z 65.8).

Podrobnejšie o diagnostike, terapii, priebehu a katamnéze

Pacientka bola odporučená k jednému z autorov (J. H.) na diagnostické posúdenie a zváženie terapeutických možností. Odporúčajúci lekár bol psychiater a psychoterapeut, prezident Ligy za duševné zdravie SR, primár MUDr. Peter Breier, ktorého pôvodne konzultoval JUDr. Roman Kvasnica, jej budúci advokát.

Začiatok terapie

Na prvom vyšetrení sme zistili, že 31.08.2006 bola Hedviga na *vyšetrení u ambulantného psychiatra v blízkosti bydliska*. Podľa lekárskeho záznamu, ktorý máme k dispozícii, vtedy uvádzala, že ju napadli, vyhrážali sa jej,

zbili ju, na niektoré udalosti si nepamätá, cíti strach, stále jej telefonujú z médií, pritom ona by najradšej na všetko zabudla. „Nikdy som si nemyslela, že budem potrebovať pomoc psychiatra." Psychiater konštatoval vyššiu úzkosť, pozornosť zacielenú na danú udalosť, diagnostikoval reaktívnu anxiózne-depresívnu poruchu. Terapeuticky odporúčal psychoterapiu, predpísal antidepresívum Cipralex (s-citalopram) 10mg ráno a benzodiazepín Xanax (alprazolam) 0,5mg ráno a večer. Pri kontrolnom vyšetrení 11.09.2006 pacientka uviedla, že ju policajti v sobotu ráno o 7:00 hod zobrali na identifikáciu páchateľov. Na polícii však potom o tom nepadlo ani slovo, šiesti prítomní policajti sa na ňu osopili, že ju dajú do vyšetrovacej väzby, že si to všetko len vymyslela. Psychiater konštatoval dekompenzáciu stavu vplyvom „teroru policajtov" v meste N. Zistil insomniu, anxietu. Do medikamentóznej terapie pridal hypnotikum Stilnox (zolpidem). 18.09.2006 psychiater uviedol, že pacientka hovorí, že má za sebou najhorší týždeň „tie klamstvá, ktorými ma osočujú, znášam ťažko, viem, že mám pravdu, snažím sa ju dokázať, ale akoby väčšina bola proti mne, že ma nezbili,...verím, že pravda zvíťazí, to jediné ma drží." Psychiater konštatoval depresívne ladenie, miestami prchavú lakrimozitu, pocity neistoty, nedôvery, sklamania, pretrváva insomnia, tenzia.

Pri *prvom orientačnom psychiatrickom vyšetrení u nás* (02.11.2006) sme zistili jasné známky posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP). Pacientka trpela flashbackmi s veľmi nepríjemným emočným (úzkosť, bezmocnosť) a telesným korelátom (búšenie srdca, nepríjemné teplo na chrbte a v bruchu, tras, bolesti stehien, bolesti hlavy). Boli obvykle spúšťané situáciami pripomínajúcimi útok (ktorý sme si nechali popísať neskôr), napr. keď mala ísť po meste a videla pred sebou postavy mužov, zvlášť s holými hlavami, keď mala prejsť od autobusu cez park do školy, keď si predstavila , že by mala ísť niekde mimo domu sama, keď mala vojsť do internátu a na izbu (úzkostná predstava, že by tam mohli byť ukrytí útočníci), situáciami, keď by mala vonku medzi ľuďmi prehovoriť, či už maďarsky alebo slovensky. Sťažovala si tiež na stavy podráždenosti, ktoré nedokázala ovládať a objavovali sa aj v komunikácii s jej blízkymi, napr. s otcom a partnerom Petrom, s ktorými mala dosiaľ dobrý a bezproblémový vzťah. Udávala prerušovaný spánok, ťažkosti sústrediť sa na zmysluplnú činnosť napr. učenie. Mala sklon vyhýbať sa všetkým myšlienkam a situáciám, ktoré pripomínajú psychotraumu, nevedela si spomenúť na niektoré detaily traumatizujúcej situácie. Zle znášala dezinformácie v médiách, keď nejakú zachytila v televízii, rozhlase, novinách alebo na internetových diskusiách, pociťovala nepokoj, impulz vybehnúť

na ulicu a kričať, „Preboha ľudia, neverte tomu, sú to klamstvá!“ Podľa opisu Hedvigy Malinovej sa dezinformácie týkali problematiky telefonovania verzus netelefonovania, zablokovania bankomatovej karty verzus nezablokovania, spôsobu a času úrazu, spôsobu, ako sa dostal jej biologický materiál na obálku, v ktorej jej prišli poštou doklady, spôsobu, ako sa dostal nápis na jej blúzku a viacerých iných záležitostí. Všetky nepravdivé tvrdenia pochádzajúce z rezortu ministerstva vnútra alebo opierajúce sa o „nálezy“ súdnych znalcov určených políciou sa dali pomerne ľahko identifikovať ako nezodpovedajúce realite. Intelektuálne zaujímavá je len otázka, nakoľko boli produkované úplne vedome a nakoľko sa uplatnilo katatýmne[93,94,95], hostilitou skreslené usudzovanie, prípadne iné motivačné vplyvy. Konkrétnejšie a aj v širších kontextoch sa k tejto téme vrátime v časti Diskusia.

Citujeme pacientku z úvodu prvého vyšetrenia v Trenčíne 02.11.2006: „Chcem byť silná, ale nie som; keď som sama, veľa plačem... stále žijem v strese, najmä mám odpor k tomu mestu, nerada tam chodím... už od soboty mám stres, že v pondelok mám ísť do školy...áno, pred tým útokom to bolo normálne... bojím sa tam ísť, byť tam, bojím sa ísť na ulicu, že stretnem tých dvoch, necítim sa tam v bezpečí, strašne sa bojím ísť tam..., že budú na mňa čakať na internáte; vždy som len so spolužiačkou, bez nej nikam...veľmi dobrá kamoška... necítim sa tam v bezpečí, sama nechodím... trvá to 9 týždňov (od 25.08.2006). Keď idem s priateľkou cez ten park, snažím sa myslieť na niečo iné, alebo začnem spievať, len v hlave...niekedy to pomáha, väčšinou nie...“

Keď mala pacientka hodnotiť intenzitu záťaže negatívnymi emóciami pri znovuvybavení spomienok na traumu na škále SUD (= subjective units of disturbance) od 0–10, pričom 0 je pohoda, neutrálna, žiadna záťaž, 10 je maximálna záťaž, akú si vie predstaviť, udávala stupeň 7-8.

V *klinickej symptomatike* sme zistili: úzkosťou, bezmocnosťou, hnevom a hnusom obsadenú spomienku na zážitok prepadnutia; príznaky nechceného znovuprežívania, opätovne sa vracajúce a vtierajúce sa spomienky na udalosť; psychickú záťaž v situáciách, ktoré pripomínajú traumatickú udalosť; nepríjemné telesné pocity pri spomienke na traumu. Tendenciu k vyhýbavému správaniu: vedomé vyhýbanie sa myšlienkam a pocitom, ktoré súvisia s traumou; vedomé vyhýbanie sa aktivitám a situáciám, ktoré vyvolávajú spomienky na traumu; neschopnosť spomenúť si na detaily traumy aj mimo časového úseku mnestickej medzery spôsobenej otrasom mozgu, ktorý diagnostikoval neurológ. Pretrvávajúci hyperarousal:

ťažkosti so zaspávaním a kontinuitou spánku; dráždivú náladu; ťažkosti s koncentráciou pozornosti. Epizodicky smútok a plač. Úplná amnézia týkajúca sa úderov, ktoré spôsobili poranenie na koreni nosa a v oblasti ľavej lícnej kosti ako aj toho, čo sa dialo ďalších cca 15-20 min (nepamätá si, ako sa stalo, že mala krvné podliatiny na stehnách, nevie nič o písaní na blúzku a nemá žiadnu spomienku ani na odchod útočníkov).

Vzhľadom na zistenú PTSP sme pacientke odporúčali ďalšiu diagnostiku a cielenú psychoterapiu (keďže medikamentózna liečba je v týchto prípadoch málo účinná). Informovali sme pacientku, že má viaceré možnosti, môže pokračovať u svojho doterajšieho spádového psychiatra alebo v prípade, že nie je špeciálne zameraný na psychotraumatológiu, prichádza do úvahy spolupráca s ďalším psychiatrom alebo klinickým psychológom s psychoterapeutickým a psychotraumatologickým zameraním v blízkosti jej bydliska. Dochádzanie od Dunajskej Stredy do Trenčína (127km) by mohlo byť náročné. Pacientka však po úvahách dala prednosť liečbe v Trenčíne, vozenie si dohovorila s otcom a Petrom (jej budúci manžel). *Prvých 10 sedení* bolo zameraných na rozšírenie anamnézy, precizovanie klinickej diagnózy, symptómového obrazu, stupňa postihnutia, posúdenie premorbídnej osobnosti, intelektových funkcií, opätovné posudzovanie jej pravdovravnosti, dôveryhodnosti.

Spolu s diagnostickým procesom prebiehali stabilizačné intervencie ako protiváha návalom neovládateľných traumatických spomienok.

Ďalšie lekárske nálezy a rekonštrukcia prvej traumatickej udalosti

Nasledujúce nálezy *lekárov z Fakultnej nemocnice Nitra* uvádzame *zo zdravotnej dokumentácie alebo výpovedí pod prísahou*:

Privolaná lekárka rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) neskôr, 18.06.2008, vypovedala pod prísahou, využívajúc svoju zdravotnú dokumentáciu, že keď 25.08.2006 prišla sanitkou k pacientke, „pacientka bola vystrašená a veľmi rozrušená, mala triašku na celom tele...zrenice...rozšírené do veľkosti 4 mm...“. Zistila zvýšený krvný tlak (150/80) a zrýchlený pulz 150/ min., všimla si poranenia na tvári a hematómy (=krvné podliatiny) na stehnách. Na upokojenie podané 10 mg diazepamu do svalu.

Na *traumatologickom oddelení* vo FN v Nitre bol konštatovaný „... opuch tváre v zygomat. (=lícnej; slovenské ekvivalenty odborných termínov sú od autorov knihy) oblasti vľavo, opuch radixu (=koreňa) nosa,

palp. (=pohmatová) bolestivosť v oblasti opuchu, ...opuch a drobná lacerácia (=natrhnutie) dolnej pery paramediálne (=vedľa stredovej čiary) vpravo...na ušniciach v obl. lobulov (=lalôčikov)...zaschnutá krv z otvorov po náušniciach, mierny opuch bilat. (=obojstranne), palp. (=pohmatová) bolestivosť sánky paramediálne (=vedľa stredovej čiary) vľavo, palp. (=pohmatová) bolestivosť stoličiek vľavo dolu, ... Končatiny: začervenanie a palp. (=pohmatová) citlivosť anteromediálnych (=predovnútorných) plôch oboch stehien...".

Pri konziliárnom *neurologickom* vyšetrení konštatoval neurológ zvýšenú tenziu (=napätie), anxietu (=úzkosť), anterográdnu amnéziu (=medzera v pamäti po traume) cca 15 - 20 min... opuch v zygomat. (=lícnej) oblasti vľavo. Diagnostický záver: Commotio cerebri (=otras mozgu), Contusio faciei (=pomliaždenie tváre), Contusio auricuale bilat (=pomliaždenie ušníc obojstranne)... + ďalšie traumatol. dg. (=úrazové diagnózy). Objektívne neurologicky akútna (=prudká) stresová porucha ľahkého stupňa. (Naša poznámka: pacientka už bola čiastočne skľudnená 10mg diazepamu i.m.)

V prepúšťacej správe z traumatologického oddelenia (25.08.2006) sú uvedené nasledovné diagnózy: Commotio cerebri (=otras mozgu), Contusio faciei, l.sin. et nasi (=pomliaždenie tváre vľavo a nosa), Contusio mandibulae l.sin. (=pomliaždenie dolnej čeľuste vľavo), Contusio et excoriatio auricualae bilat. (= pomliaždenie a odierky ušníc obojstranne), Contusio par. abdominis et reg. femoris bilat. (=pomliaždenie brušnej steny a oblasti stehien obojstranne).

25.08.2006 o 10:42 hod bola vyšetrená pomocou *computerovej tomografie (CT)* so zameraním na mozog, skelet hlavy, hrudník, brucho so záverom: „bez jednoznačných traumatických zmien".

Aj keď sa nerobili špeciálne CT rezy (projekcie) so zameraním na mäkké časti tváre (ich poranenia boli klinicky jasné), ďalšia analýza CT záznamu ukázala, že „...Vľavo v zygomatickej (=lícnej) oblasti pozorovať opuch podkožných štruktúr mäkkých častí – šírka kože a podkožia dosahuje 21mm, kým na kontralaterálnej (=opačnej) strane 17 mm, podobne pozorovať aj opuch mäkkých častí kože a podkožia v oblasti koreňa nosa tvárovej časti hlavy" (hodnotené kvalifikovaným röntgenológom). Tento nález je v úplnej zhode s klinickým lokálnym nálezom.

Na základe anamnestických údajov od pacientky a kolegami v Nitre popísaných klinických nálezov (špeciálne známky poranenia v ľavej zygomatickej (=lícnej) oblasti a koreňa nosa, ktoré je zachytené aj na CT hlavy) sa dal hypoteticky rekonštruovať najpravdepodobnejší priebeh

udalostí pri napadnutí. Pacientka si totiž pamätala, že dostala dve facky otvorenou dlaňou na ľavé líce, pri ktorých pravdepodobne došlo k natrhnutiu dolnej pery, pamätala si, že si videla krv na svojich prstoch, pamätala si, že po druhej facke padla na zem a dostala úder do oblasti podbruška. Potom mala medzeru v pamäti a pamätala si len situáciu, keď vstávala zo zeme a útočníci tam už neboli. Dá sa teda predpokladať, že po údere do brucha sa ešte postavila a dostala dva údery, pravdepodobne päsťou, na oblasť ľavej lícnej kosti a koreňa nosa. Druhá možnosť: na zemi mohla dostať dva kopance na uvedené miesta tváre. Až tieto dva údery zrejme viedli k otrasu mozgu a krátkej retrográdnej amnézii (=medzera v pamäti na určitý úsek pred traumou) na tento časový úsek s údermi a anterográdnej amnézii (=medzera v pamäti po traume), ktorú neurológ, zrejme realisticky, odhadol na 15-20 minút. Dá sa predpokladať, že v tomto časovom úseku, keď mala pacientka kvantitatívnu poruchu vedomia, jej zrejme útočníci napísali na chrbát blúzky nápis „Maďari za Dunaj SK bez parazitov". Pacientka si totiž ani pri forsírovaných voľných asociáciách v rámci spracovávania psychotraumy nedokázala vybaviť nič, čo by mohlo súvisieť s písaním na blúzku. Nerozpamätala sa ani na tú časť násilia, vplyvom ktorého jej zostali pomliaždenia na stehnách. Je možné, že pri preberaní sa z bezvedomia, prípadne zo stavu zmenenej úrovne vedomia (LOC=level of consciousness[100]=úroveň vedomia, Bewusstseinstrübung[93]=zastreté vedomie), ešte v určitom stupni kvantitatívnej poruchy vedomia, sa reflexívne bránila manipulácii s dolnými končatinami alebo ich fixácii.

Pre úplnosť ešte diferenciálno-diagnostická úvaha. Pre poruchu vedomia s následnou amnéziou prichádzajú diferenciálne diagnosticky do úvahy ešte ďalšie možnosti a síce disociatívna amnézia a vagovasálna synkopa. Proti disociatívnej amnézii ale svedčí perzistencia medzery v pamäti aj pri dôkladnom spracovávaní psychotraumy. Vagovasálna synkopa by mohla byť emocionálne (bezmocnosťou) vyvolaná hyperaktiváciou parasympatika alebo reflexne vplyvom úderu do podbruška. Pri takomto hypotetickom priebehu by údery na koreň nosa a oblasť ľavej lícnej kosti mohli prísť už v stave bezvedomia. Domnievame sa však, že celkový klinický obraz a CT nález na tvári svedčí pre najjednoduchší výklad, ku ktorému sa priklonil aj konziliárny neurológ: otras mozgu. Predsa to ale nevylučuje kombináciu vagovasálnej synkopy a následného otrasu mozgu ďalšími údermi.

Ďalšie diagnostické postupy

V priebehu prvých sedení okrem klinického posúdenia, ktoré svedčilo pre diagnózu posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) podľa kritérií medzinárodnej klasifikácie chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO – ICD-10),[1] sme použili aj metodiku štruktúrovaného diagnostického interview pre DSM-IV diagnostiku (podľa J. Margraf, 1994) [40]. Pri tomto diagnostickom hodnotení zo dňa 2.11.2006 bolo u pacientky zistených 9 znakov/symptómov PTSP z celkových 17 možných, pričom za diagnostický prah sa považuje 6 znakov.

Na škále IES–R (Impact of Event Scale-Revised)[41], bolo 10.11.2006 zistené celkové symptómové skóre 44 a 9.2.2007 celkové skóre 45 z maximálne možných 88. Klinické cut off skóre (hranica klinicky významnej symptomatiky) je 35.

Stupeň postihnutia podľa posudzovacej stupnice Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO-DS): pri vyšetrení 2.11.2006 a spätnom hodnotení posledných 9 týždňov na škále od 0-5, pričom 0= bez postihnutia, 5= ťažké postihnutie, je oblasť postihnutia starostlivosti o vlastnú osobu 0. t.j. bez postihnutia, v oblasti práce 2,5, v oblasti rodiny a domácnosti 1, v oblasti fungovania v širšom sociálnom kontexte 2.

Výsledok inteligenčného testu merajúceho všeobecné intelektové schopnosti – Ravenove progresívne matrice: nadpriemerná inteligencia.

Bežné klinické posúdenie premorbídnej osobnosti a osobnostného vývinu [42,43] bolo doplnené štruktúrovaným interview SKID-II [44]. Záver: nezistená žiadna premorbídna porucha osobnosti. Čiastočne splnené kritérium pre pedantnosť- v zmysle parciálnej akcentácie tohto rysu v nie abnormnej podobe a intenzite.

Pri otázkach zameraných na *rodinnú anamnézu* neboli zistené neuropsychiatrické ochorenia v pokrvnom príbuzenstve. Otec má živnosť na murárske práce, matka je úradníčka na obecnom úrade. V *osobnej anamnéze* zistený láskyplný vzťah rodičov k pacientke. Pekné zážitky so starými rodičmi. Dobrý vzťah s mladšou sestrou (je mladšia o 1,5 roka). Sestra študuje pedagogiku na vysokej škole. Pacientka má hodnotný pozitívny vzťah s partnerom. Rada sa učí na skúšky, chodí vždy dobre pripravená, podobne bola tiež dobre pripravená na skúšku, ktorú mala mať v deň prepadnutia 25.08.2006. V minulosti, po strednej škole, robila vychovávateľku – opatrovateľku dvoch detí v nemeckej rodine v Nemecku, mala s nimi pekný vzťah, písali si na sviatky, navrhovali jej, aby ostala študovať v Nemecku, boli ochotní jej v tom aj finančne pomôcť.

V predpubertálnom období absolvovala kozmetickú operáciu ušníc. Počas štúdia na vysokej škole (študuje maďarčinu a nemčinu na Fakulte stredoeurópskych štúdií UKF v N.) v jednom období trpela bolesťami v epigastriu, mala diagnostikovaný ulcus pepticum. Na jeden rok mala prerušené štúdium.

V žiadnom momente diagnostického a terapeutického procesu sme nemali dôvod pochybovať o pravdovravnosti pacientky, naopak, všetky subjektívne i objektívne informácie vrátane priamych pozorovaní počas osobných stretnutí boli v súlade a prispievali k dôveryhodnosti pacientky.

Stabilizačná fáza terapie

V každom z prvých siedmich sedení bola pacientka vedená k imagináciám s upokojujúcim potenciálom, hlavne išlo o predstavu „bezpečného miesta" a „pomáhajúcej bytosti". Bola opätovne psychoedukovaná a informovaná o nutnosti vrátiť sa neskôr k plnému uvedomovaniu si psychotraumatických situácií aj s príslušnými negatívnymi emóciami, ale v radikálne novom kontexte bezpečia. Cieľom je, aby došlo k ich spracovaniu, takže spomienky na ne by už nevyvolávali silné negatívne emócie, akoby sa trauma opäť diala v prítomnosti (pri aktivácii „horúcej pamäťovej stopy", podľa Fischer, Riedesser, 1999)[45], ale aby sa stali emočne „vychladnutými" spomienkami na udalosti v minulosti („studené pamäťové stopy"), ktoré jej už nebudú narúšať život v prítomnosti. Pomerne podrobne jej bola dopredu vysvetlená metodika expozičnej terapie formou EMDR.

V priebehu terapie vyjadrila odhodlanie k expozícii, ktorá potom prebiehala v 8.-10. sedení.

Indikácia k spracovávaniu psychotráum v životnej situácii *pretrvávajúceho ohrozenia*, v ktorej sa pacientka aktuálne nachádzala (tendencia štátnych orgánov k „prepólovaniu" reality, „prekvalifikovaniu zbitia na klamstvo", P. Zajac), bola do istej miery z odborného hľadiska kontroverzná. Ale vzhľadom na diferencovanosť pacientkinej osobnosti a jej dobrú štruktúrovanosť a inteligenciu, bolo možné subjektívne separovať líniu intrapsychickej a interpersonálnej úzdravy a líniu ponechania si zdravej opatrnosti a znižovania rizika ďalších atakov, napr. v zmysle vyhýbania sa samostatnému pohybu na verejnosti, aj keď sa v budúcnosti zbaví patologických symptómov vyhýbavého správania. Pacientka vďaka mnohým vnútorným a vonkajším (sociálnym) zdrojom rýchlo dosiahla

stabilitu potrebnú pre konfrontačnú fázu terapie, schopnosť samostatne sa upokojiť, ak došlo k rozrušeniu, odpútať sa vôľovo od traumatických spomienok, keď práve nemala kapacitu sa nimi zaoberať (mimo kontextu terapie), ako aj zachovať si kontakt s prítomným bezpečím pri spomínaní na traumatické udalosti.

Fáza konfrontácie s traumou

Spracovávanie psychotráum v 8.-10. sedení metodikou EMDR [30,14]

8. sedenie s využitím EMDR trvalo 3 hodiny 50 minút, 9. sedenie 2 hodiny 35 minút, 10. sedenie 93 minút.

Na prvom expozičnom sedení sme spracovávali psychotraumu prepadu s východiskovým reprezentatívnym obrazom, ako sa pozrie na ruky, že sú od krvi, stojí v burine, má roztrhnutú blúzku, po tom ako dostala facku, v jame (keď na to myslí, je vidieť zvýraznenú gestikuláciu, zvýšené napätie v tvári, potom stuhnuté držanie tela).

Negatívna kognícia: „Som obeť; som sklamaná, bezmocná, aj nahnevaná."

Pozitívna kognícia: „Som silná, vyrovnaná; to, čo sa stalo, je minulosť."

Emócie: nepríjemný pocit, strach.

Telesné pocity a prejavy: potenie rúk, nepríjemné teplo na chrbte, v žalúdku stiahnutie, búšenie srdca.

Pri spracovávaní psychotraumy bola použitá rytmická bilaterálna stimulácia najprv pomocou očných pohybov (20-40 kmitov v jednej sérii, tzv. „sete"), neskôr sme prešli na bilaterálnu dotykovú stimuláciu dlaní. V krátkych prestávkach medzi jednotlivými „setmi" pacientka opisovala spontánne sa vynárajúce spomienky, myšlienky, obrazy, emócie, telesné pocity.

Uvádzame tu časť záznamu z tohto sedenia (23.02.2007), v ktorom znovu intenzívne prežíva spomienky na traumu z 25.08.2006, do istej miery s pocitom, akoby sa to opäť dialo v prítomnosti. Tri bodky v prepise znamenajú štádium aplikácie bilaterálneho podnetu, kedy pacientka mlčí a pozoruje spontánny vývoj asociácií, obrazov, pocitov: „...cesta na fakultu...čudný pocit v rukách...chladno; len stromy a kríky; akoby som mala niečo na rukách, chladné nohy (hýbe pritom nohou)...raz jedna hlava, potom strom, potom zase hlava, potom ruky...stojím v tráve, je mi chladno, vidím hlavu, tvár, oči, ale aj celú tvár, ale oči sú také, svietia, pozrela som sa na ruky a mala som krvavé, nie ruky, ale prsty...bolí ma

hlava, mám studené ruky, aj nohy, prsty- asi si dám dole topánky (vyzúva sa)...bolí ma hlava, mám plnú hlavu myšlienok...chcem ísť odtiaľto preč...chcem ísť preč a neviem ako, rozmýšľam ako... tam vidím toho nižšieho, guľatá tvár, oči veľké...stojím pred ním, je mi zima, bolí ma hlava, vidím jeho ústa, že mi niečo hovorí, ale nepočujem...okolie, to miesto, presne, to miesto som videla akoby zhora, stromy, kríky, cestu... vyzujem si topánky a bežím tou cestou a spadnem a dve tváre...ruksak... žena s krátkymi vlasmi, ktorá mala ten ruksak...zase tváre, guľatá tvár, veľké oči...dostanem facku...stojí predo mnou, mám ťažkú hlavu, že mi už spadne, taká ťažká je; je mi strašne teplo...ma ťahajú za vlasy, strašne mi to - že sa neviem pohnúť, že ma to bolí a vidím ruky, vidím moje topánky, ale to už na ceste...ako látka praskne a ten moment ako ma chytia... dám dole tie veci, ktoré mi kázal, sako, pančuchy, náušnice aj vidím náušnice, mám ťažkú hlavu, mám tisíce myšlienok v hlave...ako odtiaľ von...on stojí predo mnou, kde je ten druhý? neviem, asi za mojím chrbtom, doprava nemôžem, ani doľava nemôžem...veľa myšlienok v hlave, obrazov, nie myšlienok, ale obrazov- okolie, jama, listy, stromy, kríky, že je to také zatvorené, je mi teplo a je chladno, bolí ma hlava, je mi ale do plaču... veľké oči, človek ani nemôže mať také veľké, potom ruky moje krvavé, hlava ma bolí strašne... hlavu cítim, že ma ťahajú za vlasy, nemôžem pohnúť, cesta, babu s ruksakom; nohy strašne chladné, bosé, špinavé, vidím moje nohy na betóne ako kráčam...nepríjemný pocit v nose.. akoby som mala zlomený nos... nepríjemné teplo na krku, chladné nohy... v ústach nepríjemný pocit ako železo, fuj, ako vychádzam z tej jamy a mám špinavé nechty, veľmi, veľmi špinavé...nechty sú odporne špinavé...strašne chladno na nohách, chladné ruky, spolužiačky... niečo mi hovoria a zase nepočujem, všetci pozerajú na mňa...dostanem facku... tu ma štípe niečo...asi som si rozhrýzla pery...lebo cítim, že to štípe...tu, takto ...tá facka, tú facku nevidím, ale cítim, nepríjemné, niečo nepríjemné v ústach, asi je to krv...chytia ma za ruky a snažím sa brzdiť podpätkami, ale sú silní...ten s krátkym krkom stojí predo mnou a ten vysoký neviem kde je, určite za mojím chrbtom...len tam stojím... rozmýšľam...chcem niečo robiť a rozmýšľam...a nič mi nenapadá... bezmocnosť... nemôžem ani doprava ani doľava...je mi do plaču, myslím na to, že radšej neplakať, že to bude lepšie (má plačlivý hlas, slzy v očiach)... cítim búšenie srdca, až v hlave a som, som strašne v strese a furt len pozerám, že ako odtiaľto von... stojí tam a tam nemôžem ísť... myslím na to, že keď ma chcú znásilniť, budem sa brániť a ... strácam stabilitu a padnem na zadok... niečo tu v podbrušku na ľavej strane... nejaká bo-

lesť, také, také nie veľmi silné, len je mi zle... počujem, že na Slovensku po slovensky, taký hlboký hlas, mužský... myslím na to, že odhodím kabelku, lebo určite chcú kabelku... ale už sú vedľa mňa...chcem byť kľudná lebo možno, že to pomôže, že zostanem kľudná, zase ten istý hlas, že kam idem...že na fakultu na skúšku...počujem, že dneska už nikam nepôjdeš...a zrazu mi je veľmi, veľmi nepríjemne teplo okolo srdca a cítim, že to ide do hlavy, stiahol sa mi žalúdok, začali sa mi triasť ruky, cítim bolesť na hlave...ťahá moje vlasy, že nič iné nevidím len stromy a nebo, neviem sa pohnúť, lebo ma držia a snažím sa brzdiť topánkami tak silne ako len môžem...neviem ako sa dostať z toho von...keby som kričala, možno by tam niekto bol, či môžem zakričať, či nie...(slzy v očiach), potom sa rozhodnem, že radšej nezakričím, dám im všetko, čo mám...mám veľa peňazí v peňaženke, vyše dve tisíc korún, keď im to dám, určite ma nechajú na pokoji...stojím tam, je tam veľa smetí, chcem povedať, že mám peniaze, že im to dám, som v takom strese, že mi nenapadajú slová po slovensky (slzy) a zase počujem, ako mi roztrhnú blúzku...to je ten pocit, keď slzy uschnú na tvári, teraz som nič nevidela, len to som cítila, že mám taký istý pocit, že sú to slzy, uschnuté slzy... vidím tam baby... Štefi ku mne príde a, a, hladkajú ma a plačem, nič neviem povedať... sanitku som videla, že tam som už mala dobré pocity, určite som dostala niečo (dostala diazepam injekčne – pozn. J.H. a H.V.), taká kľudná som, bolí ma ešte hlava, ale som taká kľudná..."

V tomto štádiu už klesol stupeň subjektívnej záťaže, SUD, z 9 na 3.

V ďalšom priebehu EMDR sa objavuje emócia odporu, hnevu, hnusu. Spomenula si, ako jedného z nich videla následne v televízii. Neskôr pocit únavy, smútku. Pokles subjektívne pociťovanej záťaže (SUD) na 1-2. Pri relaxácii a imaginácii bezpečného miesta sa cíti už uvoľnená, stratila sa bolesť hlavy, ruky a nohy sú teplé, uvoľnenie pretrváva aj po ukončení relaxácie. Z hľadiska typológie priebehov spracovávania psychotraumy pomocou metodiky EMDR sa u pacientky jedná prevažne o asociačný priebeh (typológia podľa Hofmann, 2006)[14].

9. sedenie sa posunulo o týždeň neskôr, než bolo dohodnuté. Subjektívne údaje: cestou na sedenie pred týždňom sa im pokazilo auto po tankovaní na benzínovej pumpe. Inak týždeň sa cítila voľnejšia, menej znepokojujúcich myšlienok a predstáv. Matka pacientky, pani Irena Malinová, ktorá bola prítomná na začiatku sedenia, uvádzala, že dcéra je už vyrovnanejšia. Druhý týždeň pred sedením však pacientka mala nepríjemný zážitok: v meste N. pred internátom na ňu dvaja holohlaví chlapci

z auta kričali „Hedviga, Hedviga... k...!“ Už sa mala dobre, písala terapeutovi SMS, že sa má výborne a zase sa stalo niečo také. „Zhodou okolností“ došlo aj k vniknutiu do bytu a zastrašovaniu v autobuse po sedení, v ktorom sa dokázala podstatne upokojiť a poslala SMS, že sa jej darí navodzovať si upokojujúce imaginácie bezpečného miesta (predstavovala si izbu priateľa), ako dostala za „domácu úlohu“. Keď sme sa dozvedeli o psychotraume z vniknutia do bytu a jazdy autobusom, uvedomili sme si, že terapeutický proces môže byť závažným spôsobom hatený rôznymi formami zastrašovania, pričom vôbec nie je jasné, ako ďaleko môže ohrozovanie zájsť.

V priebehu sedenia sme sa znova vrátili k zbytkom psychotraumy z prepadnutia. Stupeň subjektívnej záťaže (SUD) pri predstave scény prepadu sa ešte pohyboval na úrovni 1-2 na škále od 0 do 10. Pokračovali sme v spracovávaní spomienky pomocou EMDR. V priebehu viacerých „setov“ EMDR (dotyková stimulácia) sa objavila emócia hnevu, „Neviem prečo práve ja, prečo práve mne sa to stalo...aj som smutná z toho.“ Potom pocit, že je zbytočné sa hnevať „...pocit prázdnoty, akoby som vysypala všetky hnusy, čo mám, som unavená a prázdna... pohodová únava...“ Miera záťaže prechodne stúpla na 2-3. Po desenzitizácii nemala pacientka žiadne zbytky napätia, na SUD škále udávala 0=bez záťaže. Pozitívnu kogníciu: „Ja som silná. Som vyrovnaná. Čo sa stalo – je to minulosť“ postupne začala subjektívne pociťovať ako plne platnú aj v spojitosti s udalosťou prepadu. Subjektívnu platnosť meranú na škále VoC (=Validity of Cognition Scale) od 1 do 7, pričom 1=vôbec neplatí, 7=plne platí, opakovane udáva 7.

Na záver sedenia, po relaxácii s imagináciou bezpečného miesta, sa cíti výborne, „som taká ľahká... cítim sa výborne, fakt!“

Na 10. sedení pacientka referovala, že dobre spáva; dokáže sa sústrediť na učenie „skoro ako predtým“. Udávala, že už spomienky na výsluch nie sú zaťažujúce, „Je to preč, vtedy tam som bola nahnevaná, ponížená..., ale už je to preč.“ Pri tomto policajnom vyšetrení vtedy pochopila, že ju neberú ako obeť násilia, ale ako páchateľku a tí dvaja útočníci sú v podstate akoby chránenci polície. Spomínala si, že jeden policajt jej medzi štyrmi očami povedal: „Dievča, či klameš alebo hovoríš pravdu, je to jedno aj tak si v p.....“

Zostávala ale ešte nervozita pri spomienke na vniknutie cudzích do bytu a na cestu autobusom. Zamerali sme sa na spracovanie tohto zážitku pomocou EMDR.

Najviac zaťažujúci obraz: „Sedím v autobuse, vedľa mňa sedí tá pani a pozerám sa na fotky z bytu... auto zospodu?“

Negatívna kognícia: „Zase som obeť, chcú ublížiť nielen mne, ale aj Peťovi“.

Pozitívna kognícia: „Chcú mi znepríjemniť život, je to hra, ale ja to zvládnem, určite sa to raz skončí dobre“ (VoC=4).

Emócie: nahnevaná, sklamaná, „...kedy sa to skončí?...“, nervozita (SUD 3-4)..

Telesné pocity: nepríjemné teplo okolo žalúdka, stres, teplo aj na tvári, ušiach.

V priebehu spracovávania pomocou EMDR (s využitím dotykovej bilaterálnej stimulácie) sa rozbieha tok spomienok, predstáv, pocitov znovuprežívania udalosti a objavujú sa aj nové postoje: „...všetko pootvárané... čo to má znamenať, čo sa stalo... sedím v autobuse a vidím tie fotky... teraz mi je strašne teplo, nepríjemný pocit, neviem, neviem, čo mám robiť, zakričať alebo byť potichu alebo niečo jej povedať, čo by bolo najlepšie?... najradšej by som vystúpila z autobusu... tisíc myšlienok.... ako to riešiť... neviem či mala niečo pri sebe, či by chcela ublížiť... mohla by mať nôž pri sebe, keby som zakričala, neviem čo by spravila... veľký problém a neviem, ako z toho von, ako to riešiť?...bezmocnosť... zavolám Petrovi, aby nesadal do auta, nikam nešiel a ony vystúpia a ja nemôžem zavolať...už vôbec neviem, čo mám robiť... bežím na fakultu... nejakého známeho, kto by mi požičal mobil...zavolať, aby nesadal do auta...obava, že by mal výbušninu v aute...čo keď je už neskoro...strašne studené ruky, pritom nepríjemné teplo okolo žalúdka a zimomriavky na chrbte...myslím, že sa zbláznim...mobil nefunguje...(SUD stúplo zo 4 na 7)...obraz, že sedím v autobuse a vidím tie fotky, teraz som aj nahnevaná, vtedy som nebola nahnevaná...pocit, že mi praskne hlava...strašné teplo v hlave, strašné teplo a pocit, že sa hneď zbláznim, že to neuvládzem, že to už je veľa... pokúšam sa na to pozrieť zhora... strašne veľký hnev aj odpor a hnus, že čo je niekto schopný urobiť niekomu druhému; som nahnevaná strašne... tá bezmocnosť sa mieša s tým hnevom.. únava a hnev... únava je silnejšia... myslím na to, že sa to môže zopakovať hocikedy (nepokojne hýbe nohami)... cítim len hnus... už ma nebolí hlava... trochu smiešne...keď myslím na ne (tie dve ženy v autobuse), vidím seba, ako stojím hore a ony sú podo mnou a to čo spravili, je veľmi dole, pod úrovňou... cítim hrdosť a energiu alebo vyrovnanosť, asi, že je to také smiešne a detské... pokoj, vyrovnanosť, taký pocit sebaistoty, absolútny pokoj... viem, že ma chceli zastrašiť... sa im to nepodarilo, ale teraz je

to už smiešne, čo robili...čo chceli tým dokázať, že sa zbláznim, alebo že spácham samovraždu?... cítim silu v sebe, že by som mohla bežať maratón...teraz príjemné teplo (SUD=0). ...celé telo."

Telový test: pri navodení si najhoršej predstavy reprezentujúcej udalosť v spojení s pozitívnou kogníciou pacientka naďalej cítila pohodu, energiu, SUD = 0, VoC=7. Teda optimálne spracovanie.

V ďalšom rozhovore pacientka spomínala, že jej priateľ istý čas nemohol v tom byte spávať, ale teraz už je to v poriadku. Nejaký policajt mu povedal, že je to nejaká „hra" s nimi (teda s Hedvigou a Petrom).

Na týchto troch sedeniach s EMDR sa podarilo spracovať všetky traumatické spomienky, ktoré produkovali aktuálnu záťaž a posttraumatické symptómy. Naplánovali sme ďalšiu fázu liečby s fokusom na zvyšovanie odolnosti, zvládanie ďalších možných stresorov, napr. v podobe obviňujúcich, znevažujúcich vyjadrení vysokých predstaviteľov štátu (premiéra, ministra vnútra, policajného riaditeľa a ich hovorcov, generálneho prokurátora), dezinformácií v médiách, slovných útokov na verejnosti, rizika fyzického útoku. Do pozornosti sa dostal aj problém, ako emocionálne zvládať prejavy ustarostenosti a trápenia sa blízkych ľudí kvôli problémom, do ktorých sa dostala nie vlastnou vinou.

Fáza integrácie a ďalšieho rozvoja

Sedenia 11. – 25. boli zamerané na upevnenie a prehĺbenie dosiahnutého terapeutického výsledku, na zvyšovanie emočnej stability a odolnosti, zvládanie možných ďalších stresorov a schopnosť zastavovať, rozpúšťať prípadné stresové reakcie organizmu.

S týmito cieľmi bola pacientka zaučovaná do základného stupňa autogénneho tréningu (AT) podľa J. H. Schultza [46]. Robila v tom výborné pokroky a metódu si pochvaľovala.

Po zvládnutí základného stupňa autogénneho tréningu (postupne všetkých 6 krokov), bola zaučená do vyššieho stupňa autogénneho tréningu, meditačno–imaginatívnych cvičení striedavo s fokusovaním alebo bez fokusovania určitej témy (tento variant je vlastne veľmi blízky metodike mindfulness[96] (slovenský ekvivalent nie je ešte ustálený, môžeme hovoriť o plnom uvedomovaní alebo všímavosti). V základnom stupni AT cítila pri cvičení pokoj, pohodu, príjemne ťažké a teplé ruky a nohy, pokojný pulz, dýchanie, príjemný pocit v bruchu, voľnú hlavu. V rámci terapeutických sedení sme používali množstvo intervencií so zameraním

na upevňovanie sebavedomia, sebaúčinnosti [47]. Ďalšou stratégiou bolo imaginatívne modelovanie možných budúcich „katastrofických" situácií a ich zvládania. Bola vedená k tomu, aby nečítala internetové diskusie o jej osobe a prípade (našli sa tam brutálne agresívne obsahy). Túto inštrukciu dostala podobne aj pacientkina mama. (Mame spôsobovalo čítanie slovných útokov na dcéru napätie a nespavosť. Prechodne sme jej, mame, odporučili hypnotikum na noc.)

Vzhľadom na graviditu bola pacientka inštruovaná, aby naďalej využívala upokojujúci a antistresový účinok autogénneho tréningu, meditovala kontakt s plodom, dostala návod, ako využiť autogénny tréning počas pôrodu, aby sa zvýšila pravdepodobnosť hladkého a prirodzeného pôrodu (tým, že sa odbúrajú negatívne emócie, ktoré by mohli rušiť regulačné endokrinné mechanizmy uplatňujúce sa pri pôrode). Dobre zvládla i to, že na YouTube sa objavilo video, ako policajt útočí a strieľa na figurínu označovanú ako Hedviga. Tehotenstvo i pôrod prebehli bez komplikácií, hladko.

Ukončenie terapie

Po spracovaní psychotráum bol stav pacientky dobrý, hodnotenie klinickým odhadom bolo v súlade aj s výsledkami diagnostických a posudzovacích nástrojov.

V marci 2007 boli symptómy PTSP už takmer neprítomné, takže podľa MINI DIPS[40] už nespĺňala pacientka diagnostické kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu. 16.3.2007 v IES-R (Impact of event scale – revised=škála vplyvu udalosti)[41], mala celkové skóre len 8 a 23.3.2007 kleslo na 4 (z maximálne 88 možných; pred terapiou mala skóre 44). Aj stupeň postihnutia vyhodnocovaný 16.3.2007 (WHO-DS) klesol vo všetkých položkách na 0, t.j. „bez postihnutia". Podarila sa jej zmysluplná integrácia prežitých psychotráum ako udalostí do svojho života.

Po skončení terapie pôsobili pani Hedviga Žáková-Malinová so svojím manželom Petrom a dcérou Emmou (nar.2008) pri neformálnej návšteve terapeuta spokojne a šťastne, láskyplne navzájom komunikovali, dieťa po osmelení zvedavo skúmalo lekársku pracovňu a veci v nej. Pani Hedviga hovorila s dcérou maďarsky, otec slovensky. Manželia sa tak dohodli, aby si dcérka dobre osvojila obidva jazyky, primárny jazyk matky a primárny jazyk otca.

Poznámka. V priebehu terapie boli realizované aj krátke poradensko - terapeutické intervencie u matky, otca a priateľa (t.j. nastávajúceho manžela), pretože boli tiež vystavení veľkej záťaži a pocitom úzkosti a bezmocnosti.

Záverom k diagnostike a katamnéze

Aj pri spätnej analýze všetkých medicínskych nálezov ako aj a údajov z výpovedí pacientky, množstva detailov, ktoré poskytla, sa ukazujú logické súvislosti objektívnych a subjektívnych údajov. Diagnózu posttraumatickej stresovej poruchy podľa WHO-ICD-10 a DSM- IV, APA považujeme u nej za dostatočne potvrdenú a platnú. Pri priamom pozorovaní správania pacientky počas sedení v priebehu diagnostiky a terapie sa manifestovali detaily a objektívne pozorovateľné javy, ktoré jasne svedčia pre dôveryhodnosť pacientky (pri komplexnom hodnotení berieme do úvahy nielen obsah slov, ale aj mimiku, mikromimické prejavy, spojivky, zreničky, hlas, pohyby rôznych častí tela, telesné pocity, kontexty, časové sledy, atď.).

Pri telefonickej *katamnéze* 06.10.2010 pri neštruktúrovanom rozhovore doplnenom cielenými otázkami som zistil (J.H.), že pani Mgr. Hedviga Žáková-Malinová sa cíti úplne zdravá, netrpí žiadnymi symptómami, pre ktoré sa ambulantne liečila, nemá zážitky mimovoľne sa vracajúcich spomienok na psychotraumy, cíti sa šťastná. V roku 2008 obhájila titul „Mgr." V diplomovej práci sa zaoberala slangovými výrazmi v maďarskom jazyku, ktorých pôvod je v slovenčine. Rieši bežné rodinné problémy súvisiace so starostlivosťou teraz už o dve deti, dcéra má 2,5 roka , syn 3 mesiace, obe deti sú zdravé. Aj druhé tehotenstvo, až na prechodnú pyrózu, znášala dobre, aj pôrod prebehol hladko. Opäť využívala autogénny tréning. Manžel pracuje naďalej v pôvodnej firme. Mama jej podľa potreby, ale i spontánne vypomáha so starostlivosťou o deti a domácnosť. Otec Hedvigy (stavbár) sa rozhodol postaviť mladej rodine dom. Keďže sa rada učí cudzie jazyky, začala sa učiť anglicky. Citlivá býva na tému, keď má hovoriť o trápení svojom a svojej rodiny, ktorým prešli, obvykle je vtedy niekoľko hodín ustarostená, ale vie sa preladiť a zamerať na záležitosti bežného života. Znepokojujúco na ňu pôsobí tiež pomyslenie, že prípad stále nie je spravodlivo doriešený (už 5 rokov!), stále je tresne stíhaná a vlastne ani nevie za čo. Chápe politické súvislosti, ktoré pôsobia v jej „kauze", ale ona chce mať už od toho všetkého pokoj.

Za pozitívum pokladá, že poznala ľudí, ktorých si môže vážiť a tiež, že viac chápe, o čom všetkom je život, individuálny i spoločenský. Má pocit, že má po tých štyroch rokoch toľko životných skúseností ako 50 ročný človek, pričom ona má len 27 rokov.

Diskusia

K diagnóze

Diagnostikovanie PTSP nepovažujeme za náročné, pokiaľ diagnostik pamätá na problematiku hanby, viny a strachu zo silných emócií, ktoré by sa pacientovi mohli aktivovať. Strach z nich, ale aj ony samotné môžu blokovať pacienta v opise, čo sa mu vlastne stalo a čím trpí. Obaja sa už viac rokov venujeme psychotraumatológii a máme pomerne dosť skúseností s diagnostikou i terapiou traumatogénnych porúch.

V prípade našej pacientky sme však museli byť zvlášť opatrní a ostražití a myslieť aj na možnosť simulácie, arteficiálnej poruchy, poruchy osobnosti, ba dokonca sme museli myslieť aj na možnosť, že by mohla byť agentkou nejakej tajnej služby. Boli tu predsa tvrdenia polície, že „skutok sa nestal", teda že klame. Pred médiami vystúpil premiér vlády (R.F.), minister vnútra (R.K.) a policajný prezident (J.P.) a sugestívne informovali slovenskú verejnosť, že „skutok sa nestal" a s emočným nasadením uvádzali viaceré argumenty. Tie sa neskôr ukázali ako prekrútené alebo až falošné a selektívne, ignorovali fakty, ktoré svedčili pre to, že skutok sa stal. Spoločensko-politický kontext a dianie v kauze Hedviga sú zachytené v knihe „Národný populizmus na Slovensku a slovensko-maďarské vzťahy" [48,75] a prehľad kauzy podáva novinárka M. Vrabcová [38,39]. Celkové spoločensko-politické dianie na Slovensku v rôznych segmentoch spoločnosti je dôkladne zachytené v súhrnných správach o stave spoločnosti, ktoré vydáva Inštitút pre verejné otázky vedený sociológom Martinom Bútorom a politológom Grigorijom Mesežnikovom [49,50,51,79]. Prakticky všetky nejasnosti, ktoré sme z mediálnych vystúpení štátnych predstaviteľov mali, sa nám ujasňovali v rozhovoroch s pacientkou. Narastal v nás pocit, že pacientka je dôveryhodná, seriózna, symptómy, ktoré spontánne opísala a ďalšie, ktoré sme získali exploráciou, jasne svedčili pre PTSP. Podmienkou pre túto diagnózu ale je zážitok psychotraumatizujúcej udalosti. Jej opis prepadnutia pôsobil úplne dôveryhodne. Viac než inokedy sme si všímali v aktuálnych kontextoch každý

mimický pohyb, oči, zreničky, spojivky, kožu na tvári, pohyby rúk, nôh, celého tela, pýtali sme sa v rôznych kontextoch na telesné pocity, skúmali sme aj svoje pocity (ktoré by mohli odrážať naše nevedomé vnímanie mikromimických pohybov)[71,72]. Náš záver: opisovala nám veci, tak ako si ich zapamätala, ktoré skutočne prežila a ktoré ju zjavne viac či menej ovplyvňovali i v prítomnosti.

A naviac boli tu fotky tváre tesne po prepadnutí, CT potvrdzujúce opuch ľavej zygomatickej (=lícnej) oblasti a koreňa nosa, čo je v zhode s lokálnym nálezom na tvári, ako ho opísal ošetrujúci traumatológ. Niektoré tieto tvrdé dáta sme získali až neskôr v priebehu diagnostiky a terapie. V priebehu celej diagnostiky a terapie sme si kládli po skončení sedenia otázku, či sme zaznamenali niečo, čo by svedčilo proti pravdovravnosti našej pacientky, resp. čo by bolo v rozpore s našimi poznatkami a hypotézami. Nič také sme neobjavili. Naopak. Množili sa naše poznatky o snahe polície a neskôr aj prokuratúry prekrúcať realitu v línii „skutok sa nestal", čo sa prejavilo aj v súdnoznaleckom lekárskom posudku (od MUDr. Š. K.) na žiadosť polície a neskôr na žiadosť prokuratúry (Prof. MUDr. P. L.).

Proti simulácii, agravácii alebo arteficiálnej poruche[74] u našej pacientky tiež svedčí, že opisovala udalosti krátko a vecne, zjavne sa obávala silných emócií, k detailom a silným emočným prejavom sme sa dostali až pri spracovávaní traumy expozíciou, ktorá bola pre pacientku značne zaťažujúca. Všimli sme si určitú tendenciu k dissimulácii, ktorá bola o. i. spojená s tendenciou nezaťažovať svojich blízkych a vôbec druhých ľudí svojimi trápeniami.

Aby sme zvýšili pravdepodobnosť, že pacientka nám bude hovoriť pravdu, hneď na začiatku sme ju informovali o našom zásadnom postoji a pevnom záväzku, že všetko, čo nám povie, budeme považovať za lekárske tajomstvo, tak ako nám to aj prikazuje zákon a že bez jej vedomia a súhlasu nebudeme v žiadnom prípade nikoho ďalšieho informovať. Ani políciu, žiadne štátne orgány, ani rodičov, priateľa, dokonca ani jej advokáta. A aby nás upozornila, ak niečo nemáme dávať ani do svojej dokumentácie. Neskôr sa ukázalo, že je v záujme jej bezpečia, aby sme všetky informácie, ktoré sme od nej získali, s jej súhlasom zverejnili.

K rizikovým a protektívnym faktorom

Pri prvej i tretej psychotraume Hedvigy (prepadnutie a vniknutie do bytu) sa nám javí ako najrizikovejší faktor pre PTSP *typ udalosti* a jej

intenzita, pričom pacientka *strácala kontrolu* nad dianím, cítila sa v určitých okamžikoch úplne *bezmocná a zúfalá* , keďže bola cca 15-20 minút v bezvedomí v súvislosti s otrasom mozgu a potom si našla krv na nohavičkách, nemohla vedieť, čo s ňou robili útočníci, či nebola aj sexuálne zneužitá. Téma hnusu a zašpinenosti sa objavovala aj v terapeutickom procese. Ďalším rizikovým faktorom pre vznik PTSP u Hedvigy zrejme bola kognitívna nepripravenosť na takýto typ útoku (ponižovanie kvôli materinskému jazyku, fyzické násilie, ktoré poraňuje telo a nie je jasné kam až zájde, lúpež, neistota ohľadom diania počas bezvedomia). Jej výchova a vzťahy v rodine vyústili do postoja, že ľuďom možno dôverovať, že nepripadá do úvahy, že by jej niekto chcel zámerne ubližovať, či ju ohrozovať. To, že traumatogénna symptomatika po prvej psychotraume spontánne neodznela, bolo zrejme zapríčinené obrátením sa policajtov proti nej a neskôr zastrašovaním, napr. hrozbou zlikvidovania priateľa, ako aj hostilnými informáciami z médií a internetových diskusií. Otázne je, do akej miery sa na rozvinutí symptomatiky podieľali benzodiazepíny podávané v dobrej viere v akútnej fáze po prepadnutí, keďže v literatúre sa objavujú nálezy svedčiace pre ich nepriaznivý vplyv na celkový priebeh (aj keď v akútnej fáze prispejú k upokojeniu)[80].

Ostatné faktory boli priaznivé. Mala oporu v rodine a u priateľa (náš klinický odhad: rodičia, pacientka i jej priateľ majú bezpečný typ vzťahovej väzby), nezažila odlúčenie od primárnych vzťahových osôb v prvých rokoch života, netrpela pred udalosťou nijakými psychickými poruchami (ak nepočítame epizódu vredovej choroby), nebola pred udalosťou traumatizovaná. Jej osobnosť bola stabilná a diferencovaná, mala dostatok zážitkov úspešnosti, sebaúčinnosti. Nevieme samozrejme nič o prítomnosti či neprítomnosti rizikových génov. Vzhľadom na rodinnú anamnézu a priaznivý priebeh úzdravného procesu aj napriek pretrvávaniu vonkajších stresorov a ohrození však tipujeme malú alebo žiadnu účasť rizikových génov. Pre dobrú premorbídnu odolnosť tiež svedčí, že napriek masívnym a pretrvávajúcim stresorom, symptomatika PTSP nebola vyhrotená do maxima. A napriek existujúcim symptómom ani stupeň postihnutia v rôznych oblastiach života nebol paralyzujúci.

Problematika terapeutického vzťahu a pracovného spojenectva

Rozvinutie vzťahu dôvery s pacientkou fungovalo optimálne. Náš zvedavý záujem sa kombinoval s ľudskými sympatiami voči osobe pacientky.

Naša slovenská národná identita nás nijako neblokovala v našom pozitívnom *protiprenose* voči pacientke maďarskej národnosti žijúcej na Slovensku. Skôr naopak. Máme silnú identitu slobodných občanov. Primitívny nacionalizmus a populizmus vtedajšej vlády R.F. sme vnímali ako ponižujúci pre naše tiché vlastenectvo, cit pre ľudské a občianske práva a slobody. Ako sa potvrdzovala jej dôveryhodnosť, prispievalo to k stabilizovaniu nášho pozitívneho protiprenosu a k tendencii pomôcť jej redukovať symptómy PTSP alebo sa ich úplne zbaviť. Náš pozitívny konkordantný protiprenos [24] nám umožňoval empatizovať s celým spektrom pacientkiných emócií: úzkosťou, bezmocnosťou, pocitom straty kontroly nad svojím životom, obavami z budúcnosti, ale i s hnevom, hnusom, pohŕdaním a túžbou po normálnom živote a bezpečí.

Od začiatku sme si uvedomovali aj možné *prenosové* riziká zo strany pacientky. Totiž, že by terapeut mohol byť vnímaný ako „potenciálny agresor, narušiteľ posvätných hraníc, nedôveryhodný zradca, vyšetrovateľ alebo sudca, kontrolór, indiferentný svedok a potenciálna obeť pacientkiných agresívnych impulzov“ [26]. Aj z tohto hľadiska sa nám zdalo vhodné, keď budeme na sedeniach traja, okrem terapeuta (psychiatra a psychoterapeuta) aj koterapeutka (klinická psychologička a psychoterapeutka), ktorá realizovala niektoré psychodiagnostické testy a pôsobila aj ako prevažne pasívna zapisovateľka. Tým sa zväčšovala aj naša kapacita pre reflektovanie procesov pri diagnostike a terapii.

To, že sa hore zmienené prenosové riziká nemanifestovali a nekomplikovali nám terapeutický proces, je zrejme dané pacientkiným silne vyvinutým zmyslom pre realitu, dobrými vzťahovými skúsenosťami v detstve (s rodičmi, starými rodičmi, sestrou), dobrým vzťahom s partnerom a dobrou skúsenosťou s advokátom, ktorý jej po konzultácii s naším kolegom odporučil vyšetrenie a prípadnú terapiu u nás.

Celkový štýl komunikácie pacientky s nami svedčil pre premorbídne bezpečnú vzťahovú väzbu so schopnosťou obrátiť sa na kompetentného druhého o pomoc, oporu, radu, terapiu a optimálne ich zužitkovať pre svoje dobro. Druhého pritom vníma celostne ako kompletnú ľudskú bytosť aj s jej reálnou rolou, a nie ako parciálny objekt.

Nazdávame sa, že sme sa dokázali uchrániť pred problematickými intenzívnymi protiprenosovými reakciami ako je napr. hostilita, zahltenosť emóciami a bezmocnosť, indiferentnosť alebo nadmerná snaha „zachraňovať“ pacienta [26,25]. Emocionálne najnáročnejšie pre nás bolo vydržať viachodinovú konfrontáciu s negatívnymi emóciami pri expozičnom spracovávaní prvej traumy – samotného prepadnutia, keď dlho

neprichádzala úľava. Nakoniec sa dostavila. Emocionálne náročné bolo tiež pre nás zvládnutie tretej hlavnej psychotraumy- vniknutie do bytu a ohrozenie partnera. Zlosť na páchateľov, resp. organizátorov v pozadí, politikov zneužívajúcich moc, sa u nás miešala s realistickými úvahami ako urýchliť liečbu tak, aby došlo k úľave od symptómov, ako zvýšiť odolnosť pacientky v prípade ďalších zastrašovacích akcií. Vyhodnocovali sme náš nápad informovať verejnosť o našich zisteniach a do akej miery by to mohlo chrániť pacientku pred ďalšími útokmi a do akej miery by sme sa sami vystavili riziku. Nášmu rozhodnutiu sa pre „občiansku guráž"[52,76] napomohlo tiež, že sme sa mohli oprieť o biopsychosociálny model zdravia, choroby a liečby [53,54,55] a tiež o postoje našich blízkych. Facilitujúci faktor bola tiež známosť s viacerými publicistami, intelektuálmi a v neposlednom rade profesionalita a občianska guráž Hedviginho právneho zástupcu JUDr. Romana Kvasnicu.

Aby sme predišli riziku rozvinutia prehnane idealizujúceho prenosu voči terapeutom spojeného s rizikami neskorších sklamaných nadmerných očakávaní, zdôrazňovali sme pri rôznych kontextoch jej vlastné sebaúzdravné sily a zdroje, o ktoré sa môže oprieť a ktoré sme u pacientky či už tušili alebo priamo identifikovali. Cielene sme podporovali jej zážitky sebaúčinnosti (selfefficacy). Upozorňovali sme aj na väčší význam jej kvalitného advokáta pre vývoj kauzy, než nás terapeutov.

Sústredenú pozornosť sme venovali aj jej rodine a priateľovi. Uvedomovali sme si ich veľkú záťaž a ich význam pre stabilitu Hedvigy. Na začiatku sedenia sme sa im aspoň pár minút venovali v spoločnom rozhovore. Ich spolupráca bola výborná.

V širšom kontexte zohrala určitú motivačnú rolu u nás aj frustrácia z pretrvávajúcich postkomunistických neduhov vo fungovaní našej spoločnosti, ich tolerovanie veľkou časťou spoločnosti. Tiež frustrácia z nedostatočného reflektovania štátom organizovaných alebo zakrývaných zločincov od vojnového Slovenského štátu, napr. prenasledovanie, okrádanie a podiel na vyvražďovaní Židov [56], zločinov komunistického režimu, napr. vykonštruované súdne procesy, cenzúra, okliešteniе občianskych slobôd[57,58], až po postkomunistické porušovanie občianskych a politických práv a slobôd, napr. únos syna prezidenta M. Kováča, vražda R. Remiáša, arogantne označované vtedajším premiérom V.M. ako „samoúnos" a „samovznietenie auta" a následné amnestovanie páchateľov a zastavenie procesu vyšetrovania, zmarené referendum, atď. [59]

Terapeutické intervencie

Po ujasnení pracovnej diagnózy sme pacientku opakovane a z rôznych aspektov edukovali o logike symptómov, poruchy, o možnostiach narábať s nimi, terapeutických možnostiach, spontánnych priebehoch atď. Prijala náš návrh postupovať pomocou psychoterapie bez farmakoterapie, nakoľko s ňou máme dobré skúsenosti, keď sa jedná o traumatizáciu v dospelosti. Ako stabilizujúce intervencie sme využívali dôkladný nácvik sebaupokojovania pomocou imaginácie (bezpečné miesto, pomáhajúce bytosti atď.), ktoré sme zaraďovali aj na záver každého sedenia.

V každom sedení sme sa úplne transparentne dohodli, na čom a ako budeme pracovať. Pacientke sme zdôraznili , že k expozícii pomocou EMDR prejdeme, až keď sa sama bude cítiť na to dosť silná a že konfrontáciu môže kedykoľvek prerušiť zdvihnutím ruky, čo budeme okamžite rešpektovať ako signál, že je potrebná pauza alebo preladenie na upokojenie. Tak často, ako to bolo prirodzene možné, sme jej signalizovali (verbálne a neverbálne) porozumenie a empatiu. Ponúkli sme jej možnosť vyjadriť sa nemecky (študovala nemčinu) alebo maďarsky (jej materinský jazyk), ak by mala problém nájsť slovenský výraz. Prípadné maďarské slová si poznačíme foneticky a potom dodatočne zistíme ich význam. Aj keď túto ponuku nikdy nevyužila, zdala sa nám vhodná ako prejav tolerancie a úcty k jej kultúrnej a národnej identite. Považovali sme za dôležité, aby sme vytvorili bezpečný rámec v terapii, čo najradikálnejšie odlišný od traumatickej situácie (pred útokom počula: „Na Slovensku po slovensky!“).

Neskôr sa ukázalo, že aj formulky AT používala v slovenčine, i keď sme ju nabádali, aby si ich preložila do maďarčiny. Brali sme to ako známku dobrého terapeutického vzťahu a ako jej schopnosť negeneralizovať negatívny postoj na Slovákov vo všeobecnosti, čo bolo dôležité i s ohľadom na to, že jej priateľ a neskôr manžel je Slovák.

Spracúvanie psychotraumy pomocou expozície, ak pretrváva reálne ohrozenie, sa v psychotraumatologickej literatúre považuje za relatívne kontraindikované [30,14]. S touto pacientkou sme si ale na to trúfli, predpokladajúc, že sa podarí vypracovať jasné rozlišovanie: na jednej strane zbavenie sa symptómov podmienených psychotraumami v minulosti, na druhej racionálne realistické vyhýbanie sa rizikám nových traumatizácií. Bolo tiež kľúčové, aby pacientka bola schopná odpútať sa od starších traumatických spomienok v situácii, keď sa objavili nové stresory. Ukázalo sa, že tento plán bol pre obe strany zvládnuteľný.

Terapeutický setting a proces

Keď sme s pacientkou dohodli cca 15 sedení, spravidla v trvaní 90 minút, uvažovali sme v začiatočnej fáze o týždenných intervaloch, hlavne v štádiu EMDR expozície. Ale na expozíciu sme si rezervovali viac hodín na sedenie, aby sme stihli natoľko redukovať negatívne emócie, že nebude dochádzať k exacerbáciám symptomatiky medzi sedeniami. Tieto viachodinové expozičné EMDR sedenia sa nám výborne osvedčili, pacientka pri nich prejavila odhodlanie a vytrvalosť. Námaha sa vyplatila. Po každom expozičnom sedení sme zaznamenávali výrazné zlepšenie stavu.

Oproti plánu bola ale realita iná, čo sa týka intervalov medzi sedeniami. Študijný program na fakulte a problém dopravy na vzdialenosť vyše 127 km spôsobili, že niektoré intervaly boli viactýždňové a v druhej polovici terapie sme už viactýždňové intervaly volili zámerne.

Ešte poznámka k procesu. Hofmann[14] rozoznáva 6 foriem priebehov spracovania psychotraumy v EMDR sedeniach. *Asociatívne* (vynárajú sa reťazce rôznych, prevažne spomienkových asociácií, časový sled nemusí zodpovedať reálnemu deju), *imaginatívne* (prebiehajú spontánne imaginácie) *a blandné* (prázdne, navonok bez výraznejších zmien). Tieto tri formy spracúvania považuje za výhodné. Problematická, ale aj výhodná, môže byť *abreakcia* a vyslovene problematické je *zaplavenie* (intenzita emócií prekročí kapacitu pacienta spracovávať informácie a stratí sa pozícia pozorovateľa) a *zacyklenie* (dlhšie sa opakujú rovnaké odpovede, proces nevedie k redukcii zátaže). U Hedvigy bolo v popredí asociatívne spracúvanie, krátke zaplavenie sa dalo dostať pod kontrolu ego-posilňujúcimi a pozorovateľský odstup aktivujúcimi intervenciami. Nábeh na zacyklenie sa dal vyriešiť vplietaním verbálnych intervencií, ktoré akcentovali bezpečie v reálnej aktuálnej prítomnosti.

Už v začiatku EMDR techniky sa ukázalo, že pacientke viac než pohyb očami, vyhovuje rytmický striedavý dotyk rúk. Podľa našich skúseností je to pomerne častý fenomén. Dotyková ako aj sluchová bilaterálna stimulácia sa v súčasnosti v rámci EMDR používa ako efektívna alternatíva očných pohybov[30], hoci tieto varianty nie sú výskumne dostatočne podložené a ich efektivitu možno pozorovať predovšetkým v klinickej praxi. Napriek tomuto rozšíreniu definície bilaterálnej stimulácie si EMDR (EM=očné pohyby) ponecháva svoj historický názov, keďže do všeobecného povedomia vstúpila s týmto pôvodným označením.

Vzhľadom k tomu, že aj po spracovaní psychotráum a vyhasnutí symptomatiky PTSP pretrvávalo značné riziko retraumatizácie, napr. pri

dezinformáciách v médiách, nechutných slovných útokoch na internetových diskusných fórach, znevažujúcich výrokoch politikov, pri naďalej prebiehajúcom trestnom stíhaní zo strany Generálnej prokuratúry vedenej JUDr.D.T., ktorá s prípadom manipulovala a naďalej manipuluje aj v období písania tejto knihy, sa ukázalo ako nutné zamerať ďalšiu časť psychoterapie na zvyšovanie odolnosti voči stresorom.

Prežívať vnútorný pokoj, nadhľad a odstup od problémov a schopnosť pokojne ich analyzovať boli vlastnosti, ktoré Hedviga v sebe mala (vedeli sme to z anamnézy predchorobia), ale boli prekryté aktuálnou poruchou a ťaživými stresormi. K ich oživeniu, upevneniu a ďalšiemu rozvinutiu výrazne napomohol AT- základný a neskôr aj vyšší-meditačný stupeň. Túto metódu pacientka prijala so záujmom a robila v nej rýchle pokroky. Cvičila systematicky 2-3 x denne obvykle 5-15 minút.

Celkove sme mali s pacientkou namiesto pôvodne plánovaných 30 terapeutických hodín 47, čo súviselo práve s prídavnými hodinami zameranými na prevenciu a rozvoj osobnosti.

Svoj pohľad na terapiu a svoje zážitky Hedviga vyrozprávala novinárke M. Vrabcovej a boli publikované v knihe Hedviga [39].

Dezinformácie ako pracovná metóda?

Silná a láskavá podpora úzkeho sociálneho kruhu pacientkiných najbližších našťastie dokázala v priebehu terapie vyvážiť nepriaznivé reakcie širšieho sociálneho prostredia. Chýbajúca opora zo strany verejnosti, dokonca jej nepriateľské reakcie, by mohli pri chýbaní takéhoto mohutného podporného zázemia spôsobiť vážne komplikácie v priebehu PTSP, prípadne jej chronifikáciu či vznik depresie alebo iných súvisiacich psychických porúch. Postoje verejnosti boli v tomto prípade významne formované prostredníctvom masmediálnych prostriedkov. Na tlačovej konferencii, ešte pred právoplatným ukončením vyšetrovania prepadnutia pani Hedvigy Malinovej, sa premiér Slovenskej republiky JUDr. Róbert Fico vyjadril nasledovne: „Vláda Slovenskej republiky musí míňať také obrovské množstvo energie, aby vyvracala podvody, manipulácie a možno aj to, že nejaká dievčina nebola schopná urobiť skúšku, tak obetovala meno Slovenskej republiky, len preto, aby si zachránila svoju vlastnú kožu.“ (Toto vystúpenie je o.i. zaznamenané vo filme Anny Kratochvílovej Občan Hedviga. Film je prístupný cez webovú stránku týždenníka .týždeň.) Takéto vyhlásenie premiéra mimoriadne populárneho u po-

merne veľkej časti obyvateľstva zrejme nastavilo časť verejnosti nedôverčivo k obeti násilia a uľahčilo nekritické prijímanie ďalších dezinformácií. Tlak na to, ako má verejnosť chápať prípad a ako majú štátne orgány postupovať, sa spriechodnil v atmosfére „my Slováci sme ohrození nimi, Maďarmi (polarizácia na ´my a oni´), musíme sa preto zomknúť a stáť za svojím vodcom". Ide o známy fenomén popisovaný v humánnej etológii a sociálnej psychológii. Zdá sa, že niektorí politici ho úplne a vedome cynicky využívajú na získavanie podpory voličov. Do hry vstupuje „logika afektu"[94,95]. V iných kontextoch sa ešte zmienime o Milgramových sociálne-psychologických experimentoch, ktoré nám umožňujú chápať sugestívnu silu vplyvu autority.

Veľkú dezinformačnú sugestívnu silu na novinárov i verejnosť mala podľa nášho názoru argumentácia použitá na tlačovej konferencii ministra vnútra a policajného prezidenta (ešte pred právoplatným ukončením vyšetrovania), že na obálke, v ktorej Hedvige prišli doklady, sa našiel jej biologický materiál, DNA, aj na mieste pod známkou a že teda doklady nemala ulúpené, ale si ich poslala, resp. dala do obálky sama. Hedviga to vysvetlila. Keď list dostala, manipulovala ním vlastnými rukami a keď polícia chcela, aby list odovzdala „tak, ako ho dostala", vybrala ho z odpadkového koša a zistila, že odpadla známka. Naslinila si preto prst a potrela známku a prilepila na obálku. Minister vnútra zavádzal, keď tvrdil, že známka bola nalepená na zlomky milimetra na mieste zodpovedajúcom pečiatke. Podľa vyšetrovacieho spisu to totiž nikto neskúmal.

Odvolávanie sa na dôkazovú silu DNA zahmlilo podľa našich poznatkov schopnosť kritického myslenia aj u inak vzdelaných intelektuálov, pokiaľ nepoznali podrobnejší kontext. Predstava „DNA dôkazu" zrejme pôsobila aj ako „emocionálny atraktor"[94] v zmysle Ciompiho „Afektlogik"[94,95]: „je vinná", „klamárka", „protislovenská Maďarka", a to ďalej ovplyvňovalo vyhodnocovanie všetkých ďalších informácií či dezinformácií v prípade. Nazdávame sa, že podobnú sugestívnu silu autority má mať (a má) aj súdnoznalecký posudok v línii „skutok sa nestal", „nebola poranená", od lekára, ktorého funkcia v lekárskej hierarchii je vysoká: profesor chirurgie, dekan lekárskej fakulty. Rovnako poslúžilo i odvolávanie sa na dôkaz pomocou CT vyšetrenia, ktoré má tiež u obyvateľstva vysoký kredit. V skutočnosti ale CT Hedvigy v deň prepadnutia potvrdilo zranenie hlavy, mäkkých častí.

Pre ilustráciu sa zmienime bližšie ešte o dvoch z uvedených dezinformácií. Proti Hedvige sa používa tvrdenie, že sa po výsluchu po napadnu-

tí počas hospitalizácie (poznamenávame, že po otrase mozgu, v akútnej stresovej reakcii a pri pôsobení diazepamu, pričom lekári neodporúčali ešte realizovať výsluch) na otázku v zmysle „prečo vás napadli", vyjadrila snažiac sa logicky uvažovať, že zrejme preto, že hovorila po maďarsky (keďže útočníci opakovali „na Slovensku po slovensky"). Na otázku, s kým hovorila po maďarsky, odpovedala, že buď s niekým telefonovala alebo sa s niekým stretla, neskôr si spomenula, že sa jej dvaja ľudia z auta pýtali na cestu. Ako nám neskôr opisovala situáciu, na telefonovanie zrejme pri hľadaní odpovede myslela preto, lebo už trochu meškala s príchodom na školu a uvažovala, že zavolá spolužiačke, že sa už blíži. Vzápätí ju oslovili dvaja útočníci... Keďže polícia zistila, že z jej telefónu sa v danom čase netelefonovalo, použili jej neistotu v pamäti proti nej. Ďalší príklad: Hedviga tvrdila, že po tom, čo bola olúpená o doklady, nechala si prostredníctvom mamy zablokovať bankomatovú kartu. Polícia aj ústami ministra vnútra a policajného prezidenta tvrdila, že bankomatová karta nebola zablokovaná. Pravda je taká, že zablokovaná bola, ale polícia si vyrobila neplatný, v podstate falošný „doklad" o nezablokovaní, o ktorý sa potom opierala (tento dokument sa nachádza v prvom vyšetrovacom spise, listina je policajnou žiadosťou o údaje od bankovej inštitúcie, podateľňa potvrdila pečiatkou, že žiadosť prebrala a niekto tam rukou dopísal, že karta nebola blokovaná).

Vysokí predstavitelia vládneho zoskupenia sa verejne ku kauze Hedvigy vyjadrovali ako o pokuse o povalenie vlády (podpredseda vlády pre ľudské práva a menšiny doc.D.Č.) alebo ako akcii protislovenských maďarských tajných služieb (J.S.). Zdá sa, že toto ich presvedčenie (?), či už súviselo so sebaklamom alebo vedomým rozhodnutím sa ku klamu, im dodávalo subjektívny pocit oprávnenia obetovať spravodlivosť voči napadnutej študentke a správať sa k nej, akoby bola aktívnou súčasťou akéhosi protislovenského spiknutia. Prehliadali, že problém si vyrobili sami svojou reakciou na udalosť v zmysle: Hedviga nie je obeť, je to útočníčka!

Sociopolitické aspekty

Dosť často dostávam otázku (J.H.), čo si myslím, „čo je za touto kauzou". Je dosť indícií, ktoré umožňujú urobiť si o tom určitú predstavu a mať určité hypotézy. Odkazujeme opäť na knihu M. Vrabcovej (2010), v ktorej sú pozoruhodné poznatky JUDr. Romana Kvasnicu a na tomto mieste

pridáme len niekoľko úvah, ktoré nám, ako sa nazdávame, uľahčujú pochopiť podivné zlyhanie štátnych štruktúr.

Nazdávame sa, že čo sa týka samotného útoku, sú mysliteľné dve možnosti. Prvá, že išlo len o náhodný útok extrémistov v ranných hodinách, na cestičke cez park, ktorá vedie do budovy vysokej školy, kam sa malo dostaviť 10 študentov maďarského jazyka, čo sa dalo zistiť aj na internete... Táto prvá možnosť sa síce zdá byť menej pravdepodobná než plánovaná akcia, ale začíname ňou. Takže predpokladajme, že išlo o náhodný útok extrémistov na ženu maďarskej národnosti a polícia, prokuratúra, vláda na vlne nacionalistického populizmu mala potrebu a tendenciu urobiť z obete páchateľku na spôsob: „nebola zbitá, skutok sa nestal, je klamárka, ide o snahu povaliť vládu SR". Nakoľko pri takomto „prekvalifikovaní zbitia na klamstvo"[60] resp. spriechodnení takéhoto procesu, hrala rolu „opitosť mocou", teda pocity narcistického triumfu a grandiozity[61,62] u predstaviteľov politickej strany, ktorá s veľkým náskokom vyhrala voľby aj vďaka hrubozrnnému populizmu a zavádzaniu verejnosti? Nakoľko teda spätne na políciu a prokuratúru pôsobil postoj silného premiéra a ministra vnútra? Nakoľko sa uplatňovali zákonitosti, ktoré poznáme z etológie[63], teda určitá vrodená dispozícia k poslušnosti voči hierarchicky vysokopostaveným autoritám? Tieto zákonitosti experimentálne skúmané S. Milgramom [64] nám podľa nášho názoru umožňujú tušiť, akými mechanizmami sa mohli diať udivujúce veci v kauze Hedviga. A keď berieme do úvahy nielen väčšinovú tendenciu ľudí v Milgramových experimentoch vzdať sa vlastného superega, teda svedomia a delegovať ho na autoritu, ale aj celé spektrum intrapsychických a interpersonálnych obranných mechanizmov [65], tak môžeme v jasnom svetle vidieť potenciál človeka k efektívnemu sebaklamu. Milgram svojimi experimentmi hľadal odpoveď, ako sa mohli normálni ľudia zapojiť napr. do vyvražďovania civilov za Hitlera [66] a iných obludností. Vezmime ešte do úvahy výsledky Zimbardovho [67] experimentu s normálnymi dobrovoľníkmi, teda dopady na správanie, ak sa človek stane súčasťou jednej z dvoch skupín, ktoré sú polarizovane definované ako „my" a „oni", jedna je kvázi na strane spravodlivosti, zaisťuje chod väznice („dozorcovia") a druhá ako väzni, ktorí spáchali trestný čin a odpykávajú si trest. Takéto polarizovanie rolí bez ďalších kontrolných mechanizmov vedie rýchlo k deštruktívnemu správaniu a zneužívaniu moci a špirále násilia.

A je tu ešte druhý variant, ako sa mohli deviovať procesy v nadväznosti na prepadnutie Hedvigy. Viaceré indície, ktorými sa tu a teraz nebudeme

zaoberať, svedčia pre to, že útok nebol náhodný, ale naplánovaný a naviac niekto v pozadí sa nemusel spoliehať na spontánne uplatnenie hore načrtnutej dynamiky, ale mohol už dopredu indoktrinovať dezinformáciami kľúčových ľudí v polícii a na ďalších úrovniach, vrátane vládnych a vybraných opozičných politikov, že ide o intrigu proti Slovensku a že za tým sú „zlí" Maďari. Keď sa zhoršia slovensko-maďarské vzťahy, tak sa môže lepšie dariť aj slovenským nacionalistom. Prirodzene môžeme uvažovať, kto zo slovenských nacionalistov má dobré kontakty s niekým, kto ovláda dezinformatiku a konštruovanie spravodajských hier, ako sa to vyučovalo na vysokej škole KGB. A kto tretí by mohol mať najväčší záujem na zhoršení slovensko-maďarských vzťahov? K možným odpovediam nás môže inšpirovať aj kniha, ktorá analyzuje postsovietsky vývoj v Rusku [68].

Ale že by sa dali do podvodu, ktorý vážne poškodzuje jedinca, vtiahnuť aj lekári, ktorí vypracovávali súdnoznalecké posudky? Náš rozum a cit sa tomu prirodzene zdráhajú uveriť, vôbec to pripustiť. Postava lekára- liečiteľa je predsa pozitívnym archetypom. Myslíme si ale, že lekári by dopadli v Milgramových a Zimbardových experimentoch podobne ako iné zdravé, normálne vzorky obyvateľstva. Nie je nám síce známe, že by sa v týchto experimentoch skúmalo aj správanie lekárov, ale vieme napr., že za Tretej ríše [69,73] boli z lekárskej komory vylúčení všetci lekári židovského pôvodu - bolo to rozhodnutie nemeckých lekárov. Nie je známe, že by viacerí lekári verejne protestovali.

Keď sa Hitler dostal k moci, bol prijatý zákon o prevencii dedičných ochorení. Priraďovala sa sem napr. aj schizofrénia a mániodepresívne ochorenia. Tieto a iné choroby nemali zaťažovať zdravé „telo národa" . Všetci lekári mali povinnosť udávať úradom tzv. dedične chorých. Viac ako 360 000 občanov bolo na základe tohto zákona lekármi selektovaných a nútene sterilizovaných. Viac ako 6000 zomrelo pri týchto zákrokoch. 1.septembra 1939 rozkázal Hitler tzv. akciu „Eutanázia". Bol to vlastne rozkaz k vyvražďovaniu pacientov, ktorí boli psychicky alebo telesne chorí, prípadne mentálne retardovaní. Zavraždených bolo najmenej 250 000 až 300 000 ľudí: injekciami fenobarbitalu alebo skopolamínu a morfinu, testovali sa na nich tiež možnosti udusenia plynom a smrteľného vyhladovania. Všetky tieto procesy riadili a zabezpečovali lekári, často psychiatri. Asi 50 vybratých posudkárov, medzi nimi boli aj známi psychiatri, vyhodnocovalo hlásenia, selektovalo a rozhodovalo o živote a smrti. Skúsenosti s akciou „T4", ako ju nazývali, sa neskôr využívali v koncentračných táboroch pri vyvražďovaní miliónov „škodcov" a „pod-

ľudí". Voči nespravodlivostiam v medicíne, špeciálne v psychiatrii, v období nacionálneho socializmu bol určitý odpor a dokonca sabotáže. Ale viac než 50% lekárov boli členmi v nacionálne socialistických organizáciách, NSDAP, SA alebo SS. Pozitívne povedané, teda takmer polovica lekárov nebola členmi týchto organizácií. Boli tu teda určité možnosti odporu a ten nemal vždy osobné konzekvencie. Niektorí lekári odpor kládli. Ale bolo ich málo. Veľmi málo[104] .

Súčasné vyrovnávanie sa nemeckých psychiatrov s pravdou o zlyhaní v období Hitlerovej totality si zaslúži našu úctu. Sú mimoriadne poučné pre lekársky stav všade na svete. Súčasný (2010) prezident Nemeckej spoločnosti pre psychiatriu, psychoterapiu a neurológiu (DGPPN) konštatuje[104]: „Až na málo jednotlivcov zúčastňovala sa zjavne veľká väčšina nemeckých psychiatrov a členov našej odbornej spoločnosti až k jej predstavenstvu na výskume, vede a praxi, na plánovaní, vykonávaní a vedeckej legitimizácii, selekcii, sterilizácii a vraždení" (s.31). Na inom mieste, po ospravedlnení sa obetiam a vzdaní úcty ich pamiatkam, prof. Schneider apeluje: „my, psychiatričky a psychiatri nesmieme súdiť hodnotu ľudí, vyučujeme, liečime, sprevádzame a uzdravujeme. Nedotknuteľná ľudská dôstojnosť je vždy dôstojnosťou určitého jednotlivého človeka a žiadny zákon a žiadny výskumný cieľ nás nesmie zviesť k jej nerešpektovaniu". (s.37)

Takže aj reflektovaná historická skúsenosť našich nemeckých kolegov lekárov - v tomto prípade psychiatrov ukazuje, že archetyp lekára- liečiteľa ako mocného, dobrého a prajného síce určite napomáha posilňovať nádej a placebo efekt liečby a je dobre, že ho máme, ale nemal by nám brániť kriticky vidieť a analyzovať realitu a ak treba aj asertívne[70] konať.

Zdá sa, že teda môžeme konštatovať. Víťaz volieb v r. 2006 strana Smer-Sociálna demokracia utvorila koaličnú vládu so Slovenskou národnou stranou, známou svojím primitívnym nacionalizmom. Socialistická internacionála združujúca socialistické strany kritizovala tento krok a pozastavila Smeru členstvo.

Správa o útoku a zbití študentky maďarskej národnosti v Nitre musela byť pre vedenie Smeru značne nepríjemná. Vedenie Smeru zosobnené premiérom a ministrom vnútra začalo popierať realitu útoku na spôsob „skutok sa nestal" a interpretovalo udalosť ako pokus o povalenie vlády. Ak by aj vrcholoví politici boli uvedení niekým do omylu, tak po poznaní, ako sa veci majú, že Hedviga je naozaj obeť a že útok na ňu má zrejme koreň v slovenských kruhoch, by mali byť schopní urobiť úplne jednoduchý ľudský krok: ospravedlniť sa Hedvige, jej príbuzným, Ma-

ďarom žijúcim na Slovensku, slovenskej verejnosti. Blokády pre takýto krok môžu súvisieť nielen s politologickými úvahami (napr. obava zo straty obdivu od nacionalistov) a skupinovou dynamikou (my všetci, čo sme v tom, musíme držať spolu), ale aj s osobnostnými štruktúrami hlavných protagonistov, ktoré i pri pohľade z diaľky vykazujú určité charakteristické rysy a „schopnosť" veľmi voľne narábať s faktami a realitou.

Sociopolitický kontext psychotraumatológie

V histórii odborného skúmania psychotraumy je nápadná ambivalencia spoločenských postojov voči realite psychotraumy, ako aj voči jej obetiam. Ako sú na jednej strane obete poznačené bezmocnosťou, na druhej strane figurujú páchatelia, ktorí sú obvykle nositeľmi moci. Problematika moci je pre odbor psychotraumatológie kľúčová. Mocenské postavenie páchateľa (či už je to politický vplyv, alebo vláda rodiča nad vlastným dieťaťom[97]) posilňuje tendenciu tých, čo sú svedkami traumatizujúceho násilia, odtiahnuť sa od jeho obetí. Traumatizované obete, práve kvôli charakteru posttramatickej symptomatiky (fragmentácia spomienok, emocionálne preťaženie, neurobiologicky podmienená „nevysloviteľnosť" traumy), môžu pôsobiť na neinformovaného pozorovateľa nedôveryhodne. J.L.Herman, ktorá patrí medzi prvých moderných priekopníkov výskumu psychotraumy a je spoluautorkou definície komplexnej PTSP, upozorňuje práve na tieto sociálno-politické aspekty, ktoré komplikujú nielen postavenie a ošetrovanie obetí, ale aj postavenie odborníkov, ktorí sa im venujú[98]. Postaviť sa na stranu obete vyžaduje značnú „námahu" svedka: emocionálnu angažovanosť a aktívny zásah do diania a v neposlednom rade ho konfrontuje s ľudskou bezmocnosťou a schopnosťou páchať zlo. Vo svojej knihe s podtitulom „Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror" uvádza: „Argumenty páchateľa sú veľmi presvedčivé najmä vtedy, keď sa s nimi náhodný divák konfrontuje izolovane od celkového kontextu" (s.22). Následné zaoberanie sa traumou „musí neustále zápasiť s tendenciou diskreditovať obeť alebo ju zneviditeľňovať", s pochybnosťami, či obete „skutočne trpia, alebo sa len pretvarujú a simulujú, či to, čo rozprávajú, je pravda, alebo je to lož, ktorú si buď iba predstavujú, alebo si ju dokonca zlomyseľne vyfabrikovali" (s.23). Tento proces môžeme pozorovať v prípade obetí politického teroru, rovnako však aj u obetí domáceho násilia. Je o to deštruktívnejší, že zdrojom posttraumatickej psychopatológie a najmä jej chronifikácie, je často nielen samotná udalosť, ale vo významnej miere

reakcie sociálneho prostredia. Izolácia obete, ktorá nemá s kým zdieľať svoju skúsenosť a nenachádza pre seba „advokáta“, vedie k prehlbovaniu jej utrpenia. Žiaľ aj naša klinická skúsenosť ukazuje, že nie je výnimkou, že obete násilia nezískajú vo svojom okolí, ani u zodpovedných orgánov pomoc, ale naopak bývajú sami označené za nedôveryhodné, neprispôsobivé alebo neprimerane komplikované. Z obete môžu mocní ľahko urobiť „páchateľa“, ak sa nenájdu svedkovia, ktorí majú dostatok trpezlivosti, otvorenosti a kritického myslenia, aby dokázali vyhodnotiť situáciu a dostatok odvahy a iniciatívy, aby sa angažovali.

Keď sa v takýchto kontextoch vrátime k nášmu prípadu Hedvigy, tak z hľadiska konceptov a pri použití terminológie transakčnej analýzy[101] môžeme konštatovať, že naša pacientka mala v živote šťastie, lebo priaznivé interakcie s jej rodičmi a starými rodičmi viedli k zvnútorneniu si *dobroprajného rodiča*. Táto zložka jej osobnosti sa stala zdrojom jej sily, stability a sebaúzdravných procesov, keď „ veľký kváziotec štát“, reprezentovaný konkrétnymi ľuďmi, sa začal voči nej v jej vlasti, domovine správať ako sabotujúci rodič, nerešpektujúci jej potrebu bezpečia, spravodlivosti, dôstojnosti a slobody.

Záver

Terapia posttraumatických stresových porúch prešla v posledných dvoch desaťročiach významným vývojom. Výsledkom je, že pri tejto najtypickejšej traumatogénnej poruche vie súčasná psychiatria a psychoterapia pacientom účinne pomôcť špeciálne utváranou psychoterapiou alebo farmakoterapiou alebo, zvlášť v ťažších prípadoch, kombináciou oboch. Rozvoju psychotraumatológie zrejme napomohlo diagnostické vymedzenie psychotraumy a PTSP pred 30 rokmi v americkom klasifikačnom systéme duševných porúch DSM III. Napriek správam o poddiagnostikovávaní tejto kategórie v bežnej praxi v rôznych skúmaných vzorkách pacientov, nepovažujeme diagnostiku PTSP za nejak zvlášť náročnú, pokiaľ je diagnostik primerane vzdelaný a nemá nevedomú tendenciu vyhnúť sa diagnóze poruchy, ktorá súvisí s ťažkými a často dramatickými zážitkami a skrytými silnými negatívnymi emóciami; a pokiaľ aj u pacienta počíta s tendenciou k vyhýbaniu sa horúcim témam a citlivo ju rešpektuje; pokiaľ teda berie do úvahy strach zo silnejších emócií, možnú účasť hanby alebo iracionálnej viny, ktoré by mohli blokovať slobodnú komunikáciu.

Terapia psychotraumy vyžaduje špecifický prístup, ktorý zohľadňuje základné rysy PTSP – narušenie kapacity CNS adaptívne spracovávať informácie a z toho vyplývajúce dysfunkčné uloženie traumatických spomienok v pamäti, ako aj poškodenie schopnosti prežívať bezpečie v prítomnosti. Vzhľadom na to terapiu psychotraumy členíme na tri fázy: stabilizáciu, konfrontáciu s traumou a integráciu, novú orientáciu. Vo všetkých fázach je potrebné posilňovať vlastné zdroje pacienta.

Na príklade kazuistiky sme opísali využitie EMDR pri liečbe tejto poruchy a AT – základný a vyšší stupeň na zvýšenie odolnosti pri pretrvávajúcom ohrození. Kazuistika, ktorú sme uviedli pod pravým menom pacientky s jej súhlasom, veľa vypovedá o sociálno-politickej dimenzii a faktoroch, ktoré nám moderný systém ICD-10 umožňuje podchytiť ako súvisiace faktory. Filozof Nikolai Hartmann koncipoval chápanie človeka ako „vrstevnatej bytosti". K jej štúdiu a chápaniu potrebujeme mnohé vedné disciplíny od fyziky cez chémiu, biológiu, psychologické vedy až po sociálne vedy a duchovedné disciplíny[55]. Biopsychosociálny model, ako ho formuloval George L.Engel[53,54], vhodne konceptualizuje takýto komplexný prístup k diagnostike a terapii v medicíne a v psychiatrii zvlášť.

Súhrn

Začlenenie diagnostickej kategórie posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) do amerického a medzinárodného diagnostického systému a vymedzenie pojmu „mimoriadneho stresora" zrejme prispelo k prudkému rozvoju psychotraumatológie a ku skúmaniu účinných terapeutických postupov pri tejto najtypickejšej traumatogénnej poruche. Existujú solídne dôkazy pre efektivitu určitých psychoterapeutických postupov a tiež pre určitý typ farmakoterapie pri posttraumatických stresových poruchách. Na príklade kazuistiky ilustrujeme využitie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) na zvládnutie symptomatiky PTSP a autogénneho tréningu (AT) na zvýšenie odolnosti pri pretrvávaní stresorov a ohrozenia. V rámci biopsychosociálneho modelu diskutujeme aj sociálno-politické a sociálno-psychologické aspekty konkrétneho prípadu, ktorý zaťažil vzťahy medzi dvoma susediacimi národmi a národnostnou väčšinou a menšinou v štáte.

Zverejnením tejto kazuistiky, samozrejme so súhlasom pacientky, azda prispejeme aj k realistickejšiemu spracovaniu kauzy v spoločnosti.

Abstract

The inclusion of the diagnostic category of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) into the American and international diagnostic systems and the definition of the concept of „exceptional stressor“ might have had contributed to the abrupt development of psychotraumatology and to the exploration of effective therapeutic methods for this most representative traumatogenic disorder. There is a solid evidence for the effectiveness of certain psychotherapeutic methods as well as certain pharmacotherapy for posttraumatic stress disorders. We use a case study to illustrate the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) to manage the symptoms of PTSD and Autogenic Training (AT) to enhance resilience under the circumstances of continuing stress and threat. Using the bio-psycho-social model, we also discuss the socio-political and socio-psychological aspects of this specific case, which has put a burden on the relationships between the two neighbouring nations and national majority and minority in the country. By publishing this case report with patient´s agreement, we hope to contribute to more realistic treating of this cause in the society.

Poďakovanie

Naša vďaka, úcta a uznanie patrí predovšetkým pani Mgr. Hedvige Žákovej-Malinovej, jej manželovi Petrovi Žákovi a najbližším členom rodiny Hedvigy, ktorí celý čas až dodnes pevne stoja pri nej: Irene Malinovej, Karolovi Malinovi, Renáte Malinovej. Významne prispeli k zdárnemu priebehu terapie. Zásadnú oporu našla Hedviga a jej rodina u právneho zástupcu JUDr. Romana Kvasnicu, profesionála a slobodného občana.

Cítili by sme sa veľmi osamelí nebyť profesionality, jasných postojov a podpory mnohých vzácnych ľudí. Nebudeme ich tu menovať všetkých, bol by to dlhý zoznam. Na jeho začiatku by boli novinári Eugen Korda, Štefan Hríb, hudobník, publicista a promotér Michal Kaščák, literárny vedec Peter Zajac, občianska aktivistka Zuzana Wienk, sociológ Martin Bútora, psychológ Gustáv Matijek, filozof Egon Gál a psychiater László Sarközy, novinárka Marie Vrabcová. Ďalší vzácni ľudia, ktorých by sme mohli menovať, pôsobia v rôznych profesiách napr. ako novinári, publicisti, lekári, špecialisti na psychiatriu, psychológovia a psychoterapeuti, sociológovia, politológovia, právnici, filozofi, vysokoškolskí učitelia, kriticky mysliaci občania...

Doslov

Od roku 1980, kdy byla diagnóza posttraumatické stresové poruchy (PTSP) exaktně vymezena v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM –III APA), uplynulo více než třicet let. K systematickým výzkumům PTSP amerických psychiatrů přispěla nezbytnost řešit problematiku těžkých, přetrvávajících psychických poruch veteránů vietnamské války. V polovině sedmdesátých let 20. století dospěla Americká psychiatrické asociace k rozhodnutí vytvořit novou konstrukci klasifikace duševních poruch, která obsahovala také kriteriální diagnostiku PTSP. Když byla v r. 1992 diagnóza PTSP začleněna také do 10. revize mezinárodní klasifikace duševních a behaviorální poruch (ICD-10 WHO), existovalo již o diagnostice a léčbě této poruchy tak bohaté zázemí vědeckých studií i klinických sdělení, že diagnóza mohla být používána ve všech zemích Evropy s velkou mírou shody. Navzdory problémům, vyplývajícím z relativně nízké validity operacionálně stanovovaných diagnóz byla přijata mezinárodní komunitou psychiatrů a psychologů mimořádně příznivě. Důvěra ve validitu diagnózy PTSP vyplynula zejména z vysoké shody v pojetí základního etiologického činitele, kterým je podle definice mimořádně těžké psychické trauma, které by způsobilo hluboké rozrušení téměř u kteréhokoliv zdravého jedince. Další kritéria diagnózy vymezují specifické typy nejčastějších krátkodobých a dlouhodobých příznaků poruchy. PTSP se stala modelovou pro výzkum souvislostí psychopatologických a biologických korelátů duševních poruch. Byly vyzkoušeny nejrůznější koncepty léčby této poruchy a nejúspěšnější z nich byly postupně zavedeny do psychiatrické praxe.

Epidemiologické studie národních i mezinárodních institucí pro duševní zdraví prokazují trvalý nárůst incidence i prevalence PTSP. Její následky mohou být velmi vážné. Není-li porucha včas diagnostikována a léčena, vede ve velké většině případů k mnohaletému až celoživotnímu zneschopnění v oblastech profesionálních činností i v osobním životě. Nezřídka může způsobit hluboké a nevratné poruchy osobnosti. Výzkum PTSP je proto neustále aktuální a intenzivní. Rozšiřují se poznatky o individuální vulnerabilitě jedinců k různým typům stresových událostí, okolnostech vzniku poruchy, o jejích biologických korelátech a v neposlední řadě o způsobech terapie.

Psychiatrie je více než dvě stě let lékařským odvětvím, které se více než kterékoli jiné musí zabývat mnoha dimenzemi etiologie, průběhu a vyústění nemocí. K základním patří dimenze biologické, psycholo-

gické, sociální a v neposlední řadě morální a duchovní. Má-li být psychiatr úspěšným při diagnostice a léčbě duševní poruchy, neměla by žádná z těchto úrovní uniknout jeho pozornosti. Tento mimořádný záběr vyžaduje nejenom vědomosti a dovednosti medicínské, ale i dostatečně širokou orientaci v oblastech kulturních, sociálně-politických, transkulturálních, etických, náboženských, v oblastech vlivů fyzikálního prostředí, chronobiologie a dalších, souvisejících s životem postiženého jedince od jeho početí až po okamžiky prodromů duševní poruchy a jejího dalšího rozvoje. Význam multidimenzionálního přístupu stoupá se soudobou globalizací světových civilizací, s rychle se rozvíjející vzájemnou mnohaúrovňovou komunikací, s migracemi jednotlivců, menších i větších skupin obyvatel všech obydlených kontinentů. PTSP patří k té skupině duševních poruch, u nichž je multidimenzionální přístup k diagnostice a léčbě zvláště důležitým předpokladem k pochopení klinického obrazu poruchy a k následné aplikaci nejlepší varianty léčby.

Autoři publikace, psychiatr Jozef Hašto a klinická psycholožka Hana Vojtová nám předkládají kazuistiku pacientky s PTSP. Krok za krokem nás seznamují s případem Hedvigy Žákové - Malinové, který se stal díky spletitým společensko-politickým, kulturním, sociálním a národnostním okolnostem veřejně známým a celých pět let již zaměstnává nejenom pacientku a její blízké, ale i její ošetřující lékaře, média a jejich prostřednictvím širokou veřejnost. Případ se tak stal veřejnou záležitostí a to nikoli pouze slovenskou, ale v současné chvíli již bez nadsázky mezinárodní.

23-letá vysokoškolská studentka maďarského původu byla dne 25. srpna 2006 brutálně napadena dvěma neznámými útočníky při cestě do školy. Utrpěla několik fyzických poranění a upadla na kratší dobu do bezvědomí. Po probrání se z bezvědomí, ve stavu šoku z psychického i tělesného traumatu, došla do školy, kde jí byla poskytnuta základní pomoc a následně byla odvezena sanitou RZP do Fakultní nemocnice v Nitře. Na traumatologickém oddělení byly stanoveny diagnózy traumatických poranění, byla vyšetřena neurologem, konstatován otřes mozku s 15-20minutovou anterográdní amnézií a bylo provedeno vyšetření CT. 31.8.2006 byla vyšetřena ambulantním psychiatrem v místě bydliště. Pro úzkostnou a depresivní symptomatiku byla zahájena kombinovaná léčba psychoterapeutická a farmakoterapeutická. 2. 11. 2006 byla postižená poprvé vyšetřena jedním z autorů této publikace (J. H.) Stanovil diagnózu PTSP a pacientka se následně rozhodla podstoupit systematickou psychoterapii.

Až potud by se mohlo jednat o případ, s jakým se psychiatr setkává v průběhu své praxe často a nemívá příliš velký problém s rozhodováním o volbě způsobu psychiatrické léčby. Záhy po traumatu pacientky se ale vyskytlo několik neočekávaných dimenzí, které velmi vážně zkomplikovaly průběh poruchy i samotnou léčbu. Z běžného případu se postupem času stala zdlouhavá, rozporuplná, svojí podstatou nebezpečně explozivní, veřejně sledovaná kauza. Důvod? Napadení bylo motivováno nacionální záští pachatelů vůči maďarské menšině na Slovensku. V neklidném sociálně-politickém ovzduší soudobé Evropy bychom mohli předpokládat okamžitou reakci státních orgánů, které případ co nejrychleji a s nejvyšší mírou zodpovědnosti posoudí, vyřeší a vyvodí z něho patřičně transparentní důsledky. Z výpovědí postižené studentky ale překvapivě vyplynulo, že byla patnáct dnů po politováníhodné události předvolána na policii a byla zde nečekaně konfrontována s vyšetřovací verzí, která útok popírala. 10. září začalo proti postižené trestní stíhání pro křivou výpověď, o dva dny později, 12. září, vystoupili před veřejnost oficiální státní představitelé a seznámili ji s verzí vymyšleného útoku. V noci z 20. na 21. 12. vnikli do bytu přítele postižené, s nímž tam přebývala, násilně neznámé osoby, zanechaly po sobě viditelné stopy nepořádku, ale nic neodcizily. Ráno vloupání ohlásil na policii partner postižené. Ta byla vzápětí, při cestě ranním autobusem do školy, kontaktována mlčky neznámými ženami, z nichž jedna měla v rukou fotografie z nočního vloupání do bytu a spodku automobilu jejího přítele. Než dokázala postižená reagovat, ženy z autobusu vystoupily. Mobil postižené v této kritické době přestal fungovat, jeho funkce byla obnovena až odpoledne. Případu se ujala média, která začala odhalovat vážné nesrovnalosti v oficiální vyšetřovací verzi. Tu ovšem potvrdil neúplný soudně znalecký posudek a posléze i revizní fakultní soudně znalecký posudek, který zcela popřel závěry ošetřujících lékařů FN v Nitře z 25. 8. 2006. 14. května 2007 bylo vůči postižené zahájeno trestní stíhání pro křivou výpověď a křivé svědectví. Následovala dlouhá série konfrontací nejrůznějších názorů a tvrzení. Vyšetřování nebylo až dosud uzavřeno. Těžké, jednorázové duševní trauma pacientky se začalo násobit, postupně vznikal složitý psychopatologický obraz PTSP. V této fázi rozvíjejícího se dramatu začínají hrát významnou roli autoři publikace. V neklidné atmosféře mediálního zájmu a nepřízně státních orgánů i části desinformované veřejnosti se zachovali profesionálně a zahájili systematickou psychoterapii pacientky. Diagnostikovali nezpochybnitelnou kombinaci psychopatologických příznaků PTSP. Zvolili způsob léčby, kterou prováděli vzhledem k okolnostem vždy spo-

lečně, v opakovaných sezeních. Trvání jednoho sezení bylo 75 minut až 3 hodiny 50 minut, celkem 47 hodin. Léčba se konala ambulantně v době od 2. 11. 2006 do 22. 5. 2008. Diagnostický a terapeutický postup autoři podrobně zapisovali a veškeré údaje zveřejňují v této unikátní publikaci. S ústním i písemným souhlasem pacientky, včetně souhlasu s odkrytím její osobní identity.

Kazuistika případu Hedvigy Malinové je exemplárně zpracovaná s použitím všech principů moderního, multidimenzionálního přístupu k psychiatrické diagnostice a léčbě. V úvodní kapitole se autoři věnují základním otázkám diagnostiky PTSP, rekapitulují soudobé poznatky o epidemiologii a podávají ucelený přehled o patoplastických a prognostických faktorech. Koncizně zpřístupňují poznatky a hypotézy o psychologické a biologické úrovni etiologie PTSP a o nejčastěji používaných terapeutických postupech. Z bohatého rejstříku terapeutických metod vybírají pro tento případ integrativní metodu, spojující psychoanalytický, kognitivní a do jisté míry neurofyziologický přístup, Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR). Pro zvýšení odolnosti vůči opakovaným stresorům se rozhodli použít osvědčenou metodu autogenního tréninku podle J. H. Schultze.

Postup autorů při stanovení diagnózy a volbě terapie považuje recenzent za příklad vysoce profesionálního, odborně zasvěceného a erudovaného, do detailu propracovaného přístupu k pacientovi s diagnózou PTSP. Stanovení diagnózy lze považovat za mimořádně přesné. Terapeutický proces je rozfázován způsobem, nejlépe odpovídajícím reáliím případu: stabilizační fáze, konfrontace s traumatem, nakonec fáze integrace a dalšího rozvoje. Léčba byla ukončena teprve ve chvíli, kdy bylo možné vyhodnotit stav pacientky jako dostatečně a dlouhodobě stabilizovaný.

V průběhu analýzy traumatizujících dějů, jejichž rozkrytí bylo podmínkou úspěchu terapie, měli autoři příležitost mnohokrát prověřit pravdivost údajů pacientky o traumatických událostech, které vedly k rozvoji PTSP. Po celou dobu léčby zůstávaly výpovědi pacientky zcela konzistentní. Pravděpodobnost, že by se ze z její strany mohlo jednat o snahu jakkoli manipulovat se skutkovou podstatou inkriminované události, o simulaci nebo agravaci, byla terapeuty kvalifikovaným způsobem vyloučena.

V diskuzi se autoři znovu vracejí k problematice diagnostiky a léčby PTSP pacientky Hedvigy Malinové na pozadí mnoha rozporuplných, pro pacientku i terapeuty nepříjemně stresujících a mnohdy i potenciálně nebezpečných okolností. Oboustranně bylo zapotřebí velké míry sta-

tečnosti k tomu, aby terapeutický proces mohl proběhnout v potřebném rozsahu. Výsledek je možno hodnotit jako obdivuhodně úspěšný.

Cenným atributem extrémně náročného diagnostického a terapeutického procesu je podle názoru recenzenta profesionálně věrohodná objektivizace všech sdělení pacientky, týkajících se jejího případu. Na podkladě výpovědí v podmínkách řízeného procesu emočních abreakcí mohli autoři s profesionálním vhledem analyzovat nejenom věrohodnost výpovědí pacientky, ale také varianty možností úmyslných i neúmyslných, resp. nevědomých manipulací s případem pacientky ze strany orgánů činných v trestním řízení, případně oficiálních představitelů státu a různorodé postoje veřejnosti. Jejich úvahy si přinejmenším zaslouží pozornosti.

Významnou roli sehrávají v celém případu lékařské znalecké posudky. Autoři se pozastavují se nad rozpory, které jsou očividné a varující. Jak je možné, že znalci nevzali v úvahu existenci závěrů lékařských vyšetření, provedených bezprostředně po napadení? Proč byly ponechány bez povšimnutí orgánů činných v trestním řízení procesní pochybení včetně neoprávněné medializace výsledků znaleckých vyšetření? Nedošlo ke snaze o manipulaci lékařů - znalců v jakémsi nejasném „veřejném zájmu“?

Historie západní medicíny nás učí, že lékař je povinen sledovat a vnímat i jen náznak snah o manipulaci s diagnózou pacienta v zájmu kohokoli jiného, zejména oficiálních mocenských a politických sil, ideologií, diktatur. Jistě nikoli náhodou zařazují autoři do svojí práce kapitolu „Sociopolitické aspekty“, v níž kromě jiného připomínají tragické selhání stovek německých lékařů v době Třetí říše, kteří podlehli propracované nacistické propagandě a byli nakonec ochotni podílet se na selekci nejméně 275 000 duševně a neurologicky nemocných jedinců za účelem jejich vyvraždění. Na tomto citlivém místě si můžeme připomenout také opačný příklad z historie nacistické okupace. Lékaři v okupovaném Holandsku včas rozpoznali první a nejrafinovanější fázi pokusu o jejich zmanipulování v příkazu říšského komisaře nizozemským lékařům ze dne 19. prosince 1941. Ukládal lékaři, aby „podle svých nejlepších schopností pomáhal osobě, svěřené do jeho péče, v udržení, zlepšení a obnovení životaschopnosti, fyzické zdatnosti a zdraví. Plnění této povinnosti je veřejným úkolem.“ Tak zněl závěr příkazu. Holandští lékaři pochopili, že na prvý pohled nikterak zarážející příkaz je má dovést k ochotě spolupracovat s nacisty podobně, jak tomu bylo u jejich německých kolegů. Příkaz jednomyslně odmítli, sto jich bylo zatčeno a odesláno do koncen-

tračního tábora, lékařský stav ale zůstal neoblomný. Podle Leo Alexander: Diktatura a lékařská věda, http://cover72.net/dl/Eugenika_diktaturaalekari.pdf.

Závěr

Publikace je sepsána mimořádně srozumitelně, je přehledně členěna a vhodně doplněna schématem variant vývojových linií adaptivního a psychopatologického vývoje po psychotraumatu podle renomovaných autorů Tagay S. et al. Obsahuje rozsáhlý seznam relevantní odborné literatury.

Kvalifikovanost a dlouhodobý odborný zájem o oblast diagnostiky a léčby PTSP dokumentují autoři prezentací výsledků vlastního epidemiologického šetření výskytu PTSP na rozsáhlém vlastním souboru 532 pacientů. MUDr. Josef Hašto je české psychiatrické veřejnosti dobře znám zejména sérií vynikajících překladů principiálních prací německých psychiatrů do slovenštiny i publikacemi vlastními.

Vysoce si cením profesionality autorů i jejich vnímavosti a odpovědného přístupu k citlivým problémům, doprovázejícím současnou evropskou psychiatrii v období společenského neklidu, etnických nepokojů, nacionálních různic a explozí extrémistických nálad a výbojů. Jakoby měli neustále před očima memento 6. článku Deklarace lidských práv a duševního zdraví Světové federace pro duševní zdraví: „Všechny populace zahrnují zranitelné skupiny se zvláštním rizikem duševních poruch. Zahrnují oběti společnosti a jiného násilí, kolektivního zneužívání, mobilitu (emigranti, uprchlíci), věk (kojenci, děti a staří lidé), menšiny (etnické, rasové, socioekonomické), ztrátu občanských práv...“ (http://www.help24.cz/index.php?page=deklarace-lidskych-prav-a-dusevniho-zdravi).

Jsem hluboce přesvědčen o tom, že význam publikace daleko přesahuje rovinu odborně medicínskou. Dotýká se citlivých a znovu, po tolikáté již v historii Západní civilizace aktuálních otázek společensko-etického kodexu lékaře v době, kdy mnohé země kolébky západního lékařství procházejí společensko-politickými turbulencemi, krizemi hodnotových systémů a hledáním alternativ kultivovaného soužití.

V Praze dne 20. listopadu 2011
doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.
psychiatr, vedoucí Centra pro poruchy spánku a biorytmů
Fakultní nemocnice Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Zonální reprezentant Světové psychiatrické asociace (WPA) pro země Centrální Evropy v letech 2001 – 2004.

Literatúra

1. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. 2. rozšířené vydaní. Praha: Maxdorf; 2002: 506.
2. Světová zdravotnická organizace. MKCH-10 Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostické kritéria pro výskum. Praha: Psychiatrické centrum Praha; 1996: 179.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Fourth Edition. APA Arlington, 2000/2010: 943.
4. Cviková J, Juráňová J. Piata žena. Aspekty násilia páchaného na ženách. Bratislava: Aspekt; 2001: 385.
5. Schlegel L. Základy hlbinnej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu. Diel I,II,III. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 538.
6. Freed MC, Gore KL, Engel CC. Epidemiology. in: Benedek DM, Wynn GH, eds. Clinical Manual for Management of PTSD. Washington: American Psychiatric Publishing; 2011: 11-37.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Postraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048-60.
8. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. Journal of Affective Disorders 2004; 78(1): 37-48.
9. Frommberger U, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U, Hohagen F Hrsg. Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 6. Auflage. München: UrbanFischer; 2011: 209-218.
10. Ungerer O, Deter HC, Fikentscher E, Konzag TA. Verbesserte Diagnostik von Traumafolgestörungen durch den Einsatz der Life-Stressor Checklist. Psychother Psych Med 2010; 60: 434-441.
11. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2004: 186.
12. Hašto J. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásku a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 300.
13. Ruegg JC. Mind & Body. Stuttgart: Schattauer; 2010: 158.
14. Hofmann A. EMDR. Terapia psychotraumatických stresových symptómov. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 252.
15. Brüne M. Evolučná psychiatria. Pôvod psychopatológie. Trenčín: Vydavateľstvo F; v tlači 2011.
16. Kampfhammer HP. Zur Neurobiologie von Trauma, Dissociation und Somatisierung. In: Remmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B

Hrsg. Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 2006: 345-365.
17. Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken-und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme; 1978: 673.
18. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. Bipolar Disord 2008: 10: 867-876.
19. Benkert O, Hippius H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Auflage. Berlin: Springer; 2011: 713.
20. Novalis PN, Rojcevicz SJ, Peele R. Klinická príručka podpornej psychoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1999: 421.
21. Freud S. Studie o hystérii. In: Freud S. Vybrané spisy II.-III. Praha: Avicenum; 1969: 11-133.
22. Benedek D M, Wynn G H. Clinical Manual for Management of PTSD. Washington: American Psychiatric Publishing; 2011: 468.
23. Gabbard G. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Základný text. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 208.
24. Wöller W, Kruse J. Hlbinná psychoterapia, Trenčín: Vydavateľstvo F; 2011: 536.
25. Horowitz MJ. Liečba syndrómov podmienených stresom. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2004: 111.
26. Levenson H, Butler SF, Rowers T, Beitman BO. Krátka dynamická a interpersonálna psychoterapia. Stručný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 174.
27. Reddemann L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT-Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004: 222.
28. Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2004: 450.
29. Steiner B, Krippner K. Psychotraumatherapie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten. Stuttgart: Schattauer; 2006: 355.
30. Shapiro F. EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann; 1998: 485.
31. Lamprecht F. Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2000: 238.
32. Phillips M, Frederic C. Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer; 2007: 424.
33. Smucker MR, Dancu C, Foa EB, Niederee JL. Imagery Rescripting:

A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1995; 9: 3-17.
34. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy. A Shortterm Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Teror, Torture. Cambridge/Göttingen: Hogrefe, Huber Publishers; 2005:68
35. Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Therapie. Gottingen: Hogrefe; 1999: 99.
36. Vojtová H, Hašto J. Neurobiology of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Activitas Nervosa Superior 2009; 51 (3): 98-102.
37. Ralaus D. Spracovanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov EMDR. Psychiatria 2006; 13 (3-4): 167-176.
38. Vrabcová M. Prípad Hedviga Malinová. In: Petöcz K, ed. Národný populizmus na Slovensku a slovensko-maďarské vzťahy 2006-2009. Šamorín: Fórum inštitút pre výskum menšín; 2009: 283-317.
39. Vrabcová M. Hedviga. Dunajská Streda: Loar; 2010: 215.
40. Margraf J. Mini DIPS. Diagnostische Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Handbuch, Interview leitfaden. Berlin: Springer; 1994: 68.
41. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson S, Keane ™, eds. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1996: 399-411.
42. Kind H. Psychiatrické vyšetrenie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1997: 156.
43. Dührssen A. Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1998: 94.
44. Fydrich T, Renneberg B, Schmitz, Wittchen H-U. SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Gottingen: Hogrefe; 1997: 36.
45. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2.Auflage. München: Reinhardt; 1999: 383.
46. Hašto J. Autogénny tréning. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 48.
47. Winston A, Rosenthal RN, Pinsker H. Úvod do podpornej psychoterapie. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 202.
48. Petöcz K, ed. Národný populizmus na Slovensku a slovensko-maďarské vzťahy 2006-2009. Šamorín: Fórum inštitút pre výskum menšín; 2009: 381.
49. Kollár M, Mesežnikov G, Bútora M. Slovensko 2007. Súhrnná správa o stave spoločnosti 2007. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2008: 737.
50. Kollár M, Mesežnikov G, Bútora M. Slovensko 2008. Súhrnná správa o stave spoločnosti 2008. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2009: 749.
51. Kollár M, Mesežnikov G, Bútora M. Slovensko 2009. Súhrnná správa

o stave spoločnosti a trendoch na rok 2010. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2010: 647.
52. Dahrendorf R. Pokoušení nesvobody. Intelektuálové v čase zkoušek. Praha: H&H; 2008: 228.
53. Engel GL. Potreba nového medicínskeho modelu-výzva pre biomedicínu. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 91-98. (www.psychiatria-casopis.sk)
54. Engel GL. Klinická aplikácia biopsychosociálneho modelu. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 98-110. (www.psychiatria-casopis.sk)
55. Hašto J. Vrstevnatosť ľudského bytia, pluralizmu vo výskume a terapii a identita psychiatrie. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 87-90. (www.psychiatria-casopis.sk)
56. Benz W, Hradská K. Holokaust. Tragédia slovenských Židov. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2010: 123.
57. Mikloško F, Smolíková G, Smolík P, ed. Zločiny komunizmu na Slovensku 1948-1989, Diel 1. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška; 2001: 743.
58. Takáč L, ed. Zločiny komunizmu na Slovensku 1948-1989, Diel 2. Osobné svedectvá. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška; 2001: 575.
59. Bútora M, Kollár M, Mesežnikov G, Bútorová Z, ed. Kde sme? Mentálne mapy Slovenska. Inštitút pre verejné otázky. Bratislava: Kalligram; 2010: 583.
60. Zajac P. Napadnutá Maďarka. 31. máj 2009, www.tyzden.sk.
61. Henseler H. Die Theorie des Narzissmus. In: Eicke D ed: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band II Freud und die Folgen /I) Von der klassischen Psychoanalyse. Zürich: Kindler; 1976: 459-477.
62. Kohut,H, Wolf ES. Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: Peters UH, ed. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band X, Ergebnisse für die Medizin (2) Psychiatrie. Zürich: Kindler; 1980: 667-682.
63. Eibl-Eibesfeldt I. Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss der Humanethologie. Fünfte Auflage. Blan: Vierkirchen- Pasenbach; 2005: 1118.
64. Milgram S. Das Milgram Experiment. Zur Gehorsamkeitsbereitschaft gegenüber Autorität. 15. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowolt; 2007: 174.
65. Kaščáková N. Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2007: 137.
66. Browning CR. Obyčejní muži, 101 Záložní policejní prapor a „Konečné řešení“ v Polsku. Praha: Argo; 2002: 222.
67. Zimbardo P. Der Luzifer- Effekt. Die Macht der Umstände und die Psychologie des Bösen. Heidelberg: Spektrum; 2008: 504.
68. Lucas E. Nová studená válka. Kto zvítězí v novém konfliktu mezi Východem a Západem? Praha: Mladá fronta; 2008: 302.

69. Schneider F, Roelcke V. Psychiatrie im Nationalsozialismus. DGPPN Kongres, 2010 November 24.-27; Berlin.
70. Alberti R, Emmons M. Asertivita a rovnosť vo Vašom živote a Vašich vzťahoch. Vaše plné právo. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2011: 243.
71. Ekman P. Weshalb Lügen kurze Beine haben. Über Täuschungen und deren Aufdeckung im privaten und öffentlichen Leben. Berlin: De Grugter; 1989: 227.
72. Ekman P. Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. München: Spektrum; 2004: 363.
73. Cranach MVon, Schneider F. In Memoriam. Erinnerung und Verantwortung. Berlin: Springer; 2010: 56.
74. Praško J. Posttraumatická stresová porucha. In: Seiffertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis; 2008: 343-364.
75. Petöcz K, Kolíková. Ľudské a menšinové práva. In: Kollár M, Mesežnikov G, Bútora M, ed. Slovensko 2009. Súhrnná správa o stave spoločnosti a trendoch na rok 2010. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2010: 183-202.
76. Vorländer H.: Demokratie. Geschichte, Formen, Theorien. München: Verlag C.H.Beck; 2010: 128. (slovensky: Demokracia. Dejiny, podoby, teórie. Trenčín: Vydavateľstvo F; v tlači.)
77. Warner D, Schmidt I, Heim C. Psychobiologie der Posttraumatischen Belastugsstörung. In: Remmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B, Hrsg. Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 2006: 321-344.
78. Kühnel S, Markowitsch HJ. Falsche Erinnerungen. Die Sünden des Gedächtnisses. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2009: 258.
79. Strečanský B, Bútora M, Balážová D, Havlíček R, Mračková A, Vlašičková J, Woleková H. Mimovládne neziskové organizácie a dobrovoľníctvo. In: Kollár M, Mesežnikov G, Bútora M, ed. Slovensko 2009. Súhrnná správa o stave spoločnosti a trendoch na rok 2010. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2010: 533-566.
80. Hellmann J, Heuser I, Kronenberg G. Prophylaxe der posttraumatischen Belastungsstörung. Der Nervenarzt; 2011; 82 (7): 834-842.
81. Terr LM. Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry; 10–20,1991: 148.
82. Tagay S, Repic N, Senf W. Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Psychotherapeut; 2011:1-12.
83. Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische

Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe; 1997: 122.
84. Hašto J, Švančarová O, Suško J, Gyén D. Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov. 2011 (nepublikovaný text, PK, FN,Trenčín)
85. Bob P. Brain, mind and consciousness. New York: Springer; 2011.
86. Van der Hart O, Brown P. Abreaction re-evaluated. Dissociation; 1992; 5: 127–40.
87. Van der Hart O, Dorahy MJ. History of the concept of dissociation. In: Dell P, O´Nell J, ed. Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond. New York: Routledge; 2009: 3-26.
88. Wolpe J. The Practice of Behavior Therapy. New York: Pergamon Press; 1969.
89. Elofsson U O, von Scheele B, Theorell T, Sondergaard HP. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Anxiety Disorders; 2008; 22 (4): 622-634.
90. Sack M, Lempa W, Steinmertz A, Lamprecht F, Hofmann A. Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—Results of a preliminary investigation. Journal of Anxiety Disorders; 2008; 22: 1264–1271
91. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. Journal of Clinical Psychology, 2002: 58, 61-75.
92. Panksepp J. Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions. Oxford: Oxford University Press, 1998: 466.
93. Peters UH. Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. Stuttgart: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 2011:688.
94. Ciompi L. Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1997: 371.
95. Ciompi L, Endert E. Gefühle machen Geschichte: Die Wirkung kollektiver Emotionen - von Hitler bis Obama. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011: 272.
96. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Bantam Dell, A Division of Random House; 2005: 467.
97. Miller A. Thou shalt not be aware. New York: The Noonday Press; 1998: 329.
98. Herman J L. Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror. Bratislava: Aspekt; 2001: 342.
99. Luxenberg T, Spinazzola T, van der Kolk BA. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. Directions in Psychiatry; 2001: 21: 373-393.
100. Malec J F. Mild traumatic brain injury: Scope of the problem. In: Varney

NR. Roberts R J. ed. The evaluation and treatment of mild traumatic brain injury. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 1999: 15-39.
101. Schlegel L. Transakčná analýza ako kreatívne spojenie hlbinnej a kognitívnej psychoterapie. Psychoterapia presahujúca hranice smerov. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2007: 571.
102. Matthess H, Nijenhuis E. Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? Therapeutische Möglichkeiten bei schwerer dissoziativer Persönlichkeitsdesinlegration. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schatauer; 2006: 465-482.
103. Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schatauer; 2006: 570.
104. Schneider F. Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung. Berlin: Springer; 2011: 79.

Prílohy

V prílohách uvádzame návody na štruktúrované interview pre posttraumatickú stresovú poruchu podľa DSM-IV a podľa DSM-IV-TR, pre akútnu stresovú poruchu podľa DSM-IV-TR, pre diagnostiku porúch osobnosti podľa DSM-IV; dva dotazníky umožňujú typológiu vzťahovej väzby u dospelých, jeden dotazník mapuje zapamätané rodičovské správanie; uvádzame aj škálu umožňujúcu skríning dopadu psychotraumy na prežívanie; škálu Svetovej zdravotníckej organizácie pre stupeň postihnutia; jedna škála je venovaná problematike psychotraumatizácie v detstve, iná zase všeobecne stresorom v priebehu života.

Všetky tieto inštrumenty sa nám javia ako užitočné pre prax a máme s nimi dobré skúsenosti. Sú využiteľné aj výskumne. Kde je to potrebné, uvádzame pri jednotlivých inštrumentoch aj odkazy na ďalšie zdroje umožňujúce prácu s nimi.

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) – DSM-IV

Hlavný znak: špecifický symptómový vzorec ako dôsledok určitej masívnej traumy.
Trauma: napr. znásilnenie, iné násilie, prírodné katastrofy.
Reakcia: reakcia na traumu musí obsahovať intenzívnu úzkosť, bezmocnosť alebo des (horor).
Symptómový vzorec: strach/vyhýbanie sa podnetom pripomínajúcim traumu, často intenzívne znovuprežívanie (denné sny, desivé sny), emočné otupenie a súčasne zvýšená dráždivosť.
Postihnutie: symptómy musia spôsobovať klinicky významné utrpenie/postihnutie.
Trvanie: najmenej 1 mesiac.
Znovuprežívanie: najmenej 1 z 5 uvedených symptómov.
Vyhýbanie sa/znížená reaktivita: najmenej 3 zo 7 sypmtómov.
Pretrvávajúca nadmerná dráždivosť: najmenej 2 z 5 symptómov.

Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Kedy ste zažili extrémne zaťažujúcu udalosť a o čo išlo?

……..
……..

Čo z nasledujúceho pre Vás platí?

Znovuprežívanie:

...	*opätovne sa vracajúce a vtierajúce spomienky*	ÁNO	NIE
...	*vracajúce sa sny*	ÁNO	NIE
...	*náhle spávanie sa alebo city, akoby sa trauma opäť vrátila*	ÁNO	NIE
...	*psychická záťaž pri výročiach alebo udalostiach, ktoré symbolizujú traumu alebo ju pripomínajú*	ÁNO	NIE
...	*telesné rozrušenie pri spomienke na traumu*	ÁNO	NIE

Vyhýbanie sa/znížená reaktivita:

...	*vedomé vyhýbanie sa myšlienkam alebo citom, ktoré súvisia s traumou*	ÁNO	NIE
...	*vedomé vyhýbanie sa aktivitám alebo situáciám, ktoré vyvolávajú spomienky na traumu*	ÁNO	NIE
...	*neschopnosť spomenúť si na detaily traumy*	ÁNO	NIE
...	*zreteľne znížený záujem o dôležité aktivity*	ÁNO	NIE
...	*pocit izolovanosti od druhých alebo pocit odcudzenia sa od druhých*	ÁNO	NIE
...	*obmedzenie citového sveta, napr. neschopnosť prežívať emócie lásky*	ÁNO	NIE
...	*pesimizmus do budúcnosti*	ÁNO	NIE

Pretrvávajúca zvýšená nabudenosť (hyperarousal):

...	*ťažkosti so zaspávaním alebo kontinuitou spánku*	ÁNO	NIE
...	*dráždivosť*	ÁNO	NIE
...	*ťažkosti s koncentráciou pozornosti*	ÁNO	NIE
...	*hypervigilita (zvýšená bdelosť)*	ÁNO	NIE
...	prehnané úľakové reakcie		

Zdroj: Margraf, J.: Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Handbuch. Interviewleitfaden. Berlin: Springer Verlag, 1994: 68.

Preklad: J. Hašto, 1995

© Springer Verlag Berlin Heidelberg, 1994

Posttraumatická stresová porucha

(Diagnóza podľa DSM-IV- TR, vodidlá pre diagnostické interview DIPS.)

„Nasledovné otázky sa budú týkať traumatických udalostí. Pre osoby, ktoré zažili traumatické udalosti, môže byť ťažké hovoriť o traumatickom zážitku. Preto považujem za dôležité Vás dopredu informovať, že mi nemusíte detailne opisovať udalosť. Pri nasledujúcich otázkach ide o skôr o to, ako Vám bolo v dôsledku udalosti."

* **1.1** *Zažili ste Vy sám/sama niekedy traumatickú alebo život ohrozujúcu udalosť? Príkladmi takýchto udalostí sú fyzické útoky, ťažké poranenia, sexuálne zneužívanie, zabitia, boj, nehody, prírodné katastrofy alebo človekom zapríčinené katastrofy. Alebo ste boli svedkom takého niečoho?*

ÁNO_____ **NIE**_____

V prípade, že **ÁNO:**

***1.2** *Aká to bola udalosť?* _____

***1.3** *Kedy sa to stalo*? **Dátum:** _____

Poznámka: pri pretrvávajúcich udalostiach (napr. pri pokračujúcom telesnom týraní) poznamenať začiatok a koniec traumy.

> ➢ Ak neuplynul najmenej jeden mesiac od skončenia traumy: prechádzame k diagnostike „akútnej stresovej poruchy".

***1.4** *Dokážete sa rozpomenúť na udalosti tohto typu, ktoré sa udiali vo Vašom detstve?* **ÁNO**_____ **NIE**_____

V prípade, že **ÁNO**:

***1.5** *Aká to bola udalosť?* _____

***1.6** *Kedy sa to stalo?* **Dátum**: _____

Poznámka: pri dlhotrvajúcich udalostiach (napr. pokračujúcom telesnom týraní) poznačiť začiatok a koniec traumy.

> ➢ V prípade, že vyšetrovaný neuvádza traumatickú udalosť (nie pri 1.1 a 1.4): prejdite k diagnostike „veľkej depresie".

*2.1 *Aké emócie/pocity ste pociťovali počas tej udalosti?*
Opíšte to pre každú traumu, o ktorej ste sa zmienili.
Opis: _____

*2.2 *Prežívali ste počas udalosti /udalostí intenzívnu úzkosť, bezmocnosť alebo zhrozenosť?* **ÁNO**_____ **NIE**_____

➢ Pri jednoznačnom NIE pri 2.2: prejdite k „veľkej depresii".

*3.1 *Trpíte v súčasnosti vracajúcimi sa spomienkami, myšlienkami alebo snami súvisiacimi so zažitou traumou alebo cítite záťaž, keď počúvate alebo vidíte veci, ktoré Vám pripomínajú tú udalosť? Alebo cítite sa rozrušenejší/-ia a obmedzenejší/-ia vo svojom živote odkedy ste zažili traumu?*
ÁNO_____ **NIE**_____

➢ Ak ÁNO pri 3.1: pokračujte otázkou 4.

*3.2 *Trpeli ste niekedy po tejto udalosti vracajúcimi sa alebo zaťažujúcimi myšlienkami, spomienkami alebo snami, ktoré súviseli s traumou alebo ste cítili záťaž, keď ste počuli alebo videli veci, ktoré Vám pripomínali tú udalosť? Alebo ste sa niekedy, od doby zážitku traumy, cítili celkovo rozrušenejší/-ia a obmedzenejší/-ia vo svojom živote?* **ÁNO**_____ **NIE**_____

➢ Ak je jednoznačné NIE pri 3.1 a 3.2: prejdite k „veľkej depresii".

*4. Symptómy znovuprežívania (najmenej jeden symptóm)

Pri symptómoch prípadne zachyťte ich špecifickú povahu ako napr. podnety, ktoré spúšťajú utrpenie súvisiace s udalosťou. Využite kolonku komentár na poznačenie klinicky významných informácií (napr. trvanie symptómov).

Ako často prežívate nasledovné symptómy? Ako silno nimi trpíte?

Frekvencia/závažnosť:
Pre každý symptóm znovuprežívania urobte posúdenie častosti výskytu znovuprežívania prípadne stupeň závažnosti záťaže pomocou nasledov-

nej škály (kombinované hodnotenie):

Poznámka: Symptóm je naplnený, keď sa symptóm naďalej objavuje

nie	zriedka	občas	často	neustále
0.....1	2	 3	 4	.....5.....6.....7 8
takmer nie	slabá	mierna	ťažká	veľmi ťažká

	Frekvencia/ stupeň intenzity	Komentár
*__4.1__ Vnucujúce sa spomienky na udalosť (obrazy, myšlienky, vnemy alebo jednotlivé fragmenty). *Myslíte na tú traumu, aj keď na ňu nechcete mysliet'? Alebo máte náhle nechcené myšlienky na traumu?*	_____	_____
*__4.2__ *Sny o udalosti.*	_____	_____
*__4.3__ Správanie alebo pocity akoby sa udalosť zopakovala (napr.: halucinácie, znovuprežívanie traumy, flaschback). *Cítite sa alebo konáte niekedy tak, ako by ste boli v tej traumatickej situácii?*	_____	_____
*__4.4__ Psychická záťaž pri konfrontácii s vnútornými alebo vonkajšími podnetmi, ktoré pripomínajú udalosť. *Emočne Vás to rozruší, keď Vám niečo pripomenie traumu?*	_____	_____
*__4.5__ *Telesná reakcia pri konfrontácii s vnútornými alebo vonkajšími podnetmi, ktoré pripomínajú udalosť (napr. potenie, dýchacie ťažkosti, búšenie srdca).*	_____	_____

> ➢ V prípade, že nie je splnený žiadny symptóm 4.1 – 4.5: prejdite k „veľkej depresii“.

*5. Symptómy vyhýbania a oploštenia celkovej reaktivity
(najmenej tri symptómy).

Ako často ste od traumy zažívali nasledovné symptómy? Do akej miery ste prežívali nasledovné symptómy? Prosím odpovedajte ÁNO, len ak sa určitý symptóm objavil až po traume.

Frekvencia/závažnosť:
Pre každý symptóm znovuprežívania urobte posúdenie častosti výskytu znovuprežívania prípadne stupeň závažnosti záťaže pomocou nasledovnej škály (kombinované hodnotenie):

nie	zriedka	občas	často	neustále
0 1	 2	 3	..... 4 5	..... 6 7	 8
takmer nie	slabá	mierna	ťažká	veľmi ťažká

Poznámka: Symptóm je naplnený, keď sa symptóm pretrvávajúco objavuje

	Frekvencia/ stupeň intenzity	Komentár
*5.1 *Vedomé vyhýbanie sa myšlienkam, pocitom alebo rozhovorom, ktoré súvisia s udalosťou*	_____	_____
*5.2 *Vedomé vyhýbanie sa aktivitám, situáciám alebo ľuďom, ktorí by oživili spomienky na udalosť*	_____	_____
*5.3 *Neschopnosť rozpamätať sa na určitý dôležitý aspekt traumy (napr. časový sled)*	_____	_____
*5.4 *Strata záujmu a/alebo znížená účasť na aktivitách, ktoré boli pre Vás dôležité*	_____	_____
*5.5 *Pocit oddelenosti alebo odcudzenia sa od druhých*	_____	_____
*5.6 Obmedzené emócie (napr. neschopnosť pociťovať nehu). *Cítite sa ako „ochrnutý/-á" alebo akoby ste nedokázali pociťovať žiadne silné emócie?*	_____	_____

*5.7 Dojem obmedzenej budúcnosti
(napr. neočakáva nijakú kariéru, manželstvo alebo normálne dlhý život). *Zistili ste nejakú zmenu v tom, ako rozmýšľate o cieľoch a plánoch do budúcnosti?* _____ _____

> ➢ Ak sú jednoznačne naplnené menej než tri symptómy z 5.1 – 5.7: prejdite k „veľkej depresii".

*6. Symptómy zvýšeného nabudenia/aktivácie (najmenej 2 symptómy)

Ako často ste od tej udalosti zažívali nasledovné symptómy? V akej miere ste zažili nasledovné veci? Prosím odpovedajte ÁNO len vtedy, keď sa symptóm objavil až po traume.

Frekvencia/závažnosť:
Pre každý symptóm znovuprežívania urobte posúdenie častosti výskytu znovuprežívania prípadne stupeň závažnosti záťaže pomocou nasledovnej škály (kombinované hodnotenie):

nie	zriedka	občas	často	neustále
0.....1	2	 3	 4	.....5.....6.....7	 8
takmer nie	slabá	mierna	ťažká	veľmi ťažká

Poznámka: Symptóm je naplnený, keď sa symptóm naďalej objavuje

	Frekvencia/ stupeň intenzity	Komentár
*6.1 *Ťažkosti so zaspávaním alebo kontinuitou spánku*	_____	_____
*6.2 *Dráždivosť, výbuchy hnevu*	_____	_____
*6.3 *Ťažkosti s koncentráciou pozornosti*	_____	_____
*6.4 Nadmerná bdelosť		
Ste veľmi bdelý/-á /ostražitý/-á, keď k tomu nie je žiadny dôvod?	_____	_____

*6.5 Nadmerná úľaková reakcia.
Reagujete veľmi úľakom, napr. pri náhlom hluku, ako je buchnutie dverí? _____ _____

> ➢ V prípade, že sú jednoznačne splnené menej ako dva symptómy zo 6.1 – 6.5: prejdite k „veľkej depresii".

*7.1 *Za akú dobu po tej udalosti sa objavili tieto symptómy?*
Týždne: _____

*7.2 *Objavili sa symptómy až 6 mesiacov po traume?*
ÁNO_____ **NIE**_____

Poznámka: Diagnóza „posttraumatická stresová porucha s odloženým začiatkom" je splnená, keď syndróm sa objavil po traume najmenej o 6 mesiacov neskôr.

*7.3 *Ako dlho už trvá symptomatika?*

☐ < 3 mesiace (akútna)
☐ > 3 mesiace (chronická)

*8. *Ako výrazne ste kvôli opísaným symptómom obmedzovaný/-á vo svojom živote, práci, sociálnych situáciách a pri iných aktivitách? Ako výrazne ste tým zaťažovaný/-á?*

Posúďte obmedzenie a záťaž pomocou nasledovnej škály (≥ 4 sa hodnotí ako klinicky významné):

0.....1 .....2 ..... 3 ..... 4.....5.....6.....7 8
takmer nie slabo mierne ťažko veľmi ťažko

Obmedzenie: _____ (0-8)
Záťaž: _____ (0-8)

*9. *Okrem tejto aktuálne fázy sa vyskytli skoršie fázy, v ktorých ste mali podobné problémy súvisiace s touto udalosťou alebo aj s inou udalosťou?*

ÁNO_____ NIE_____

Ak **ÁNO,** malo by sa zvážiť pokračovanie interview o skorších fázach. Malo by sa to zvažovať hlavne vtedy, keď sa táto informácia javí, ako potrebná pre ujasnenie určitej diagnózy.

Údaje o skorších fázach: _____

Zdroj: Schneider, S., Margraf, J. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schneider, S., Margraf DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 112 – 116 2011: 292.

Preklad: Jozef Hašto, 2011

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

Akútna stresová porucha

podľa DSM-IV-TR

Položte otázky tejto časti vtedy len ak sa udial traumatický zážitok a to v posledných 4 týždňoch (otázky 1.1 1.3 z interview pre diagnostiku PTDP).

*__1.1 Opíšte traumatickú udalosť:__ _____

*__2.1__ *Aké pocity ste mali počas tej udalosti?*
Opíšte to pre každú z uvádzaných tráum.
Opis: _____

*__2.2__ *Prežívali ste počas tej udalosti /tých udalostí intenzívnu úzkosť, bezmocnosť alebo zhrozenie?* **ÁNO** _____ **NIE**_____

*__3.__ Disociatívne symptómy (najmenej 3 symptómy)

Ako často ste od začiatku tej udalosti prežívali nasledovné? V akej miere ste prežívali nasledovné veci počas alebo od tej traumy?

Posúďte častosť a závažnosť symptómov pomocou nasledovnej škály (kombinované posudzovanie):

nie	zriedka	občas	často	stále
0	1	2	3	4
takmer nie	slabo	mierne	ťažko	veľmi ťažko

	Častosť/ závažnosť	Komentár
*__3.1__ *Subjektívny pocit, odpojnosti alebo chýbania schopnosti emočne reagovať*	_____	_____
*__3.2__ *Znížená pozornosť voči okoliu, pocit „omámenosti“*	_____	_____
*__3.3__ *Derealizácia (pocity neskutočnosti) (napr. vidieť svet akoby cez záclonu)*	_____	_____

*3.4 *Depersonalizácia (napr. stáť vedľa seba, pripadať si ako cudzí)* _____ _____

*3.5 *Neschopnosť rozpomenúť sa na určitý dôležitý aspekt traumy (disociatívna amnézia)* _____ _____

> ➢ V prípade, že je splnených jednoznačne menej symptómov ako 3 z 3.1 až 3.5: pokračujte pri „veľkej depresii".

*4 Symptómy znovuprežívania (najmenej 1 symptóm)
Ako často od tej udalosti ste prežívali nasledovné veci? V akej miere ste tieto nasledovné veci prežívali?

Posúďte častosť a závažnosť symptómov pomocou nasledovnej škály (kombinované posudzovanie):

nie	zriedka	občas	často	stále
0	1	2	3	4	5	6	7	8
takmer nie	slabo	mierne	ťažko	veľmi ťažko

	Častosť/ závažnosť	Komentár
*4.1 *Vnucujúce sa spomienky na tú udalosť (obrazy, myšlienky alebo vnemy alebo jednotlivé fragmenty)*	_____	_____
*4.2 *Sny o tej udalosti*	_____	_____
*4.3 *Konanie alebo pocity, akoby tá udalosť tu bola znova (napr. halucinácie, znovuprežívanie traumy)*	_____	_____
*4.4 *Psychická záťaž pri konfrontácii s vnútornými alebo vonkajšími podnetmi, ktoré pripomínajú tú udalosť*	_____	_____

> ➢ Ak nie je jednoznačne splnený žiadny symptóm z 4.1 až 4.5: pokračujte pri „veľkej depresii".

*5. Symptómy vyhýbania (najmenej 1 symptóm)
Ako často ste od tej traumy prežívali nasledovné veci? V akej miere ste prežívali nasledovné veci?

Posúďte častosť a stupeň symptómov pomocou nasledovnej škály (kombinované posudzovanie):

nie	zriedka	občas	často	stále
0	1	2	3	4	5	6	7	8
takmer nie	slabo	mierne	ťažko	veľmi ťažko

	Častosť/ závažnosť	Komentár
*5.1 *Vedomé vyhýbanie sa myšlienkam, emóciám alebo rozhovoru, ktoré súvisia s udalosťou*	_____	_____
*5.2 *Vedomé vyhýbanie sa aktivitám, situáciám alebo ľuďom, ktorí vyvolávajú spomienku na tú udalosť*	_____	_____
*5.3 *Iné symptómy vyhýbania: ktoré?*	_____	_____

> ➢ V prípade, že nie sú jednoznačne žiadne symptómy vyhýbania (5.1 až 5.3): ďalej k „veľkej depresii“.

*6. Symptómy úzkosti alebo zvýšeného nabudenia / arousal (najmenej 1 symptóm)
Ako často ste prežívali nasledovné veci od tej udalosti? V akej miere ste prežívali nasledovné veci? Prosím odpovedzte áno len vtedy, ak sa určitý symptóm objavil až v nadväznosti na traumu.

Posúďte častosť a závažnosť symptómov pomocou nasledovnej škály (kombinované hodnotenia):

nie	zriedka	občas	často	stále
0	1	2	3	4	5	6	7	8
takmer nie	slabo	mierne	ťažko	veľmi ťažko

	Častosť/ závažnosť	Komentár
***6.1** *Ťažkosti so zaspávaním alebo trvaním spánku*	_____	_____
***6.2** *Podráždenosť*	_____	_____
***6.3** *Ťažkosti s koncentráciou pozornosti*	_____	_____
***6.4** *Nadmerná bdelosť*	_____	_____
***6.5** *Nadmerná úľaková reakcia*	_____	_____
***6.6** *Motorický nepokoj*	_____	_____
***6.7** *Iné symptómy úzkosti alebo zvýšeného nabudenia: ktoré?*	_____	_____

> ➢ V prípade, že jednoznačne nie sú žiadne symptómy úzkosti alebo zvýšeného nabudenia (6.1 až 6.7): pokračujte pri „veľkej depresii".

***7.** *Za aký čas po tej udalosti sa objavili tie symptómy?*
Dni: _____

***8.1** *Užívali ste v deň tej traumy, alebo keď sa objavili symptómy, nejaké medikamenty alebo drogy (vrátane kofeínu), alebo ste pili neobvykle veľa alkoholu?* **ÁNO** _____ **NIE**_____

Opíšte (typ, dávka, čas užitia/vysadenia): _____

V prípade, že **ÁNO**
***8.2** *Je možné, že užitie medikamentov, drog alebo alkoholu zapríčinili symptómy?* **ÁNO** _____ **NIE**_____

Vylúčenie organických príčin:
***9.** *Vyskytovali sa krátko predtým, alebo keď začala symptomatika, zvláštne telesné podmienky alebo ochorenia (napr. zápal stredného ucha, problémy so*

štítnou žľazou, gravidita, nízka hladina cukru, prolaps mitrálnej chlopne), ktoré možno zapríčinili tie symptómy? **ÁNO** _____ **NIE**_____

Opis: _____

*__10.__ *Ako veľmi ste v dôsledku hore opísaných symptómov obmedzovaný /-á vo svojom živote, svojej práci, sociálnych situáciách pri iných aktivitách? Ako výrazne ste tým zaťažovaný/-á?*
Posúďte postihnutie a záťaž pomocou nasledovnej škály (≥ 4 sa hodnotí ako klinicky relevantné):

0.....1 .....2 ..... 3 ..... 4.....5.....6.....7 8
takmer nie slabo mierne ťažko veľmi ťažko

Postihnutie: _____ (0 – 8)
Záťaž: _____ (0 – 8)

Schneider S. Margraf J. Akute Belastungsstörung. In Schneider S. Margraf J. DIPS Diagnostische Interview bei psychischen Störungen für DSM-IV-TR. 4., überarbeitete Auflage, 117-120. Berlin Springer 2011: 292.

Preklad: J. Hašto
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

SKID-I

Štruktúrované klinické interview pre DSM-IV

Os I: Psychické poruchy

Zošit pre interview

Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

štruktúrované interview pre DSM-IV diagnostiku, SKID-I

Ukážte zoznam situácií (v priloženom zošite)!

Niekedy sa prihodia extrémne hrozné veci, napr. človek sa ocitne v situácii ohrozenia života, prežíva nejakú katastrofu, má vážny úraz, je ohrozený požiarom, bol prepadnutý alebo olúpený, musel sa prizerať, ako bola zabitá alebo ťažko poranená druhá osoba alebo musel počúvať, že jemu blízkej osobe sa niečo také prihodilo. Prežili ste niekedy niektorú z týchto udalostí z tohto zoznamu? **(Ak viaceré situácie, kódujte najhoršiu!)**

Popíšte:

Kedy: . . .

Ak nebol žiadny z týchto zážitkov, urobte tu krížik a pokračujte pri F115 (generalizovaná úzkostná porucha)! ☐

F85	**V prípade traumy:** Takéto udalosti sa niekedy opakovane objavujú v priebehu dlhšej doby v desivých snoch, predstavách alebo myšlienkach, ktorých sa nemôžete zbaviť. Bolo to tak aj u Vás? **Ak nie:** Boli ste veľmi zmätený, keď ste sa ocitli v určitej situácii, ktorá Vám pripomínala túto hroznú udalosť?	Poznamenajte:
	Ak boli uvedené viaceré než jedna trauma: Ktorá z týchto udalostí Vás najviac zaťažila (bola najhoršia)?	Poznamenajte:

Ak obidve otázky z F85 boli zodpovedané záporne, urobte tu krížik a pokračujte generalizovanou úzkostnou poruchou F115! ☐

Zamerajte sa pri nasledovných otázkach na traumatické udalosti, ktoré boli uvedené pri skríningovej otázke 85:	**Kritériá** A. Osoba bola vystavená určitej traumatickej situácii, v ktorej boli splnené 2 nasledujúce podmienky:	
F86 **V prípade nejasnosti:** Ako ste reagovali, keď sa Vám prihodila (**trauma**)? (Mali ste strach, cítili ste sa bezmocne alebo zhrozene?	1) Osoba bola buď svedkom, alebo sama postihnutá jednou alebo viacerými udalosťami, pri ktorej/ktorých došlo k faktickej smrti alebo hrozila smrť, ťažké poranenie alebo ohrozenie.	? 1 2 3 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
	2) Osoba reagovala intenzívnou úzkosťou, bezmocnosťou alebo zhrozením.	? 1 2 3 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
	B. Traumatická udalosť je neustále znovu prežívaná najmenej jedným z nasledujúcich spôsobov:	
F87 Musíte stále myslieť na (**traumu**)? Prichádzajú tieto myšlienky opätovne samé od seba?	1) opakujúce sa a vnucujúce sa zaťažujúce spomienky na udalosť (alebo predstavy, myšlienky, vnemy)	? 1 2 3
F88 ... snívalo sa Vám o tom znova a znova?	2) opakujúce sa veľmi zaťažujúce sny o tej udalosti	? 1 2 3
F89 ... stávalo sa častejšie, že ste konali alebo sa cítili, akoby ste opäť boli v tejto situácii?	3) konanie alebo pocity, akoby tu opäť bola traumatická udalosť (patrí sem znovuprežívanie udalosti, bludné myšlienky, halucinácie a disociatívne epizodické znovuprežívanie, vyskytujú sa ako v bdelom stave, tak aj pri intoxikácii)	? 1 2 3

F90 Boli ste veľmi zmätený, keď Vám niečo pripomenulo (**traumu**)?	4) intenzívne psychické utrpenie pri konfrontácii s vnútornými a vonkajšími podnetmi, ktoré majú určitý aspekt traumatickej udalosti, symbolizujú ju alebo sú jej podobné	? 1 2 3
F91 ... keď ste mysleli na tú udalosť alebo ste si na ňu nejako spomenuli, mali ste potom často telesné príznaky ako nával potu, sťažené dýchanie, búšenie srdca ...?	5) telesné reakcie pri konfrontácii s vnútornými alebo externými podnetmi, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú nejaký aspekt traumatickej udalosti	? 1 2 3
F92 **Posúdenie:**	**Najmenej 1 znak z kritéria B je kódovaný s 3**	**1 3** 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
Od tejto udalosti ...	C. Pretrvávajúce vyhýbanie sa podnetom, ktoré majú súvislosť s traumou a obmedzenie celkovej reaktivity, ako sa to popisuje najmenej 3 z nasledovných znakov:	
F93 ... vyhýbate sa vedome rozmýšľať o (**traume**) alebo hovoriť o tom?	1) vyhýbanie sa myšlienkam, pocitom alebo rozhovorom, ktoré majú súvislosť s traumou	? 1 2 3
F94 ... vyhýbate sa veciam a ľuďom, ktorí Vám pripomínajú (**traumu**)?	2) vyhýbanie sa aktivitám, miestam alebo ľuďom, ktorí by mohli oživiť spomienku na traumu	? 1 2 3
F95 ... máte ťažkosti spomenúť si na niektoré dôležité detaily (**traumy**)?	3) neschopnosť reprodukovať dôležité aspekty traumy	? 1 2 3

F96 ... máte menší záujem o veci, ktoré pre Vás predtým niečo znamenali, napr. vidieť sa s priateľmi, čítať knihy alebo pozerať televíziu?	4) zreteľne znížený záujem alebo účasť na dôležitých aktivitách	? 1 2 3
F97 ... cítite sa odcudzený od druhých alebo akoby izolovaný od nich?	5) pocit izolácie a odcudzenia od druhých	? 1 2 3
F98 ... cítite sa otupený, takže už nemáte žiadne silné alebo nežné pocity voči druhým?	6) obmedzený afekt (napr. neschopnosť pociťovať lásku)	? 1 2 3
F99 ... pozorovali ste nejakú zmenu u seba v spôsobe, ako sa dívate na svoju budúcnosť alebo ju plánujete?	7) chýbanie určitej perspektívy do budúcnosti (nič napr. neočakáva, ani robenie kariéry, ani svadbu, deti alebo nejaké normálne očakávanie od života)	? 1 2 3
F100	**Najmenej 3 zo znakov z kritériá C sú kódované s 3**	**1 3** 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
Od tejto udalosti ...	D. 2 alebo viaceré pretrvávajúce symptómy zvýšenej úrovne dráždivosti	
F101 ... máte odvtedy ťažkosti so zaspávaním alebo prerušovaním spánku?	1) ťažkosti so zaspávaním alebo prerušovaný spánok	? 1 2 3
F102 ... ste neobvykle podráždený alebo mávate napr. výbuchy hnevu?	2) dráždivosť alebo výbuchy zlosti	? 1 2 3
F103 ... máte ťažkosti so sústreďovaním sa?	3) ťažkosti so sústreďovaním sa	? 1 2 3

F104 ... ste mimoriadne nervózny, napätý a stále v strehu, aj bez príčiny?	4) vystupňovaná vigilancia	? 1 2 3
F105 ... mimoriadne reagujete úľakom, napr. pri náhlych zvukoch/hluku?	5) vystupňovaná úľaková reakcia	? 1 2 3
F106 **Posúdenie:**	**Najmenej 2 znaky z kritériá D sú kódované 3**	**1 3** 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
F107 **Posúdenie:**	E. Porucha (symptómy z kritérií B,C a D) trvá dlhšie než 1 mesiac.	? 1 2 3
Ak nejasné: Ako dlho pretrvávali (**symptómy**)?	Ak je kódovanie 1 preskúmajte prípadne či sa nejedná o akútnu stresovú reakciu (sekcia J: optional)	1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
F108 **Posúdenie:**	F. Porucha spôsobuje klinicky významné utrpenie alebo postihnutie sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti života.	? 1 2 3 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha)
F109 **Posúdenie:**	**Kritériá A, B, C, D, a E posttraumatickej stresovej poruchy sú kódované s 3**	1 3 1→ F115 (generalizovaná úzkostná porucha) 3 = PTSD
Chronológia		
F110 **V prípade nejasnosti:** Mali ste počas predchádzajúceho mesiaca (**symptómy PTSD**)?	splňovali kritériá pre PTSD počas predchádzajúceho mesiaca	? 1 3
F111 **V prípade nejasnosti:** Koľko ste mali rokov, keď ste prvý raz mali (**symptómy PTSD**)?	vek pri začiatku PTSD **kódujte 99, ak to nie je známe**	VEK _ / _

F112 Kedy ste mali naposledy (**symptómy PTSD**)?	počet mesiacov pred interview, kedy sa naposledy objavil nejaký symptóm

F113 **Keď F110 bolo kódované s 3, určite vtedajší stupeň závažnosti:**

1 **Ľahká:** Ak vôbec, tak len málo symptómov presahuje mieru, ktorá sa vyžaduje pre diagnózu, a symptómy spôsobujú len ľahké postihnutie sociálnej alebo pracovnej výkonnosti.

2 **Stredná:** Symptómy alebo postihnutia výkonnosti sa pohybujú v rozsahu medzi ľahkým a ťažkým stupňom.

3 **Ťažká:** Symptómy výrazne presahujú mieru, ktorá sa požaduje pre diagnózu a niektoré symptómy sú vyjadrené veľmi silno, alebo symptómy spôsobujú zreteľné postihnutie v sociálnej a pracovnej výkonnosti (schopnosti výkonu).

Nr.___

F114 **Keď bola F110 kódovaná 1 a terajšie kritériá nie sú plne naplnené (alebo vôbec nie):**

4 **Parciálna remisia:** Kritériá pre poruchu boli v minulosti plne naplnené, teraz sa však vyskytujú len niektoré zo symptómov alebo náznaky poruchy.

5 **Plná remisia:** Nie sú prítomné žiadne symptómy alebo známky poruchy, ale zmienenie sa o poruche je stále ešte klinicky významné.

6 **Skoršie predchorobie:** Existuje predchorobie, v ktorom osoba spĺňala kritériá pre poruchu, ale považuje sa za remitovanú.

Nr.___

Vysvetlivky:
? = neisté / príliš málo informácií
1 = nie /nevyskytuje sa
2 = vyskytuje sa, ale nie je tak výrazné, aby splňovalo kritériá
3 = s istotou sa vyskytuje a je vyjadrené tak, že spĺňa kritériá

Zoznam pre PTSD

1. Zažili ste pri nejakom vojnovom nasadení hrozné skúsenosti?

2. Boli ste vážne telesne ohrozený (napr. nejakou zbraňou), napadnutý, zranený alebo týraný?

3. Boli ste obeťou znásilnenia?

4. Boli ste ako dieťa (pred Vaším 14. rokom života) sexuálne zneužívaný, t.j. niekto Vás proti Vašej vôli nútil k sexuálnym aktivitám alebo ich na Vás vykonával?

5. Boli ste obeťou nejakej prírodnej katastrofy?

6. Mali ste závažnú nehodu?

7. Boli ste v zajatí, boli ste držaný ako rukojemník alebo ste boli obeťou únosu?

8. Boli ste svedkom, ako sa niektorá z vyššie uvedených udalostí stala nejakej druhej osobe?

Komu: .....

Ktorá z hore uvedených udalostí?

Číslo ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

9. Existuje ešte nejaká iná, dosiaľ ešte nezmienená hrozná udalosť alebo nejaká katastrofa?

Aká: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wittchen H-U. Wunderlich U. Grischwitz S. Zaudig M. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Von: H.U. Eine deutschsprachige, erweitere Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-I.: 75-78. Göttingen, Hogrefe,1997:122

© Hogrefe Verlag, Göttingen, 1997.

Slovenský preklad: J. Hašto, 2000

SKID-II

Štruktúrované klinické interview
pre DSM-IV
Os II: Poruchy osobnosti

Zošit pre interview

1. Všeobecná informácia

Štruktúrované klinické interview pre DSM-IV, os-II (SKID-II, poruchy osobnosti) je diagnostická metodika pre desať porúch osobnosti uvedených na osi-II, ako aj pre dve v dodatku diagnostického a štatistického manuálu psychických porúch (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). SKID-II je pološtruktúrované interview a malo by sa, pokiaľ možno, používať v kombinácii so SKID-I. Keďže pri vykonávaní interview je potrebné klinické posúdenie príslušných diagnostických kritérií, je potrebné rozsiahle vzdelanie a skúsenosti v oblasti diagnostiky psychických porúch, ako aj účasť na špecifickom tréningu pre SKID, aby bolo možné adekvátne vykonanie a interpretácia interview.

SKID-II je dvojstupňová metóda pozostávajúca z jedného dotazníka, ktorý proband zodpovie a ktorého položky reprezentujú kritériá DSM. Odporúča sa použiť najprv SKID-II dotazník. Slúži pre skríning znakov dvanástich porúch osobnosti. V náväznosti vykonávané interview si potom vyžaduje položiť len tie otázky, ktoré boli v dotazníku označené odpoveďou „áno". Pomocou tohto dvojstupňového postupu sa dosiahne pomerne malá časová náročnosť na interview. Ak nie sú žiadne „áno"-odpovede alebo je ich malý počet, než aby boli splnené kritéria pre určitú poruchu osobnosti, potom nie je potrebné vykonať naväzujúce interview. Podľa vyšetrovanej klientely a počtu „áno"- odpovedí trvá interview od niekoľkých minút do asi jednej hodiny. Podľa skúseností priemerný čas vykonania je asi 30 minút.

Položky dotazníka sú formulované veľmi všeobecne, takže sa dosahuje vysoká senzitivita. Preto sa dotazník **nemôže** používať samotný pre kategoriálnu diagnostiku porúch osobnosti. Pre spoľahlivú diagnostiku porúch osobnosti musí byť klinická významnosť jednotlivých položiek s „áno"-odpoveďami preskúmaná pomocou príslušných otázok z interview a musia sa preskúmať príslušné diagnostické kritériá.

Dotazník a interview sa môžu používať len po predchádzajúcom dôkladnom zapracovaní a tréningu (nácvik s kolegami alebo kolegyňami, skúšobné interview; pokiaľ možno preskúmanie/supervízia vlastnej techniky interview a hodnotenia kolegami, aby sa zaistila reliabilita; intenzívne štúdium DSM-IV; účasť na tréningových kurzoch).

Pred vykonaním SKID-II by sa mala ujasniť symptómová porucha na osi-I (spravidla na podklade SKID-I). Je veľmi ťažké až nemožné použiť SKID-II, ak má pacient akútnu psychotickú poruchu. Tiež je sťažené rozlíšenie symptomatiky a osobnostných vlastností, keď porucha na osi-I, zvlášť ale afektívne poruchy už trvajú a trvali dlhšie časové obdobie (viac než polovicu obdobia v posledných piatich rokoch).

2. Vykonávanie a vyhodnocovanie

Ako pri zadaní dotazníka, tak aj na začiatku interview je proband alebo probandka upozornená na to, že pri odpovediach na otázky sa má zamerať na posledných päť až desať rokov; nie teda na posledné dni a týždne, v ktorých možno má akútne psychické problémy.

Po vyhodnotení SKID-II dotazníka sa v druhom kroku použije SKID-II zošit pre interview. Ktoré konkrétne položky dotazníka sa budú preskúmavať v interview, to záleží na klinickom hodnotení vyšetrujúceho a závisí to od predchádzajúcich informácií, ktoré sú k dispozícii o pacientovi/pacientke. Odporúča sa verifikovať v interview aspoň otázky zodpovedané v dotazníku „áno".

Upozornenie: Čísla položiek v dotazníku zodpovedajú číslam otázok v interview!!

Pri preskúmavaní otázok z dotazníka zodpovedaných kladne sa z interview odporúčajú otázky zamerané na preskúmanie: „V dotazníku ste uviedli, že ste ľahšie zraniteľní než iní ľudia ..., povedzte mi prosím Vás o tom viac"; alebo „Mohli by ste mi uviesť nejaký zvlášť charakteristický príklad"; alebo „Ako často sa Vám to stáva?".

Príklady uvádzané probandom by sa mali zaznamenávať za účelom verifikácie kritérií. Pri hodnotení jednotlivých kritérií je treba vždy zohľadňovať, že kritérium a iná odpoveď osoby na príslušnú otázku sa kóduje.

Výsledky dotazníka a interview sa prenesú na protokolový a výsledný list. Pritom ako pre dotazník, tak aj pre interview je tu možnosť zaprotokolovať výsledky ako dimenzionálne skóre. Skóre dotazníka a interview môžu byť chápané a interpretované ako dimenzionálny stupeň vyjadrenia v zmysle príslušného osobnostného znaku (pre vysvetlenie kategoriálnej versus dimenzionálnej diagnostiky porúch osobnosti pozri napr. Saß, Houben, Hepertz, Steinmeyer, 1996).

Pre dimenzionálne vyhodnocovanie dotazníka sa počet „áno"-odpovedí pre každú skupinu otázok pre jednotlivé poruchy osobnosti zaznamená v stĺpci „FB-skóre". Tabuľka 1 ukazuje priradenie položiek dotazníka prípadne otázok v interview k jednotlivým osobnostných poruchám.

Pri vyhodnocovaní dotazníka je treba zohľadňovať, že pre antisociálnu poruchu osobnosti sa zaznamenávajú len kritériá pre vek pred 15 rokmi (B-kritérium), a preto zodpovedajúce skóre dotazníka nezodpovedá celkovým kritériám v katalógu DSM.

Počas, prípadne po vykonaní SKID-II-interview je zaznamenaný diagnostický index pre príslušné kritérium v protokole. Kritériá sú pre každú poruchu osobnosti očíslované, pričom nepotrebné políčka sú začiernené. Pri antisociálnej poruche osobnosti sa prvých 15 kritérií kóduje v dvoch radoch („antisociálny, 1-10" a „antisociálny, 11-15"), nasledovných sedem v treťom rade („antisociálny").

Tabuľka 1: Priradenie položiek dotazníka a interview k poruchám osobnosti

Porucha osobnosti	Počet položiek	Čísla položiek
sebaneistá	7	1-7
závislá	8	8-15
obsedantná	9	16-24
negativistická	8	25-32
depresívna	8	33-40
paranoidná	8	41-48
schizotypová	11	49-59
schizoidná	6	60-65
histriónska	7	66-72
narcistická	16	73-88
borderline	14	89-102
antisociálna	15	103-117

Poznámka: Počet položiek (otázok) zodpovedá maximálnemu možnému FB-skóre pre príslušnú poruchu osobnosti. Počet kritérií je ale väčšinou nižší, pretože často sa kladú aj viaceré otázky pre jedno kritérium.

Na **úrovni kritérií** sú možné nasledovné kódovania:

1 = kritérium nie je splnené
2 = kritérium čiastočne (alebo podprahovo) splnené
3 = kritérium splnené
? = informácia nie je dostačujúca.

Čísla v stĺpci „Cutoff" uvádzajú, koľké jednotlivé kritéria musia byť splnené, aby sa mohla diagnostikovať porucha osobnosti. V stĺpčeku „počet splnených" je uvedený počet kritérií kódovaných „3". Z Cutoff-hodnoty a počtu splnených kritérií vyplýva diagnostický index pre príslušnú poruchu osobnosti.

Na **úrovni diagnózy** znamená:

1 = kritériá pre poruchu osobnosti nie sú splnené
3 = kritériá pre poruchu osobnosti splnené
? = informácia nie je dostatočná.

Kódovanie pre „čiastočne splnené" sa na úrovni diagnózy nepredpokladá. Predsa je ale možné vypočítať aj dimenzionálne skóre pre príslušné osobnostné znaky (D-skóre). K tomu sa pripočítavajú kódovania na úrovni kritérií (1, 2 alebo 3) pre príslušnú poruchu osobnosti. Dimenzionálne skóre interview je suma kódov na kritériovej úrovni, pričom „?"-kódovania sa vyhodnocujú ako „1". Táto hodnota sa zaznamenáva v stĺpci „D-skóre" listu pre výsledky.

Tieto všeobecné informácie o SKID-II pre poruchy osobnosti sú zamýšľané ako krátka orientácia a návod. Potrebné popisy poskytuje manuál ku SKID-I a SKID-II (Wittchen, Fydrich, 1997).

Krátky návod k explorácii

Chcel by som Vám teraz dať niekoľko otázok ohľadne Vašej osobnosti, t.j. ako sa obvykle správate a aké máte pocity. **(V prípade, že SKID os-I-interview bola diagnostikovaná DSM-IV porucha, pýtajte sa:)** Viem, že boli obdobia, keď ste mali problémy, ako ... **(prosím uveďte typické symptómy z osi-I interview príslušne modifikované ako príklad).** Mali by ste sa pokúsiť pri zodpovedaní mojich ďalších otázok zamerať sa na obdobia, v ktorých ste netrpeli takýmito problémami. Chcel by som vedieť, ako sa bežne správate, teda keď nemáte žiadne problémy, ako napr. ... . Máte k tomu ešte otázky?

Otázky	**Poznámky**
1. Ako by ste sám seba popísali? **(Prosím, pred objavením sa alebo nezávisle od poruchy na osi-I)** **(Ak nedostaneme žiadnu spontánnu odpoveď, pýtame sa ďalej:)**	
2. Ako by Vás popísali druhí ľudia? **(Prosím, pred objavením sa alebo nezávisle od poruchy na osi-I)**	
3. Kto sú najdôležitejší ľudia vo Vašom živote? **(Keď sa zmieňuje len o príbuzných:)** Ako je to s Vašimi priateľmi, kolegami z práce, atď.?	
4. Ako s nimi vo všeobecnosti vychádzate?	
5. Máte dojem, že spôsob akým obvykle na veci a udalosti reagujete, vedie k problémom so zaobchádzaním s druhými ľuďmi (ako je to doma? v škole? v práci?) (akým spôsobom?)	
6. **(V prípade nejasnosti:)** Urobili ste už niekedy niečo, čím ste nejakým spôsobom nahnevali druhých ľudí?	

Otázky	Poznámky
7. Ako obvykle trávite svoj voľný čas?	
8. Keby ste mohli v niektorých bodoch zmeniť svoju osobnosť, v čom by ste chceli byť iní?	
V prípade, že bol vyplnený dotazník:	
9a. Teraz by som sa rád dostal k niektorým otázkam, ktoré ste v dotazníku zodpovedali kladne „- áno odpovede“.	
V prípade že dotazník nebol vyplnený:	
9b. Teraz by som Vám dal ešte niektoré bližšie otázky.	

Sebaneistá porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovne: „V dotazníku uvádzate, že…“ a formulujte otázku interviewujúceho)	**Prenikavý vzorec sociálnych zábran, pocitov menejcennosti a precitlivelosti voči negatívnemu hodnoteniu. Začiatok je vo včasnom dospelom veku; porucha sa manifestuje v rôznych oblastiach života. Musia byť splnené najmenej *štyri* z nasledovných kritérií.**	
1. Vyhýbate sa pracovným úlohám alebo požiadavkám, pri ktorých prichádzate do styku s novými ľuďmi? • Mohli by ste mi k tomu uviesť nejaký príklad? • Prečo ste sa vyhýbali takýmto úlohám? (Odmietli ste niekedy určité povýšenie, pretože by ste potom museli prichádzať do kontaktu s mnohými ľuďmi, a cítili by ste sa pritom v nepohode?)	(1) vyhýba sa pracovným aktivitám pri ktorých hrá dôležitú úlohu kontakt s druhými, kvôli úzkosti z kritiky, odmietnutia alebo napomenutia (3= najmenej 2 príklady)	? 1 2 3
2. Vyhýbate sa kontaktu s druhými ľuďmi pokiaľ si nie ste istý, že Vás títo skutočne majú radi? • Keď si nie ste istí, či Vás má niekto rád, urobili by ste potom prvý krok a vstúpili by ste do kontaktu s druhým?	(2) nerád sa stretáva s ľuďmi, pokiaľ si nie je istý, že ho majú radi (3= takmer nie je iniciatívny, aby si budoval nejaký sociálny vzťah)	? 1 2 3
3. Pripadá Vám ťažké byť „otvorený“ voči druhým ľuďom, aj keď sú Vám blízki? • Prečo Vám to pripadá ťažké? (Obávate sa snáď, že sa Vám vysmejú alebo Vás privedú do rozpakov?)	(3) je v blízkom vzťahu inhibovaný kvôli úzkosti, že sa strápni alebo že ho vysmejú. (3= platí pre takmer všetky vzťahy)	? 1 2 3

4. Keď ste v kontakte s druhými ľuďmi, obávate sa často, že Vás budú kritizovať alebo odmietať? • Mohli by ste mi uviesť k tomu príklad? • Často o tom premýšľate?	(4) v sociálnych situáciách je silne pod vplyvom obavy, že bude kritizovaný alebo odmietaný (3= myslí na to veľmi často)	? 1 2 3
5. Ste obvykle utiahnutý a mlčanlivý, keď sa zoznamujete s novými ľuďmi? • Prečo? (Cítite sa nejakým spôsobom ako niečo menej alebo ako menejcenný?)	(5) v medziľudských situáciách s neznámymi ľuďmi má zábrany, pretože sa cíti menejcenný (3= súhlas a viaceré príklady)	? 1 2 3
6. Veríte, že nie ste tak múdry, šikovný alebo príťažlivý ako väčšina druhých ľudí? • Popíšte to podrobnejšie.	(6) pociťuje seba ako nešikovného, neatraktívneho alebo menej hodnotného než sú druhí (3= súhlas)	? 1 2 3
7. Máte strach zo skúšania nových vecí? • Máte strach, že sa pritom strápnite? • Môžete uviesť k tomu príklady?	(7) takmer nie je ochotný podstupovať osobné riziká alebo sa odvážiť k novým aktivitám, pretože by sa mohol strápniť (3= viaceré príklady pre strach zo strápnenia sa)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej štyri symptómy boli kódované „3“

1 3

3 = sebaneistá porucha osobnosti

Závislá poruchy osobnosti	Kritériá	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, prípadne podľa vzoru: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Prenikavá a nadmerná potreba mať opateru, čo vedie k podrobivému a priľnavému správania ako aj k strachu z odlúčenia. Začiatok vo včasnom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musí byť splnených najmenej *päť* z nasledujúcich kritérií:**	
8. Potrebujete často rady alebo podporu druhých, skôr než môžete urobiť nejaké každodenné rozhodnutia, napr. keď ide o to, čo si obliecť alebo čo si objednať v reštaurácii? • Mohli by ste mi uviesť nejaké príklady pre takéto rozhodovania, pri ktorých hľadáte radu a podporu u druhých? (Vyskytuje sa to takmer každý deň?)	(1) má ťažkosti robiť samostatné rozhodnutia v bežnom živote; potrebuje nadmerne veľa rád a podpory, potvrdenia od druhých (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
9. Ste pri organizácii dôležitých oblastí života, ako napr. pri finančných záležitostiach, výchove detí alebo plánovaní dňa závislý od druhých osôb? • Mohli by ste mi uviesť niektoré oblasti, z ktorých chcete od druhých viac než len radu? (Je to tak vo väčšine dôležitých oblastí Vášho života?)	(2) nerád sa stretáva s ľuďmi, pokiaľ si nie je istý, že ho majú radi (3= takmer nie je iniciatívny, aby si budoval nejaký sociálny vzťah)	? 1 2 3
10. Pripadá Vám ťažké protirečiť druhým, aj keď si myslíte že títo nemajú pravdu? • Pri akých príležitostiach to bolo alebo je to pre Vás tak? • Čoho sa obávate, že by sa mohlo stať, keby ste protirečili?	(3) má ťažkosti protirečiť druhým kvôli úzkosti, že by stratil podporu, oporu alebo uznanie (3= súhlas alebo viaceré príklady) **(Poznámka: realistická úzkosť z trestu sa tu nezohľadňuje)**	? 1 2 3

11. Pripadá Vám ťažké začať s nejakými úlohami alebo pracovať na nich, keď Vám pritom nikto nepomáha? • Uveďte mi niektoré príklady! • Prečo je to tak? (Máte pochybnosti, či by ste to Vy sám dokázali urobiť dostatočne dobre?)	(4) má ťažkosti s tým, aby začal niečo sám, skôr na základe nedostatočnej dôvery vo vlastný úsudok alebo vlastné schopnosti než z nedostatočnej motivácie alebo energie (3= súhlas)	? 1 2 3
12. Preberáte často dobrovoľne nepríjemné úlohy? • Prečo to robíte?	(5) robí všetko možné, aby si udržal starostlivosť a náklonnosť druhých, vrátane dobrovoľného preberania nepríjemných činností (3= súhlas a najmenej jeden príklad) **(Poznámka: zohľadňuje sa len správanie, ktoré je zacielené na získanie si náklonnosti, napr. nie na postup v zamestnaní)**	? 1 2 3
13. Cítite sa vo všeobecnosti nepríjemne, keď ste sami? • Prečo je to tak? (Je to tak, pretože potrebujete niekoho, kto by sa o Vás staral?)	(6) cíti sa nepríjemne alebo bezmocne, keď je sám, kvôli vystupňovanej úzkosti, že sa nedokáže o seba postarať (3= súhlas)	? 1 2 3
14. Keď končí nejaký blízky vzťah, potrebujete potom rýchlo nejakého druhého človeka, na ktorého sa môžete spoľahnúť? • Vysvetlite mi to podrobnejšie! (Správate sa tak takmer vždy, keď končí blízky vzťah?)	(7) naliehavo hľadá iný vzťah ako zdroj starostlivosti a podpory, keď končí nejaký blízky vzťah (3= stáva sa takmer vždy, keď končí blízky vzťah)	? 1 2 3
15. Často rozmýšľate o tom, že zostanete sám a nebudete mať nikoho, kto by sa o Vás staral? • Znepokojuje Vás to často?	(8) nerealistická úzkosť, že bude opustený a že sa bude musieť starať o seba sám (3= sústavné neodôvodnené znepokojenie)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej päť symptómov je kódovaných „3“

1 3

3 = závislá porucha osobnosti

Obsedantná porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané pozitívne, prípadne nasledovným spôsobom: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Prenikavý vzorec perfekcionizmu, zmyslu pre poriadok, mentálna a interpersonálna kontrola na úkor flexibility, otvorenosti a efektívnosti. Začiatok je v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musia byť splnené najmenej *štyri* z nasledovných kritérií:**	
16. Ste taký, že kladiete veľký dôraz na detaily, poriadok a organizáciu? • Robíte si radi zoznamy a časové plány? • Môžete k tomu uviesť príklady? • Zamotáte sa niekedy natoľko (PRÍKLADY), že stratíte svoj pôvodný cieľ? (Stáva sa to často?)	(1) nadmerné zaoberanie sa detailami, pravidlami, zoznamami, poriadkom, organizáciou alebo časovými plánmi, takže podstatný aspekt aktivity sa stráca (3= súhlas a najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
17. Máte ťažkosti dokončiť práce, pretože veľa času venujete tomu, aby všetko bolo presné a správne? • Môžete k tomu uviesť príklady? (Ako často sa to stáva?)	(2) perfekcionizmus, ktorý zabraňuje dokončeniu prác (je neschopný ukončiť prácu, pretože nie sú splnené vlastné nadmerné nároky) (3= viaceré príklady prác, ktoré v dôsledku perfekcionizmu neboli dokončené alebo si vyžadovali veľmi veľa času)	? 1 2 3
18. Myslíte si Vy sám alebo Vám druhí už povedali, že ste svojou prácou (alebo školou) často tak zamestnaný, že pre priateľov alebo záľuby Vám už nezostáva žiadny čas? • Povedzte mi o tom viac (Koľko času máte pre iné záležitosti? Ste vždy tak zamestnaný?)	(3) práca a produktivita sú kladené vyššie než aktivity vo voľnom čase a medziľudské vzťahy (nie pri zjavnej finančnej núdzi a časovo ohraničených pracovných požiadavkách) (3= súhlas alebo konštatované inými)	? 1 2 3

19. Máte veľmi vysoké morálne nároky? • V ktorých oblastiach máte také vysoké nároky? (Dodržiavate pravidlá a zákony do bodky, bez ohľadu na to, o čo ide?)	(4) prehnaná svedomitosť, moralizovanie a strnulé názory ohľadom morálky, etiky alebo hodnôt (neplatí pre názory, ktoré sú podmienené kulturálne alebo náboženskou príslušnosťou) (3= viaceré príklady pre to, že seba alebo druhých posudzuje podľa príliš vysokých nárokov)	? 1 2 3
20. Je pre Vás ťažké odhodiť veci, pretože si myslíte, že by ste ich možno mohli jedného dňa ešte potrebovať? • Aké veci napr. ste nemohli odhodiť? (Máte kvôli tomu doma problémy s miestom?)	(5) neschopnosť vytriediť pokazené alebo bezcenné predmety, aj keď nemajú pre Vás žiadnu osobnú spomienkovú hodnotu (3= byt/dom je preplnený)	? 1 2 3
21. Je pre Vás ťažké nechať si pomôcť od druhých, keď títo nerobia veci presne podľa Vašich predstáv? • Mohli by ste mi to popísať presnejšie? (Stáva sa to často?)	(6) je len z nechuťou ochotný delegovať úlohy alebo spolupracovať s druhými, keď títo nepreberajú presne jeho vlastný štýl práce (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
22. Je pre Vás ťažké minúť pre seba alebo druhých peniaze, aj keď ich máte dosť? • Prečo? (Možnože preto, že sa obávate, že neskôr keď ich budete skutočne potrebovať, nebudete mať dosť peňazí?) • Uveďte mi nejaké veci, za ktoré ste nevydali peniaze, pretože ste ich museli šetriť pre budúcnosť.	(7) skúpy voči sebe alebo druhým; peniaze musia byť nahromadené pre budúce katastrofy (3= súhlas alebo aspoň jeden príklad)	? 1 2 3

23. Ste si často tak istý, že máte pravdu, že Vám je úplne jedno, čo hovoria druhí ľudia? • Môžete o tom povedať viac?	(8) rigidita a tvrdohlavosť, svojhlavosť (3= súhlas alebo potvrdenie druhými)	? 1 2 3
24. Povedal Vám už niekto, že ste tvrdohlavý alebo svojhlavý? • Povedzte o tom viac?	(8) nerealistická úzkosť, že bude opustený a že sa bude musieť starať o seba sám (3= sústavné neodôvodnené znepokojenie)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej štyri symptómy sú kódované „3“

1	3
	3 = obsedantná porucha osobnosti

Negativistická porucha osobnosti	Kritériá	
Poznámka: nejedná sa o oficiálnu DSM-IV kategóriu. Bola prijatá do dodatku a je uvádzaná ako príklad pre poruchu osobnosti, ktorá nie je ďalej špecifikovaná. (Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovným spôsobom: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Prenikavý vzorec negativistického správania a pasívneho odporu voči požiadavkám na primeraný výkon. Začiatok je vo včasnej dospelosti; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musia byť splnené najmenej *štyri* z nasledovných kritérií:**	
25. Keď Vás niekto o niečo prosí, čo vlastne nechcete urobiť, poviete zo začiatku síce „áno“, ale potom pracujete veľmi pomaly alebo nedbanlivo? • Môžete uviesť príklady?	(1) pasívne sa vyhýba vykonávať bežné sociálne alebo pracovné aktivity (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
26. Máte často sklon k tomu, že jednoducho „zabudnete“ na niečo, čo nechcete urobiť? Čo je to napríklad?		
27. Máte často dojem, že druhí Vás nechápu alebo nedostatočne oceňujú Vaše výkony? • Povedzte o tom prosím viac? (Sťažujete sa na to druhým?)	(2) sťažuje sa na to, že druhí ho nechápu a nedostatočne ho oceňujú (3= súhlas)	? 1 2 3
28. Máte často zlú náladu alebo sa ľahko dostanete do hádok? • Kedy sa to stáva?	(3) je rozladený a škriepny (3= súhlas)	? 1 2 3
29. Máte často pocit, že väčšina Vašich predstavených, učiteľov, docentov alebo iných ľudí vo vyšších pozíciách je vlastne neschopná? • Môžete mi o tom povedať viac?	(4) reaguje neprimeranou kritikou alebo pohŕdaním autoritami (3= viaceré príklady)	? 1 2 3

30. Pociťujete to často ako nespravodlivé, že druhí ľudia majú viac než Vy? • Povedzte o tom viac.	(5) reaguje závisťou a neprajnosťou voči druhým, ktorí sú zdanlivo uprednostňovaní (3= príklady pre závisť a neprajnosť)	? 1 2 3
31. Sťažujete sa často na to, že sa Vám stáva len to zlé? • Môžete mi uviesť príklady?	(6) prejavuje sústavne prehnané sťažnosti na osobné nešťastie (3= príklady osobnej smoly)	? 1 2 3
32. Stáva sa Vám často, že najprv niekoho urazíte a potom robíte všetko, čo ten druhý chce, aby ste to odčinili? • Môžete o tom povedať viac?	(7) kolíše medzi agresívnym vzdorom a ľútosťou (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej štyri symptómy sú kódované „3“

1 3

3 = negativistická porucha osobnosti

Depresívna porucha osobnosti	Kritériá	
Poznámka: nie je to oficiálna DSM-IV kategória. Bola prijatá v dodatku B a je uvádzaná ako príklad pre poruchu osobnosti, ktorá nie je bližšie špecifikovaná. **(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. takto: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte príslušnú otázku z interview)**	**A. Prenikavý vzorec depresívnych kognícií a modalít správania. Začiatok v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musí byť splnených najmenej *päť* z nasledovných kritérií:**	
33. Cítite sa obvykle nešťastný alebo bez radosti zo života? • Povedzte o tom viac.	(1) nálada je obvykle stiesnená, znížená, chýba radosť, cíti sa nešťastný (3= súhlas)	? 1 2 3
34. Považujete sa v zásade za menejcenného a máte o sebe zlú mienku? • Môžete to bližšie vysvetliť?	(2) považuje sa za menejcenného, neschopného a nehodnotného; malé sebavedomie (3= súhlas)	? 1 2 3
35. Robíte si často sami zle? • Môžete to bližšie vysvetliť? (Kladiete si často za vinu, že niečo nie je v poriadku?)	(3) je kritický, obviňujúci a znevažujúci voči sebe samému (3= súhlas)	? 1 2 3
36. Ste niekto, kto si stále robí starosti? • O čom pritom rozmýšľate?	(4) zaoberá sa stále starosťami (3= súhlas)	? 1 2 3
37. Odsudzujete často druhých a máte rýchlo niečo proti nim? • Aké sú to napr. veci, ku ktorým ste kritický?	(5) voči druhým je negativistický, kritický a odsudzujúci (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
38. Myslíte si, že väčšina ľudí je v princípe zlá? • Prosím vysvetlite to bližšie.		
39. Obávate sa takmer vždy toho najhoršieho? Povedzte o tom viac.	(6) je pesimistický (3= súhlas)	? 1 2 3

40. Máte často pocity viny, pretože ste niečo urobili alebo niečo zanedbali? • O aké veci ide?	(7) má sklon k pocitom viny a ľútosti (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
Posúdenie:	**Najmenej päť symptómov je kódovaných „3“**	**1 3** **1= prejdi k ďalšej poruche osobnosti**
(Poznámka: pre výskumné účely je vhodné nevylučovať túto diagnózu pri výskyte dystýmie, aby sa mohla skúmať súvislosť s depresívnou poruchou osobnosti.)	B. Vyskytuje sa nie výhradne vo fázach veľkej depresie a nie je lepšie postihnuteľná diagnózou dystýmie.	**1 3** **3 = depresívna porucha osobnosti**

Paranoidná porucha osobnosti	Kritériá	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. spôsobom: „V dotazníku ste uviedli, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**A. Prenikavý vzorec nedôvery a nevraživosti voči druhým, ktorým sa pripisujú zlé úmysly. Začiatok v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musia byť splnené najmenej *štyri* nasledovných kritérií:**	
41. Musíte sa mať stále na pozore, aby ste zabránili tomu, že Vás budú druhí využívať alebo Vám škodiť? • Môžete mi o tom povedať viac?	(1) podozrieva druhých bez dostatočných dôvodov, že ho využívajú, škodia mu alebo ho klamú (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
42. Pochybujete často o tom, či môžete Vašim priateľom alebo kolegom z práce dôverovať? Popíšte situácie, v ktorých ste mali takýto pocit. (Často takto rozmýšľate?)	(2) je nadmerne pochybovačný ohľadom lojality a dôveryhodnosti priateľov a kolegov, zaoberá sa tým (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
43. Myslíte si, že je lepšie, keď druhí nevedia príliš veľa o Vás? • Prečo?	(3) zdôveruje sa len zdráhavo druhým ľuďom z neopodstatnenej úzkosti, že informácie by mohli byť zlomyseľne použité proti nemu (3= súhlas, že dôvod nezdôveriť sa druhým je nedôvera (nielen strach z odmietnutia))	? 1 2 3
44. Objavíte často skrytý význam za tým, čo ľudia hovoria alebo robia? • Uveďte príklad?	(4) interpretuje skryté významy v nevinných poznámkach alebo udalostiach, že majú preňho znehodnocujúci alebo ohrozujúci význam (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3

45. Trvá Vám dlho, kým odpustíte niekomu, kto Vás urazil alebo ponížil? • Povedzte o tom viac.	(5) trvá mu extrémne dlho alebo neprepáči, neodpustí urážky, zranenia alebo poníženia (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
46. Existuje mnoho ľudí, ktorým nemôžete odpustiť, aj keď to, čo títo povedali alebo urobili, sa stalo už dávno? • Povedzte mi o tom viac.		
47. Rýchlo sa rozhneváte alebo reagujete agresívne, keď ste kritizovaný alebo ponížený? • Môžete uviesť príklady?	(6) vnímanie útokov voči vlastnej osobe, ktoré pre druhých nie sú zjavné; reaguje veľmi rýchlo zlosťou alebo protiútokmi (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
48. Mali ste už častejšie podozrenie, že Vaša partnerka Vám je neverná? Povedzte o tom viac. (Čo pre to svedčilo? Čo ste potom urobili? Mali ste pravdu so svojím podozrením?)	(7) opakovane bezdôvodne podozrieva partnerku z nevery (3= vyskytlo sa pri viacerých partnerkách alebo opakovane u tej istej partnerky)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej štyri (A) symptómy sú kódované „3“

1 3

1= prejdi k najbližšej poruche osobnosti

(Poznámka: ak je kritérium splnené už pred začiatkom schizofrénie, uviesť „premorbídne“, napr. „paranoidná porucha osobnosti (premorbídne)“)

B. Nevyskytuje sa výlučne v priebehu schizofrénie, afektívnej poruchy s psychotickými symptómami alebo pri inej psychotickej poruche a nedá sa odvodiť z medicínskych príčin.

1 3

3 = paranoidná porucha osobnosti

Schizotypová porucha osobnosti	Kritériá	
(Pýtajte sa na otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. spôsobom: „V dotazníku ste uviedli, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**A. Pretrvávajúci vzorec sociálnych a medziľudských deficitov, ktorý sa vyznačuje výraznou nepohodou v blízkych vzťahoch alebo v obmedzenej schopnosti k takýmto vzťahom. Okrem toho sa objavujú abnormity vnímania alebo myslenia a bizarné správanie. Začiatok je v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších životných oblastiach. Splnených musí byť najmenej *päť* z nasledujúcich kritérií:**	
49. Keď vidíte na verejnosti ľudí, ktorí sa spolu rozprávajú, často si potom myslíte, že hovoria o Vás? • Povedzte o tom viac. 50. Máte často pocit, že veci, ktoré zjavne spolu nesúvisia, majú pre Vás zvláštne posolstvo? • Môžete to vysvetliť bližšie? 51. Objavujete často skryté posolstvá za zdanlivo náhodnými udalosťami? • Vysvetlite to bližšie.	(1) vzťahovačné myšlienky (ale nie vzťahovačný blud) (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
52. Mali ste niekedy dojem, že ste boli schopný nechať veci, aby sa diali jednoducho tým, že ste si ich priali alebo na ne mysleli? • Rozprávajte o tom. (Ako ste sa pritom cítili?) 53. Máte osobné skúsenosti s nadprirodzenými vecami? • Rozprávajte mi o tom. (Ako sa pritom cítite?)	(2) zvláštne presvedčenia alebo magické obsahy myslenia, ktoré ovplyvňujú správanie a nie sú zlúčiteľné s normami subkultúr (ako napr. povera, viera v jasnovidectvo, telepatiu alebo „šiesty zmysel“; u detí a mladistvých, bizarné fantázie alebo „posadnutosť“ určitou činnosťou) (3= viaceré príklady takýchto fenoménov, ktoré ovplyvňujú správanie a nie sú zlúčiteľné s normami v príslušnej subkultúre)	? 1 2 3

54. Veríte, že máte nejaký „šiesty zmysel“ takže na rozdiel od druhých dopredu viete alebo dokážete predvídať udalosti? • Povedzte o tom viac. (Ako sa pritom cítite?)		
55. Videli ste už častejšie predmety alebo tiene a mysleli ste si, že sú to v skutočnosti ľudia alebo zvieratá, alebo ste považovali zvuky za ľudské hlasy? • Povedzte niekoľko príkladov. 56. Mali ste niekedy pocit, že sú okolo Vás neviditeľné osoby alebo sila, aj keď ste nemohli nikoho vidieť? • Povedzte o tom podrobnejšie. 57. Vidíte často auru alebo energetické pole druhých ľudí? • Povedzte o tom viac.	(3) neobvyklé zmyslové vnímanie vrátane telesných ilúzií (3= viaceré príklady neobvyklých vnemov, ktoré sa nedajú odvodiť z pôsobenia drog alebo celkového medicínskeho stavu) (Preskúmaj, či osoba v tomto období bola pod vplyvom alkoholu, tabliet alebo drog)	? 1 2 3
58. Existuje mimo Vašej rodiny len veľmi málo ľudí, ku ktorým máte skutočne blízky vzťah? • Koľkých dobrých priateľov máte?	(4) nemá žiadnych dobrých priateľov alebo dôverné osoby okrem príbuzných prvého stupňa (3= žiadni blízky priatelia okrem príbuzných prvého stupňa)	? 1 2 3
59. Ste často nervózny alebo úzkostný, keď ste spolu s druhými ľuďmi? Čo Vám pri nich naháňa strach? (Cítite sa úzkostne ešte aj vtedy, keď ste s nimi už strávili určitý čas?)	(5) prehnaná sociálna úzkosť, ktorá sa neznižuje ani pri narastajúcej známosti a vo všeobecnosti je skôr spojená s paranoidnými úzkosťami než s negatívnym hodnotením vlastnej osoby (3= sústavná nadmerná úzkosť v súvislosti s podozrením, nedôverou voči druhým)	? 1 2 3

Pozorované počas interview…	(6) neobvyklé spôsoby myslenia a rozprávania (napr. vágne, zabiehavo, metaforicky, nevybrane alebo stereotypne)	? 1 2 3
V prípade, že paranoidné kritériá (1), (2), (3), (4) alebo (7) boli kódované ako „3“	(7) podozrenie, nedôvera alebo paranoidné predstavy	? 1 2 3
Pozorované počas interview…	(8) neprimeraný alebo obmedzený afekt (pôsobí chladne alebo povznesene)	? 1 2 3
Pozorované počas interview…	(9) správanie alebo zjav pôsobí zvláštne, cudzo alebo excentricky	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej päť (A) symptómov je kódovaných „3“

1 3

1= prejdi k ďalšej poruche osobnosti

(Poznámka: Ak už pred začiatkom schizofrénie boli splnené kritériá, uveď „premorbídne“, teda napr. „schizotypová porucha osobnosti, premorbídne“)

B. Nevyskytuje sa výhradne v priebehu schizofrénie, afektívnej poruchy s psychotickými symptómami alebo inej psychotickej poruchy alebo pervazívnej poruchy vývinu.

1 3

3 = schizotypová porucha osobnosti

Schizoidná porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. spôsobom: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**A. Pretrvávajúci vzorec ľahostajnosti v sociálnych vzťahoch a obmedzenej schopnosti prejavovať emócie v medziľudskom rámci. Začiatok v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v rôznych oblastiach života. Musia byť splnené najmenej *štyri* z nasledovných kritérií:**	
60. Dokážete si vystačiť bez blízkych vzťahov, aké ľudia napr. majú v rodine alebo s priateľmi? • Môžete mi to bližšie vysvetliť? • Cítite sa v blízkych vzťahoch dobre alebo ste radi časťou určitej rodiny? • **Ak nie:** Boli by ste radšej bez blízkeho vzťahu?	(1) ani si nepraje blízke vzťahy, ani z nich nemá radosť (platí to aj pre rodinné vzťahy) (3= súhlas)	? 1 2 3
61. Robili by ste väčšinu vecí radšej sami než spolu s druhými? (Platí to ako pre Vašu prácu, tak aj pre Váš voľný čas?)	(2) takmer vždy vyhľadáva aktivity, ktoré môže vykonávať sám (3= súhlas)	? 1 2 3
62. Mohli by ste byť spokojný bez sexuálneho vzťahu? • Vysvetlite to bližšie. (Mali ste vždy malý záujem o sexuálne vzťahy?)	(3) ak vôbec, tak má len malý záujem o sexuálne kontakty (3= súhlas)	? 1 2 3
63. Existuje len veľmi málo vecí, ktoré Vám skutočne robia radosť? • Povedzte o tom viac. (Aké je to napr. s dobrým jedlom alebo sexom?)	(4) pociťuje, ak vôbec, radosť len pri veľmi málo veciach (3= súhlas) (Poznámka: platí hlavne pre zmyslové vnímanie, psychické a medziľudské skúsenosti)	? 1 2 3

Už kódované pri kritériu (4) schizotypovej poruchy osobnosti	(5) nemá žiadnych blízkych priateľov alebo dôverné osoby, okrem príbuzných prvého stupňa	? 1 2 3
64. Je Vám ľahostajné, čo si druhí o Vás myslia? • Ako reagujete na pochvalu alebo kritiku?	(6) ľahostajnosť voči pochvale alebo kritike (3= označuje sa za ľahostajného voči pochvale alebo kritike)	? 1 2 3
65. Máte pocit, že neexistuje nič, čo by Vás mohlo urobiť veľmi šťastným alebo veľmi smutným? • Môžete to bližšie vysvetliť?	(7) prejavuje sa ako chladný, dištancovaný alebo má obmedzený afekt (3= súhlas a nevyskytuje sa len počas určitej afektívnej poruchy) (Zohľadňovať aj správanie počas interview)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej štyri (A) symptómy sú kódované „3“

1	**3**
1= prejdi k ďalšej poruche osobnosti	

(Poznámka: Keď sú kritériá splnené už pred začiatkom schizofrénie, doplniť „premorbídne“, napr. „schizoidná porucha osobnosti (premorbídne)“)

B. Nevyskytuje sa výhradne v priebehu schizofrénie, afektívnej poruchy s psychotickými symptómami, iných psychotických poruchách alebo pervazívnej vývinovej poruchy a nedá sa odvodiť z celkového medicínskeho stavu

1	**3**
	3 = schizoidná porucha osobnosti

Histriónska porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Použite otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovne: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Pretrvávajúci vzorec nadmernej emocionality a nadmerného vyžadovania pozornosti. Začiatok v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musí byť splnených najmenej *päť* z nasledujúcich kritérií:**	
66. Ste radi v strede pozornosti? • Ako sa cítite, keď to tak nie je?	(1) necíti sa dobre, keď nie je stredobodom pozornosti (3= cíti sa v nepohode, keď nie je v stredobode)	? 1 2 3
67. Flirtujete často? • Upozornil Vás už na to niekto? (zohľadňovať aj správanie počas interview)	(2) v sociálnych kontaktoch sa správa neprimerane vzrušujúco alebo sexuálne provokatívne (3= súhlas, popisuje neprimerané správanie alebo sa tak správa počas interiew)	? 1 2 3
68. Obliekate sa radi sexy, aj keď napr. idete len do práce alebo niečo obstarávate? • Povedzte o tom viac. **(zohľadňovať aj momentálnu úpravu)**		
Pozorované počas interview	(3) povrchný a rýchlo sa meniaci prejav pocitov	? 1 2 3
69. Pokúšate sa pomocou svojho vonkajšieho zjavu, ako je napr. odev, upútať na seba pozornosť? • Ako to robíte?	(4) používa sústavne vonkajší zjav, aby na seba pútal pozornosť (3= potvrdzuje, že ho extrémne ruší, keď nevyzerá atraktívne, alebo venuje prehnane veľa času vonkajšiemu zjavu (platí aj pre rituály))	? 1 2 3
Pozorované počas interview	(5) prehnaný impresionistický štýl reči, nevenuje sa detailom	? 1 2 3

70. Vidíte sa radi ako žiarivá osobnosť? • Môžete o tom povedať viac? (Ste niekto, kto rád prejavuje city, pritom napr. objíma ľudí, ktorých sotva pozná, alebo sa veľmi rýchlo rozplače?)	(6) rád sa dostáva na scénu, je teatrálny, prejavuje emócie prehnane, nadmerne (3= súhlas a najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
71. Ste si často neistý vo svojich názoroch a postojoch a preberáte preto názory druhých? Môžete to bližšie vysvetliť?	(7) dá sa ľahko ovplyvniť druhými ľuďmi alebo situáciami (3= súhlas a najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
72. Získate si takmer k všetkým ľuďom, ktorých stretnete, rýchlo blízky kontakt? • Rozprávajte mi o tom. (Je to tak aj s ľuďmi, ako sú napr. cestujúci v autobuse, bankoví úradníci, Váš zubný lekár, obsluha, remeselníci?)	(8) vníma vzťahy ako podstatne tesnejšie, než v skutočnosti sú (3= súhlas a viaceré príklady)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej päť symptómov je kódovaných „3“

1	**3**
	3 = histriónska porucha osobnosti

Narcistická porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovným spôsobom: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Pretrvávajúci vzorec pocitov vlastnej veľkoleposti (vo fantázii alebo správaní), veľkej potreby obdivu a zníženej schopnosti vciťovať sa do druhých. Začiatok v ranom dospelom veku; porucha sa manifestuje v najrôznejších oblastiach života. Musí byť splnených najmenej *päť* z nasledovných kritérií:**	
73. Máte pocit, že väčšina ľudí nedokáže správne oceniť Vaše zvláštne schopnosti? • Vysvetlite to presnejšie. 74. Už Vám niekto niekedy povedal, že máte o sebe príliš vysokú mienku? • Môžete mi k tomu uviesť príklady?	(1) prehnané sebahodnotenie (nadmerne zdôraznené vlastné výkony a schopnosti; očakáva že aj bez zodpovedajúceho výkonu bude považovaný za majúceho prevahu) (3= potvrdenie zjavného pocitu nadradenosti; prejavuje sa v spôsobe reči ako napr. „som tak dobrý ako Barbara Streisand“ namiesto „viem dobre spievať“)	? 1 2 3
75. Myslíte často na moc, slávu alebo uznanie, ktoré jedného dňa získate? • Povedzte mi o tom viac. (Ako často myslíte na takéto veci?)	(2) myslenie je ovládané fantáziami o bezhraničnom úspechu, moci, brilantnosti, kráse alebo dokonalej láske (3= časté denné snenie vytesňuje aktivity)	? 1 2 3
76. Myslíte často na ideálnu lásku, ktorú jedného dňa nájdete? • Môžete to bližšie vysvetliť? (Ako často na to myslíte?)		
77. Keď máte nejaké ťažkosti, trváte takmer vždy na tom, že musíte hovoriť s najvyšším predstaveným? • Uveďte mi, prosím, nejaké príklady. (Prečo chcete hovoriť len s týmito ľuďmi?)	(3) verí o sebe, že je zvláštny a jedinečný a že ho budú chápať len ľudia alebo že môže mať do činenia len s ľuďmi, ktorí sú tiež niečo mimoriadne a majú vysoké postavenie (3= súhlas a najmenej jeden príklad)	? 1 2 3

78. Veríte, že sa vyplatí tráviť čas len s ľuďmi, ktorí sú niečo mimoriadne alebo mimoriadne dôležitý? Prečo?		
79. Je pre Vás veľmi dôležité, aby si Vás druhí všímali alebo nejakým spôsobom obdivovali? • Povedzte mi o tom viac.	(4) vyžaduje nadmerný obdiv (3= súhlas a najmenej jeden príklad)	? 1 2 3
80. Myslíte si, že sa nemusíte podriaďovať určitým pravidlám alebo spoločenským konvenciám, keď Vás tieto nejako obmedzujú? • Môžete uviesť príklady? (Myslíte si, že ste v tak mimoriadnej situácii, že môžete požadovať prednostnú / zvýhodnenú liečbu?)	(5) prehnané nároky, očakávania prednostného zaobchádzania alebo automatického plnenia vlastných očakávaní (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
81. Myslíte si, že existujú dôvody, kvôli ktorým by druhí ľudia mali s Vami jednať zvlášť ústretovo? • Prečo by sa s Vami malo zaobchádzať lepšie ako s druhými?		
82. Museli ste už druhých niekedy vskutku použiť, aby ste niečo dosiahli? • Uveďte príklady. (Stáva sa to často?)	(6) využíva medziľudské vzťahy, aby s pomocou druhých dosiahol vlastné ciele (3= viaceré príklady, v ktorých využil druhých)	? 1 2 3
83. Sú Vám Vaše vlastné potreby často dôležitejšie než potreby druhých? • Pri akých príležitostiach to tak napríklad je?		

84. Máte často názor, že druhí by mali bezpodmienečne vychádzať v ústrety Vašim prianiam? (Je tak často?)		
85. Považujete často za nedôležité zaoberať sa záležitosťami alebo citmi druhých? • Povedzte o tom viac.	(7) nedostatočná schopnosť vciťovať sa; nie je ochotný vžívať sa do pocitov a potrieb druhých (3= súhlas alebo viaceré príklady)	? 1 2 3
86. Ťažko to môžete znášať, keď sú druhí úspešní? • Môžete o tom niečo povedať? (Ako často máte takéto pocity?)	(8) často závidí druhým alebo verí, že druhí mu závidia (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad)	
87. Máte dojem, že druhí Vám často závidia? (Čo presne Vám teda závidia?)		
88. Myslíte si, že len veľmi málo ľudí si zaslúži Váš čas a Vašu pozornosť? • Prosím povedzte o tom viac.	(9) má arogantné, povýšenecké správanie a postoje (3= súhlas alebo pozorovanie počas interview) (Zohľadňovať aj správanie počas interview)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej päť symptómov je kódovaných „3“

1 3

3 = narcistická porucha osobnosti

Borderline porucha osobnosti	Kritériá	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovne: „V dotazníku uvádzate, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**Pretrvávajúci vzorec instability v medziľudských vzťahoch, sebaobraze a afektov ako aj výrazná impulzivita. Začiatok v ranom dospelom veku; poruchy sa manifestujú v najrôznejších životných oblastiach. Musí byť splnených najmenej *päť* z nasledovných kritérií:**	
89. Vyvedie Vás z rovnováhy, keď si predstavíte, že niekto kto pre Vás veľa znamená Vás opustí? • Čo ste potom urobili? (Naliehali ste potom na ňu alebo ju ohrozovali?)	(1) zúfalé pokusy vyhnúť sa skutočným alebo fantazírovaným opusteniam (3= viaceré príklady) **(Suicidálne správanie alebo tendencia k sebapoškodzovaniu ako v kritériu (5) sa tu nezohľadňuje)**	? 1 2 3
90. Sú Vaše vzťahy k osobám, na ktorých Vám veľmi záleží, spojené s neustálymi zmenami? • Popíšte to bližšie. (Myslíte si niekedy, že tento vzťah presne zodpovedá Vašim prianiam, inokedy zase, že je úplne hrozný?) • Koľko Vašich vzťahov bolo alebo je takých?	(2) vzorec instabilných a intenzívnych medziľudských vzťahov, ktoré sa vyznačujú striedaním extrémnej idealizácie a znehodnocovania (3= buď jeden dlhší, alebo viaceré krátke vzťahy, v ktorých sa aspoň dvakrát vyskytol tento menlivý vzorec správania)	? 1 2 3
91. Mali ste už skúsenosť, že Vaše ciele a Váš pocit, kto ste, sa náhle zmenili? • Uveďte mi niekoľko príkladov preto.	(3) porucha identity: nápadný a pretrvávajúco nestabilný sebaobraz alebo sebavnímanie (3= súhlas) **(Poznámka: nezohľadňujú sa tu normálne zneistenia v puberte)**	? 1 2 3
92. Prežívate často výrazné zmeny v tom, ako vidíte samého seba? • Môžete to bližšie vysvetliť?		
93. Meníte často náhle svoje ciele, svoje pracovné plány, svoje náboženské názory a iné? • Povedzte o tom viac.		

94. Konáte často impulzívne? O čo sa jedná? • Nakupujete napr. veci, ktoré si vlastne nemôžete dovoliť? • Mali ste sexuálny kontakt s osobami, ktoré ste sotva poznali? • Máte nechránený sexuálny kontakt? • Pijete príliš veľa alkoholu alebo beriete drogy? • Jazdíte bezohľadne autom? • Jete nekontrolovane? **Ak jedna z týchto otázok je zodpovedaná s „áno“:** • Povedzte o tom viac. • Ako často sa to stáva? • Do akých ťažkostí ste sa kvôli tomu dostali?	(4) impulzívne správanie pri najmenej dvoch potencionálne sebapoškodzujúcich konaniach (napr. výdaje peňazí, sex, zneužívanie substancií, bezohľadná jazda alebo záchvaty žravosti) (3= viaceré príklady, ktoré dokladajú vzorec impulzívneho správania (aj iné než sú tu uvedené)) **(suicidálne a sebapoškodzujúce správanie sa tu nezohľadňuje; toto sa kóduje pod (5))**	? 1 2 3
95. Pokúsili ste sa niekedy poraniť alebo sa zabiť, alebo ste sa tým vyhrážali?	(5) opakované suicidálne správanie, hrozby suicídiom alebo sebapoškodzujúce správanie (3= najmenej dva príklady (mimo depresívnej fázy))	? 1 2 3
96. Porezali ste sa niekedy úmyselne, popálili alebo poškriabali? • Povedzte o tom podrobnejšie.		
97. Ste „náladový“? • Ako sa to prejavuje? (Ako dlho trvá Vaša „zlá nálada“? Ako často sa vyskytujú tieto prudké zmeny nálady? Ako prudko sa mení Vaša nálada?)	(6) afektívna instabilita, ktorá sa dá odvodiť z veľmi výraznej reakcie na nálady (ako napr. depresia, dráždivosť alebo úzkosť, pričom tieto stavy trvajú obvykle niekoľko hodín a len zriedkavo dlhšie než niekoľko dní) (3= súhlas)	? 1 2 3

98. Cítite sa často vnútorne prázdny? • Povedzte o tom viac.	(7) chronický pocit vnútornej prázdnoty (3= súhlas)	? 1 2 3
99. Máte často výbuchy zlosti alebo ste tak nahnevaný, že strácate kontrolu? Môžete mi to popísať? 100. Udierate druhých alebo hádžete predmety, keď ste rozhnevaný/rozzúrený? • Hovorte o tom. • (Stáva sa to často?) 101. Môžu Vás veľmi rozzúriť aj maličkosti? • Kedy sa to napr. stáva? (Stáva sa to často?)	(8) neprimeraná, veľmi prudká zlosť alebo ťažkosti s kontrolovaním hnevu (napr. časté výbuchy zúrivosti, dlho pretrvávajúca zúrivosť, opakované telesné potýčky) (3= súhlas alebo najmenej jeden príklad alebo viaceré príklady)	? 1 2 3
102. Ste voči druhým nedôverčivý alebo sa cítite niekedy neskutočne, keď ste pod veľkým tlakom? • Môžete to bližšie popísať?	(9) prechodné, stresom podmienené paranoidné prestavy alebo jednoznačné disociatívne symptómy (3= viaceré príklady, ktoré sa nevyskytli výlučne v priebehu určitej psychotickej poruchy alebo poruchy nálady s psychotickými symptómami)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej päť symptómov je kódovaných „3“

1 3

3 = borderline porucha osobnosti

Antisociálna porucha osobnosti	**Kritériá**	
(Uveďte otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané kladne, napr. nasledovne: „V dotazníku ste uviedli, že …“ a preformulujte otázku z interview)	**A. Terajší vek najmenej 18 rokov**	? 1 2 3 **1=pokračuj k poruche osobnosti BN**
	B. Známky určitej poruchy sociálneho správania už pred dovŕšením 15. roku života	
	Poznámka: kritériá sú usporiadané v inom poradí než v DSM-IV	
103. Šikanovali ste alebo ohrozovali druhé deti pred Vaším 15. rokom života? • Rozprávajte mi o tom.	(1) často šikanoval alebo ohrozoval druhých alebo ich zastrašoval	? 1 2 3
104. Začínali ste pred Vaším 15. rokom života nejaké bitky? • Ako často?	(2) často začínal bitky	? 1 2 3
105. Pred Vaším 15. rokom života ste v nejakej bitke použili nejakú zbraň, napr. nejaký kameň, rozbitú fľašu, palicu, nôž alebo pištoľ? • Rozprávajte o tom.	(3) používal zbrane, ktoré mohli druhých ťažko poraniť (napr. kameň, rozbitú fľašu, palicu, nôž, pištoľ)	? 1 2 3
106. Pokúsili ste sa pred svojím 15. rokom života zámerne spôsobiť niekomu bolesti alebo utrpenie? • Čo bolo to najhoršie čo ste niekedy urobili?	(4) fyzické násilie voči ľuďom	? 1 2 3
107. Trýznili ste pred Vaším 15. rokom života zámerne zvieratá? • Čo bolo to najhoršie, čo ste kedy urobili?	(5) fyzické násilie voči zvieratám	? 1 2 3

108. Vzali ste pred svojím 15. rokom života niekomu niečo násilne, pričom ste mu hrozili, okradli ste alebo prepadli niekoho? • Povedzte o tom.	(6) okradol osoby v ich prítomnosti (napr. pri prepadnutí, vreckových krádežiach, vydieraní alebo ozbrojenom lúpežnom prepadnutí)	? 1 2 3
109. Nútili ste pred Vaším 15. rokom života niekoho k sexuálnemu kontaktu? • Povedzte mi o tom.	(7) nútil druhých k sexuálnym aktivitám	? 1 2 3
110. Založili ste pred svojím 15. rokom života zámerne požiar? • Povedzte mi o tom.	(8) zámerne založil požiar, pričom mal ničiteľské úmysly	? 1 2 3
111. Poškodili ste zámerne pred svojím 15. rokom života veci, ktoré Vám nepatrili? • Čo presne ste vtedy urobili?	(9) zámerne poškodzoval cudzí majetok (nie požiarom)	? 1 2 3
112. Vlámali ste sa pred svojím 15. rokom života niekam (napr. do bytu, domu, auta)? • Povedzte mi o tom.	(10) vlámal sa do bytov, domov, budov alebo áut	? 1 2 3
113. Často ste klamali alebo podvádzali druhých pred svojím 15. rokom života? • Pri čom ste klamali?	(11) klamal, aby získal veci alebo priazeň druhých, alebo aby sa vyhol povinnostiam	? 1 2 3
114. Kradli ste pred svojím 15. rokom života, napr. v obchodných domoch: • Rozprávajte mi o tom.	(12) kradol veci nemalej hodnoty, ale bez toho, že by poškodený bol prítomný (napr. krádeže v obchodoch, krádeže bez vlámania, falšovanie)	? 1 2 3
115. Utiekli ste alebo zostali na noc preč z domu pred svojím 15. rokom života? Stalo sa to viackrát ako raz? • U koho ste vtedy bývali?	(13) najmenej dvakrát ušiel z domu a zostal cez noc preč, keď ešte býval u rodičov alebo opatrovníkov (alebo jedenkrát na dlhšie obdobie)	? 1 2 3

Poznámka: Nasledujúce obe otázky sa týkajú obdobia pred dovŕšením 13. roku života:		? 1 2 3
116. Prišli ste pred svojím 13. rokom života často večer domov omnoho neskôr než, ste mali? • Ako často?	(14) pred 13. rokom života zostal napriek rodičovskému zákazu večer často dlho mimo domova	? 1 2 3
117. Často ste chodili poza školu pred svojím 13 rokom života? • Ako často?	(15) pred 13. rokom života chodil často poza školu	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej tri symptómy sú kódované „3“

1 3

1=pokračuj k poruche osobnosti BN

3= diagnóza: „porucha sociálneho správania v detstve/ adolescencii“ Ďalej pri otázke 118

	C. Pretrvávajúci vzorec nerešpektovania a zraňovania práv druhých. Porucha sa objavila od 15. roku života. **Musia byť splnené najmenej *tri* z nasledovných kritérií:**	
118. Urobili ste veci – aj keď ste pri nich neboli prichytený – ktoré sú trestné, ako napr. krádež, obchod s drogami, finančný podvod alebo prostitúcia? • **(Ak nie:)** Boli ste už niekedy zatvorený?	(1) je neschopný podriaďovať sa spoločenským normám v zmysle zákonom určených pravidiel správania; opakovane konal tak, že by to bolo dôvodom pre uväznenie (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
119. Pripadá Vám ľahké klamať, aby ste dosiahli to, čo chcete? (Použili ste už niekedy falošné meno alebo ste jednali tak, akoby ste boli niekto iný?) (Často ste podvádzali druhých, aby ste dosiahli svoj cieľ?)	(2) sklon k pretvárke, často klame, používa cudzie mená alebo podvádza druhých, aby docielil osobný zisk alebo pôžitok (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
120. Robíte často veci z momentálneho nápadu bez toho, že by ste pritom mysleli na dôsledky pre seba alebo druhých? • Prečo to robíte?	(3) impulzívne správanie alebo neschopnosť plánovať dopredu (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
121. Boli ste už niekedy bez stáleho ubytovania? • (Na ako dlho?)		
122. Boli ste pred svojím 15. rokom života zapletený do bitiek? • (Ako často?)	(4) je dráždivý a agresívny; opakovane sa zaplietol do bitiek; telesné zranenia (3= viaceré príklady)	? 1 2 3

123. Bili ste Vašu partnerku alebo ste hádzali po nej predmety? • (Ako často?)		
124. Udreli ste alebo zbili ste nejaké dieťa, Vaše vlastné alebo iné, že malo z toho modriny, muselo zostať v posteli alebo muselo ísť k lekárovi?		
125. Išli ste u niekedy autom tak, že ste veľa pili alebo zobrali drogy?	(5) bezohľadné nerešpektovanie vlastnej bezpečnosti a bezpečia druhých (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
126. Koľko pokút ste dostali za jazdu s prekročenou rýchlosťou?		
127. Ako dlho ste v posledných piatich rokoch nepracovali? • **(Ak dlhšie ako šesť mesiacov:)** Prečo?	(6) je neschopný preberať zodpovednosť, t.j. je neschopný pravidelne pracovať alebo plniť finančné záväzky (3= viaceré príklady)	? 1 2 3
128. Mali ste často absencie, keď ste ešte pracovali? • **(Ak áno:)** Prečo?		
129. Odišli ste už niekedy z pracovného miesta bez toho že by ste už mali nejaké druhé? • **(Ak áno:)** Ako často:		
130. Mali ste už dlhy voči druhým, ktoré ste nezaplatili?		
131. Neplatili ste výživné na dieťa alebo ste nedali peniaze deťom, ktoré boli od Vás závislé?		

Ak potvrdzuje antisociálne správanie v dospelom veku: Čo si myslíte o **(vykonávaní antisociálneho správania)**?	(7) neprejavuje žiadnu ľútosť; je ľahostajný alebo racionalizuje skutočnosť, že druhých zranil, týral alebo okradol (3= neprejavuje žiadnu ľútosť kvôli viacerým antisociálnym činom)	? 1 2 3

Posúdenie:

Najmenej tri symptómy sú kódované „3“

1 3

3= antisociálna porucha osobnosti

Porucha osobnosti BN

Poznámka:

Ak sú prítomné znaky viacerých než jednej špecifickej poruchy osobnosti, ale prahový počet kritérií pre stanovenie určitej poruchy osobnosti nie je splnený, mala by sa použiť diagnóza poruchy osobnosti BN.

Kritériá

Táto rubrika obsahuje poruchy osobnosti, ktoré sa nedajú zaradiť do určitej rubriky porúch osobnosti. Patria sem napr. poruchy, ktoré sa vyznačujú znakmi viacerých špecifických osobnostných porúch, ktoré ale nespĺňajú plné kritériá pre špeciálnu poruchu osobnosti, predsa ale zhoršujú sociálnu adaptáciu a schopnosť podávať pracovný výkon alebo spôsobujú subjektívne ťažkosti.

1 **3**

Táto kategória sa môže používať tiež vtedy, keď klinik usúdi, že určitá špecifická porucha osobnosti, ktorá nie je obsiahnutá v DSM-IV, je predsa len prítomná (napr. *inadekvátna porucha osobnosti*)

3= porucha osobnosti BN

Zdroj: Nemecké spracovanie:
T. Fydrich, B. Rennberg, B. Schmitz & H.-U. Wittchen: SKID-II Strukturiertes Klinische Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-II von: Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon, Janet B.W. Williams und Lorna Benjamin. Göttingen, Högrefe.1997: 36.
J. Hašto (slovenský preklad podľa nemeckej verzie), PK FN, Trenčín, 2008

SKID-II- Dotazník

Meno/Kód: Vek:
Dátum: Pohlavie: muž ☐ žena ☐

Nasledujúce otázky sa budú týkať Vašej osobnosti, teda Vašich pocitov, citov, postojov a spôsobov správania sa vo Vašom doterajšom živote. Pokúste sa, prosím, popísať seba tak, akým/akou obvykle ste. Pridržiavajte sa pritom posledných piatich až desiatich rokov. Urobte krížik pri tom, čo platí. Ak nejakej otázke nebudete rozumieť, vynechajte ju, prosím.

		Nie	Áno
1.	Vyhýbate sa pracovným úlohám alebo požiadavkám, pri ktorých je potrebné zaobchádzať, diskutovať s mnohými ľuďmi?	☐	☐
2.	Vyhýbate sa kontaktu s druhými ľuďmi, pokiaľ si nie ste istý/istá, že Vás skutočne majú radi?	☐	☐
3.	Pripadá Vám ťažké byť otvorený/-á voči druhým ľuďom, aj keď sú Vám blízki?	☐	☐
4.	Keď prichádzate do kontaktu s druhými ľuďmi, obávate sa často, že budete nimi kritizovaný/-á alebo odmietaný/-á?	☐	☐
5.	Ste obvykle utiahnutý/-á a mlčanlivý/-á, keď sa zoznamujete s novými ľuďmi?	☐	☐
6.	Veríte, že nie ste tak múdry/-a, tak šikovný/-á alebo tak atraktívny/-a ako väčšina druhých ľudí?	☐	☐
7.	Máte strach z vyskúšania si nových vecí?	☐	☐
8.	Potrebujete často rady alebo potvrdenie od druhých, aby ste mohli robiť bežné, každodenné rozhodnutia, ako napr. čo si oblečiete alebo objednáte v reštaurácii?	☐	☐
9.	Ste pri organizovaní dôležitých oblastí života, napr. finančných záležitostí, výchove detí alebo plánovaní dňa, závislý/-á od druhých osôb?	☐	☐
10.	Pripadá Vám ťažké odporovať, protirečiť druhým, aj keď si myslíte, že druhí nemajú pravdu?	☐	☐
11.	Pripadá Vám ťažké začať s úlohami alebo pracovať na nich, keď Vám nikto pritom nepomáha?	☐	☐
12.	Preberáte často dobrovoľne neradostné úlohy?	☐	☐

		Nie	Áno
13.	Cítite sa vo všeobecnosti nepríjemne, keď ste sám/-a?	☐	☐
14.	Keď skončí nejaký blízky vzťah, potrebujete potom rýchle nejakého druhého človeka, na ktorého sa môžete spoľahnúť?	☐	☐
15.	Často myslíte na to, že ste opustený/-á a nemáte nikoho, kto by sa o Vás staral?	☐	☐
18.	Ste niekto, kto kladie veľký dôraz na detail, poriadok a organizáciu alebo si radi robíte zoznamy a časové plány?	☐	☐
17.	Máte ťažkosti s ukončovaním prác, pretože mnoho času venujete tomu, aby všetko bolo urobené presne a správne?	☐	☐
18.	Veríte Vy sám alebo Vám už druhí povedali, že ste svojou prácou (školou) často tak zamestnaný/-á, že Vám už nezostáva čas pre priateľov alebo záľuby?	☐	☐
19.	Máte veľmi vysoké morálne nároky?	☐	☐
20.	Pripadá Vám ťažké odhodiť veci, pretože si myslíte, že by ste ich možno niekedy mohli opäť použiť?	☐	☐
21.	Pripadá Vám ťažké nechať si pomôcť od druhých, keď títo Vašu záležitosť nevybavia presne podľa Vašich predstáv?	☐	☐
22.	Pripadá Vám ťažké minúť peniaze pre seba alebo druhé osoby, aj keď ich máte dostatok?	☐	☐
23.	Ste si často natoľko istý/-á, že máte pravdu, že Vám je úplne jedno, čo hovoria druhí ľudia?	☐	☐
24.	Povedal Vám už niekto, že ste tvrdohlavý/-á alebo svojhlavý/-á?	☐	☐
25.	Ak Vás niekto o niečo prosí, čo vlastne nechcete urobiť, poviete najprv síce „áno“, ale potom pracujete veľmi pomaly alebo nedbalo?	☐	☐
26.	Máte často sklon k tomu, aby ste niečo, čo nechcete urobiť, jednoducho „zabudli“?	☐	☐
27.	Máte často dojem, že druhí Vás nechápu alebo Vaše výkony nedostatočne ohodnocujú?	☐	☐
28.	Máte často zlú náladu a ľahko sa dostanete do hádky?	☐	☐

		Nie	Áno
29.	Máte často pocit, že väčšina Vašich predstavených, učiteľov, docentov alebo iných ľudí vo vyšších pozíciách je sú vlastne neschopná?	☐	☐
30.	Prežívate často ako nespravodlivosť, že druhí ľudia majú viac než Vy?	☐	☐
31.	Sťažujete sa často na to, že sa Vám stáva výhradne len niečo zlé?	☐	☐
32.	Stáva sa často, že niekoho najprv urazíte a potom robíte všetko, čo ten druhý chce, aby ste to odčinili?	☐	☐
33.	Cítite sa obvykle nešťastný/-á alebo bez radosti zo života?	☐	☐
34.	Považujete sa v podstate za menejcenného/-ú a máte o sebe zlú mienku?	☐	☐
35.	Spôsobujete si často sami niečo zlé?	☐	☐
36.	Ste niekto, kto si stále robí starosti?	☐	☐
37.	Odsudzujete často druhých a máte rýchlo niečo proti nim?	☐	☐
38.	Myslíte si, že väčšina ľudí je v princípe zlá?	☐	☐
39.	Obávate sa takmer vždy toho najhoršieho?	☐	☐
40.	Máte často pocity viny, pretože ste niečo urobili alebo niečo neurobili?	☐	☐
41.	Musíte sa mať vždy na pozore, aby ste zabránili, že Vás druhí budú využívať alebo zraňovať?	☐	☐
42.	Pochybujete často o tom, či môžete dôverovať svojim priateľom alebo kolegom z práce?	☐	☐
43.	Veríte, že je lepšie, aby druhí nevedeli o Vás príliš veľa?	☐	☐
44.	Objavujete často skrytý význam za tým, čo druhí hovoria alebo robia?	☐	☐
45.	Trvá Vám dlho kým prepáčite, odpustíte niekomu, kto Vás urazil?	☐	☐
46.	Existuje mnoho ľudí, ktorým nemôžete odpustiť, aj keď to, čo povedali alebo urobili sa stalo už dávno?	☐	☐

		Nie	Áno
47.	Rýchlo sa rozzúrite alebo reagujete agresívne, keď Vás niekto kritizuje alebo uráža?	☐	☐
48.	Mali ste už častejšie podozrenie, že Vaša manžel/-ka alebo partner/-ka Vám je neverná?	☐	☐
49.	Keď vidíte na verejnosti ľudí, ktorí sa medzi sebou rozprávajú, často myslíte na to, že hovoria o Vás?	☐	☐
50.	Máte často pocit, že veci, ktoré zjavne nemajú nič spoločné, Vám majú sprostredkovať nejakú zvláštnu informáciu, posolstvo?	☐	☐
51.	Objavujete často skryté posolstvá za zdanlivo náhodnými udalosťami?	☐	☐
52.	Mali ste niekedy dojem, že dokážete, aby sa veci diali jednoducho tak, že si to prajete alebo na to myslíte?	☐	☐
53.	Máte osobné skúsenosti s nadprirodzenými vecami?	☐	☐
54.	Veríte, že máte „šiesty zmysel“, takže na rozdiel od druhých viete o veciach dopredu a dokážete ich predvídať?	☐	☐
55.	Videli ste už častejšie predmety alebo tiene a mysleli ste si, že sú to v skutočnosti ľudia alebo zvieratá, alebo ste zvuky považovali za ľudské hlasy?	☐	☐
56.	Máte niekedy pocit, že okolo Vás je nejaká neviditeľná osoba alebo sila, aj keď nikoho nevidíte?	☐	☐
57.	Vidíte často auru alebo energetické pole druhých ľudí?	☐	☐
58.	Existuje mimo Vašej rodiny len veľmi málo ľudí, s ktorými máte skutočne blízky vzťah?	☐	☐
59.	Ste často nervózny/-a a úzkostný/-á, keď ste spolu s druhými ľuďmi?	☐	☐
60.	Dokázali by ste si vystačiť bez blízkych vzťahov, aké bývajú napr. v rodine alebo s priateľmi?	☐	☐
61.	Robili by ste väčšinu vecí radšej sám/sama než spolu s druhými?	☐	☐
62.	Dokázali by ste byť spokojný/-á bez sexuálnych vzťahov?	☐	☐

		Nie	Áno
63.	Existuje len veľmi málo vecí v živote, ktoré Vám poskytujú skutočnú radosť?	☐	☐
64.	Je Vám ľahostajné, čo si druhí o Vás myslia?	☐	☐
65.	Máte pocit, že neexistuje nič, čo by Vás mohlo urobiť veľmi šťastným/-ou alebo veľmi smutným/-ou?	☐	☐
66.	Ste radi v stredobode pozornosti?	☐	☐
67.	Flirtujete často?	☐	☐
68.	Obliekate sa rád/-a sexy, aj keď idete napr. len do práce alebo do obchodu?	☐	☐
69.	Pokúšate sa pomocou svojho vonkajšieho zjavu, napr. pomocou odevu, upútať na seba pozornosť druhých?	☐	☐
70.	Vidíte sa radi ako žiariaca osobnosť?	☐	☐
71.	Ste si často neistý/-á vo svojich názoroch a preberáte preto názory druhých?	☐	☐
72.	Získate takmer k všetkým ľuďom, s ktorými sa stretnete, rýchlo blízky kontakt?	☐	☐
73.	Máte pocit, že väčšina ľudí nevie správne oceniť Vaše zvláštne schopnosti?	☐	☐
74.	Povedal Vám už niekto, že máte o sebe príliš vysoké mienenie?	☐	☐
75.	Myslíte často na moc, slávu alebo uznanie, ktoré jedného dňa budete mať?	☐	☐
76.	Myslíte často na ideálnu lásku, ktorú jedného dňa nájdete?	☐	☐
77.	Keď máte nejakú ťažkosť, trváte takmer vždy na tom, že budete hovoriť s najvyšším predstaveným?	☐	☐
78.	Veríte, že sa vyplatí tráviť čas len s ľuďmi, ktorí sú nejako mimoriadni alebo zvlášť dôležití?	☐	☐
79.	Je pre Vás veľmi dôležité, aby Vás druhí rešpektovali alebo nejakým spôsobom obdivovali?	☐	☐

		Nie	Áno
80.	Veríte, že sa určitým pravidlám alebo spoločenským konvenciám nemusíte podriaďovať, pokiaľ Vás tieto nejako obmedzujú?	☐	☐
81.	Veríte, že existujú dôvody, prečo by druhí ľudia mali s Vami zaobchádzať zvlášť ústretovo?	☐	☐
82.	Museli ste už niekedy druhých naozaj použiť, aby ste niečo dosiahli?	☐	☐
83.	Sú pre Vás Vaše vlastné potreby často dôležitejšie než potreby druhých?	☐	☐
84.	Máte často názor, že druhí by mali bezpodmienečne plniť Vaše priania?	☐	☐
85.	Považujete často za nedôležité zaoberať sa záležitosťami alebo citmi druhých ľudí?	☐	☐
86.	Sotva to môžete zniesť, keď sú druhí úspešní?	☐	☐
87.	Máte dojem, že druhí Vám často závidia?	☐	☐
88.	Veríte, že len veľmi málo ľudí si zaslúži Váš čas a Vašu pozornosť?	☐	☐
89.	Dostanete sa z rovnováhy, keď si predstavíte, že niekto, kto pre Vás veľa znamená, Vás opúšťa?	☐	☐
90.	Vyznačujú sa Vaše vzťahy s osobami, na ktorých Vám veľmi záleží, veľkými výkyvmi?	☐	☐
91.	Máte už skúsenosť, že sa náhle zmenili Vaše ciele a Váš pocit kto ste?	☐	☐
92.	Prežívate často prudké zmeny v tom ako sám/-ú seba vidíte?	☐	☐
93.	Meníte často náhle svoje ciele, svoje pracovné plány, náboženské názory a podobne?	☐	☐
94.	Konáte často impulzívne?	☐	☐
95.	Skúsili ste sa už niekedy poraniť alebo sa zabiť, alebo ste tým hrozili?	☐	☐

		Nie	Áno
96.	Už ste sa niekedy zámerne porezali, popálili alebo doškriabali?	☐	☐
97.	Ste náladový/-á?	☐	☐
98.	Cítite sa často vnútorne prázdny/-a?	☐	☐
99.	Máte často výbuchy hnevu alebo sa tak nahneváte, že strácate kontrolu?	☐	☐
100.	Udierate druhých alebo hádžete predmety, keď zúrite?	☐	☐
101.	Dokážu Vás veľmi rozzúriť aj maličkosti?	☐	☐
102.	Bývate na druhých nahnevaný/-á alebo sa cítite niekedy akoby neskutočný/-á, keď ste pod veľkým tlakom?	☐	☐
	Nasledujúce otázky sa týkajú spôsobov správania, ktoré sa mohli vyskytnúť pred Vaším 15. rokom.		
	Pred Vaším 15. rokom života …		
103.	… šikanovali ste alebo ohrozovali druhé deti?	☐	☐
104.	… začínali ste bitky?	☐	☐
105.	… použili ste v nejakej bitke zbraň, ako napr. palicu, kameň, rozbitú fľašu, nôž alebo revolver?	☐	☐
106.	… skúsili ste už niekedy zámerne spôsobiť druhému bolesť alebo žiaľ?	☐	☐
107.	… trýznili ste niekedy zámerne zvieratá?	☐	☐
108.	… zobrali ste niekedy nejakej druhej osobe niečo násilne, pričom ste tú osobu ohrozovali, prepadli alebo olúpili?	☐	☐
109.	… nútili ste niekedy nejakého druhého človeka k sexuálnemu kontaktu?	☐	☐
110.	… založili ste už niekedy zámerne požiar?	☐	☐
111.	… poškodili ste zámerne veci, ktoré Vám nepatrili?	☐	☐
112.	… vlámali ste sa niekam (napr. do bytu, domu, auta)?	☐	☐
113.	… často ste klamali alebo podvádzali druhých?	☐	☐
114.	… ukradli ste už niečo, napr. v nejakom obchodnom dome?	☐	☐

		Nie	Áno
115.	... ušli ste niekedy z domu a zostali ste preč na noc?	☐	☐
	Pred Vaším 13. rokom …		
116.	...prišli ste často večer podstatne neskôr domov než ste smeli?	☐	☐
117.	... chodili ste často poza školu?	☐	☐

Nemecké spracovanie:
T. Fydrich, B. Rennberg, B. Schmitz & H.-U. Wittchen: SKID-II Strukturiertes Klinische Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-II von: Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon, Janet B.W. Williams und Lorna Benjamin. Göttingen, Högrefe.1997: 36.
J. Hašto (slovenský preklad podľa nemeckej verzie), PK FN, Trenčín, 2008

Impact of Event Scale-Revised /IES-R/
Škála vplyvu udalosti- revidovaná

Mardi J. Horowitz et al. (1979)

Referencie:

Sundin EC, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale: evaluation of 20 years of use. Psychosom Med 2003;65:870-876. (http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/65/5/870)
Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979; 41: 209–18. (http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/41/3/209?ijkey=77e78ae4971cda931ed27c32283097368a90cd65)

Škála hodnotí prítomnosť symptómov posttraumatickej stresovej poruchy PTSP.
Je často používaná v rámci výskumných štúdií o PTSP napr. na meranie efektu terapie.

Vo výskumných štúdiách je za klinické „cut off" skóre považovaný celkový súčet bodov nad 35.

Podľa Manuálu k výcviku v EMDR (Eye Movement Desenzitization and Reprocessing), HAP Europe preložila a spracovala MUDr. Andrea Ševčíková, upravila Mgr. Hana Vojtová, Spoločnosť pre psychotraumatológiu a EMDR Trenčín, 2008.

Impact of Event Scale-Revised /IES-R/
Škála vplyvu udalosti- revidovaná

Inštrukcie: Pod čiarou sa nachádza zoznam ťažkostí, ktoré môžu mať niektorí ľudia po stresujúcich životných udalostiach. Prosím, prečítajte si pozorne každý jeden bod a potom vyznačte, ako zaťažujúce to pre vás bolo **v priebehu posledných siedmich dní** /ako veľmi ste boli vtedy zaťažený/-á alebo rozrušený/-á týmito ťažkosťami/?

0= ani trochu 1= trochu 2= stredne 3= značne 4= extrémne

1.	Hocijaká spomienka mi pripomínala vtedajšie pocity.	0 1 2 3 4
2.	Mal/-a som problémy s udržaním spánku.	0 1 2 3 4
3.	V iných situáciách som bol/-a nútený/-á myslieť na tú udalosť.	0 1 2 3 4
4.	Cítil/-a som sa podráždený/-á a nahnevaný.	0 1 2 3 4
5.	Vyhýbal/-a som sa tomu, aby som sa nahneval/-a, pri spomienke alebo rozmýšľaní o tejto udalosti.	0 1 2 3 4
6.	Myslel/-a som na to, aj keď som si to neželal/-a.	0 1 2 3 4
7.	Cítil/-a som, akoby sa to nikdy nebolo stalo alebo akoby to nebolo skutočné.	0 1 2 3 4
8.	Bol/-a som mimo zo spomienok na tú udalosť.	0 1 2 3 4
9.	Obrazy z tej udalosti sa vynárali v mojej mysli.	0 1 2 3 4
10.	Bol/-a som podráždený/-á a vystrašený/-á.	0 1 2 3 4
11.	Pokúšal/-a som sa na to nemyslieť.	0 1 2 3 4
12.	Uvedomoval/-a som si, že mám stále veľa pocitov z tej udalosti, ale nezaoberal/-a som sa nimi.	0 1 2 3 4
13.	Moje pocity z tej udalosti boli ako ustrnuté, otupené.	0 1 2 3 4
14.	Znova som prežíval/-a alebo preciťoval/-a tú udalosť, akoby som bol/-a späť v tom čase.	0 1 2 3 4
15.	Mal/-a som problémy so zaspávaním.	0 1 2 3 4
16.	Mával/-a som návaly silných pocitov z tej udalosti.	0 1 2 3 4
17.	Snažil/-a som sa to vymazať z mojej pamäti.	0 1 2 3 4
18.	Mal/-a som ťažkosti s koncentráciou.	0 1 2 3 4
19.	Pri spomienkach na tú udalosť som mal/-a telesné reakcie ako je potenie, ťažkosti s dýchaním, nevoľnosť alebo búšenie srdca.	0 1 2 3 4
20.	Snívalo sa mi o tom.	0 1 2 3 4
21.	Bol/-a som ostražitý/-á a opatrný/-á.	0 1 2 3 4
22.	Pokúšal/-a som sa o tom nerozprávať.	0 1 2 3 4

Subškála vyhýbania sa = body 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
Subškála intrúzií = body 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20
Subškála zvýšenej dráždivosti /hyperarousalu/ = body 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

STUPEŇ POSTIHNUTIA PODĽA WHO-DS

1. Obdobie posudzovania (označte príslušnou kolónkou)

* súčasnosť
* posledný mesiac
* posledný rok
* iné (špecifikujte): _____

2. Špecifické oblasti fungovania (zakrúžkujte príslušné číslo):

A. Starostlivosť o vlastnú osobu
Týka sa osobnej hygieny, obliekania, jedla a pod.

0	1	2	3	4	5
bez postihnutia		*fungovanie s podporou			ťažké postihnutie

B. Práca
Týka sa očakávaných výkonov funkcií v platených činnostiach, štúdiu, údržbe domácnosti a pod.

0	1	2	3	4	5
bez postihnutia		*fungovanie s podporou			ťažké postihnutie

C. Rodina a domácnosť
Týka sa očakávaného kontaktu s manželským partnerom, deťmi a ostatnými príbuznými. Pri posudzovaní je treba venovať zvláštnu pozornosť výkonnosti pacienta vo vzťahu k špecifickým podmienkami, v ktorých žije.

0	1	2	3	4	5
bez postihnutia		*fungovanie s podporou			ťažké postihnutie

D. Fungovanie v širšom sociálnom kontexte
Týka sa očakávaných výkonov vo vzťahu k členom spoločnosti, účasti pri spoločnom trávení voľného času a ďalších sociálnych aktivitách.

0	1	2	3	4	5
bez postihnutia		*fungovanie s podporou			ťažké postihnutie

3. Celkové trvanie postihnutia (označte príslušnú kolónku):

* menej ako 1 rok
* 1 rok alebo dlhšie
* neznáme

4. Špecifické schopnosti

Niektorí pacienti môžu mať vysoké hodnotenie postihnutia pre jednu alebo viac hore uvedených oblastí, môžu mať špecifické schopnosti, ktoré sú dôležité pre spôsob vedenia alebo starostlivosti a pre fungovanie jedinca v spoločnosti alebo rodine. Takýmto aktívom môže byť zručné ovládanie hudobného nástroja, čiastočne dobrý vzhľad, fyzická sila, alebo ľahkosť pri zvládaní sociálne náročnejších situácií.

*označte, ak sú prítomné špecifické schopnosti, popíšte ich: _____
_____
_____

Hašto, J., (ed.): Diagnostické a diferenciálne diagnostické moduly podľa WHO-ICD-10. Viacosová diagnostika v psychiatrii. s.133 Trenčín, Integra/Betlehem, 1997,: 145.

Childhood Trauma Questionnaire

Dotazník traumy v detstve

CTQ

Meno: _____

Vek: _____ **Pohlavie:**_____

Keď som vyrastal/-a…	**nikdy**	**zriedka**	**niekedy**	**často**	**veľmi často**
1. Nemal/-a som dostatok jedla.	●	●	●	●	●
2. Vedel/-a som, že je tu niekto, kto sa o mňa postará a ochráni ma.	●	●	●	●	●
3. Ľudia v mojej rodine mi vraveli napr., že som: „hlúpy/-a“, „lenivý/-á“ alebo „škaredý/-á“.	●	●	●	●	●
4. Moji rodičia boli príliš opití alebo nadrogovaní na to, aby sa starali o rodinu.	●	●	●	●	●
5. V mojej rodine bol niekto, kto mi pomohol cítiť, že som dôležitý/-á alebo výnimočný/-á.	●	●	●	●	●
6. Musel/-a som nosiť špinavé oblečenie.	●	●	●	●	●
7. Cítil/-a som, že som milovaný/-á.	●	●	●	●	●
8. Myslel/-a som si, že si moji rodičia priali, aby som sa nikdy nenarodil/-a.	●	●	●	●	●
9. Niekto v mojej rodine ma bil tak veľmi, že som musel/-a ísť k lekárovi alebo do nemocnice.	●	●	●	●	●
10. Na mojej rodine nebolo nič, čo by som chcel/-a zmeniť.	●	●	●	●	●
11. Ľudia z mojej rodiny ma bili tak silno, že to zanechávalo modriny alebo iné stopy.	●	●	●	●	●
12. Trestali ma remeňom, palicou, šnúrou alebo iným tvrdým predmetom.	●	●	●	●	●
13. Ľudia v mojej rodine boli k sebe pozorní.	●	●	●	●	●
14. Ľudia v mojej rodine mi hovorili veci, ktoré ma zraňovali alebo urážali.	●	●	●	●	●
15. Myslím si, že som bol/-a telesne týraný/-á.	●	●	●	●	●
16. Mal/-a som perfektné detstvo.	●	●	●	●	●
17. Udierali ma alebo bili, tak veľmi, že si to niekto všimol napr. učiteľ (ka), sused (ka) alebo lekár(ka).	●	●	●	●	●
18. Cítil/-a som, že niekto v mojej rodine ma nenávidí.	●	●	●	●	●
19. Ľudia v mojej rodine si boli navzájom citovo blízki.	●	●	●	●	●
20. Niekto sa ma pokúšal sexuálne dotýkať alebo chcel, aby som sa dotýkal/-a ja jeho/jej.	●	●	●	●	●

Keď som vyrastal/-a…	nikdy	zriedka	niekedy	často	veľmi často
21. Niekto sa vyhrážal, že mi ublíži alebo bude o mne klamať, ak s ním/ňou nebudem robiť niečo sexuálne.	●	●	●	●	●
22. Mal/-a som najlepšiu rodinu na svete.	●	●	●	●	●
23. Niekto sa pokúšal, aby som robil/-a sexuálne veci alebo pozeral/-a na sexuálne veci.	●	●	●	●	●
24. Niekto ma sexuálne zneužil/-a, obťažoval/-a.	●	●	●	●	●
25. Myslím si, že som bol/-a psychicky týraný/-á.	●	●	●	●	●
26. Mal /-a som niekoho, kto by ma vzal k lekárovi, keby som to potreboval/-a.	●	●	●	●	●
27. Myslím si, že som bol/-a sexuálne zneužívaný/-á.	●	●	●	●	●
28. Moja rodina bola zdrojom sily a podpory.	●	●	●	●	●

Inštrukcia

Tieto otázky sa týkajú niektorých vašich zážitkov a skúseností z detstva a dospievania. Hoci sú tieto otázky osobné, pokúste sa, prosím, odpovedať tak úprimne, ako najviac dokážete. Pri každej otázke zakrúžkujte bodku pod odpoveďou, ktorá najlepšie vystihuje ako to cítite. Ak budete chcieť zmeniť svoju odpoveď, preškrtnite ju pomocou X a zakrúžkujte svoju novú odpoveď.

Príklad opravenej odpovede:

Pôvodná odpoveď

nikdy	zriedka	niekedy	často	veľmi často
●	●	●	●	●

Zmenená odpoveď

nikdy	zriedka	niekedy	často	veľmi často
●	●	●	●	●

Copyright © 1998 NSC Pearson, Inc. All rights reserved.
Na slovenskej verzii pracovali: MUDr. Bohdana Bírešová, PhDr. Gabriela Gugová,PhD, MUDr. Jozef Hašto,PhD, Mgr. Tereza Hrušovská, Mgr. Barbora Opatovská, Mgr. Hana Vojtová.
Kontakt: j.hasto.tn@gmail.com
Originál:
David P.Bernstein, Laura Fink: CTQ Childhood Trauma Questionnaire. A Retrospective Self-Report. Manual. NCS Pearson, San Antonio, 1998, 68 strán.

Life Stressor Checklist - Revised (LSC-R) / Zoznam životných stresorov - revidovaný

Identifikačné číslo ☐☐☐☐☐

Prosím, vyplňte dnešný dátum: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Čítajte prosím, ako prvé: Teraz Vám položíme niekoľko otázok týkajúcich sa životných udalostí, ktoré u väčšiny ľudí vyvolávajú strach, rozrušenie alebo sú pre nich stresujúce. Prosím, spomeňte si na **celý svoj život**, keď budete na tieto otázky odpovedať. Niektoré otázky sa môžu týkať znepokojujúcich udalostí, o ktorých obvykle nehovoríte. Vaše odpovede sú dôležité, ale **na otázky, na ktoré nechcete, nemusíte odpovedať**. Ďakujeme.

1. Zažili ste niekedy vážnu katastrofu (napríklad, zemetrasenie, víchricu, veľký požiar, výbuch)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

2. Videli ste niekedy vážnu nehodu (napríklad, ťažkú autonehodu alebo pracovný úraz)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

3. Mali ste niekedy veľmi vážnu nehodu alebo ste boli v dôsledku nehody zranený/á (napríklad, ťažkú autonehodu alebo pracovný úraz)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

4. Bol niekedy blízky člen Vašej rodiny poslaný do väzenia? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

5. Boli ste niekedy Vy poslaný/á do väzenia? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

6. Dali Vás niekedy do pestúnskej starostlivosti alebo na adopciu? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

7. Žili Vaši rodičia niekedy, počas obdobia, kedy ste s nimi bývali, v odlúčení alebo sa rozviedli? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

8. Žili ste niekedy v odlúčení alebo ste sa rozviedli? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

9. Mali ste niekedy vážne finančné problémy (napríklad, nedostatok peňazí na jedlo alebo na bývanie)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

10. Mali ste niekedy veľmi vážne telesné alebo psychické ochorenie (napríklad, rakovinu, srdcový infarkt, vážnu operáciu, pocit, že sa chcete zabiť, hospitalizovaný/á kvôli nervovým problémom)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

11. Boli ste niekedy psychicky týraný/á alebo zanedbávaný/á (napríklad, často vystavený/á zahanbovaniu, strápňovaniu, ignorovaniu alebo Vám opakovane hovorili, že „nie ste dobrý/á“)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

12. Boli ste niekedy telesne zanedbávaný/á (napríklad, nekŕmili Vás, neboli ste primerane obliekaný/á alebo ste boli odkázaný/á na seba, keď ste boli príliš malý/á alebo chorý/á)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený***? ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

13. LEN PRE ŽENY: Mali ste niekedy umelé prerušenie tehotenstva alebo spontánny potrat (prišli ste o dieťa)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený***? ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

14. Boli ste niekedy odlúčený/á od svojho dieťaťa proti svojej vôli (napríklad, ak ste prišli o opatrovníctvo alebo právo ho navštevovať alebo kvôli únosu)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený***? ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

15. Malo Vaše dieťa niekedy vážne telesné alebo psychické postihnutie (napríklad, mentálnu zaostalosť, vrodené chyby, nemohlo vidieť, počuť, chodiť)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

16. Boli ste niekedy zodpovedný/á za starostlivosť o niekoho Vám blízkeho (nie o Vaše dieťa), kto mal vážne telesné alebo psychické postihnutie (napríklad, rakovinu, mozgovú príhodu, AIDS, nervové problémy, nepočul, nevidel, nechodil)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

17. Zomrel niekto Vám blízky náhle alebo nečakane (napríklad, náhly srdcový infarkt, vražda alebo samovražda)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

18. Zomrel Vám niekto blízky (okrem tých, ktorí zomreli náhle alebo nečakane)?	☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c.	Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?***	☐ Áno ☐ Nie
d.	V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy?	☐ Áno ☐ Nie
e.	Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok?	☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

19. Keď ste boli malý/á (pred 16. rokom života), videli ste niekedy násilie medzi členmi rodiny (napríklad, udieranie, kopanie, fackovanie, údery päsťou)?	☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c.	Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?***	☐ Áno ☐ Nie
d.	V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy?	☐ Áno ☐ Nie
e.	Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok?	☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

20. Videli ste už niekedy lúpež, lúpežné prepadnutie alebo útok?	☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c.	Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?***	☐ Áno ☐ Nie
d.	V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy?	☐ Áno ☐ Nie
e.	Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok?	☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

21. Boli ste niekedy olúpený/á, lúpežne prepadnutý/á alebo telesne (nie sexuálne) napadnutý/á niekým, koho ste nepoznali? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

22. *Pred Vaším 16. rokom života,* boli ste niekedy týrananý/á alebo fyzicky napadnutý/á (nie sexuálne) niekým, koho ste poznali (napríklad, rodič, priateľ alebo manžel Vás udrel, dal Vám facku, škrtil, popálil alebo Vás zbil)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

23. Keď ste mali *viac ako 16 rokov,* boli ste niekedy týrananý/á alebo fyzicky napadnutý/á (nie sexuálne) niekým, koho ste poznali (napríklad, rodič, priateľ alebo manžel Vás udrel, dal Vám facku, škrtil, popálil alebo Vás zbil)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

24. Boli ste niekedy obťažovaný/á alebo trápený/á sexuálnymi poznámkami, vtipmi alebo žiadosťami o sexuálne služby niekým v práci alebo v škole (napríklad, spolupracovníkom, nadriadeným, zákazníkom, iným študentom, učiteľom)? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

25. *Pred Vaším 16. rokom života,* dotýkal sa Vás niekto alebo Vás nútil niekoho sa dotýkať sexuálnym spôsobom tak, že Vás nejakým spôsobom nútil alebo sa Vám vyhrážal ublížením, ak to neurobíte? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

26. Keď ste mali *viac ako 16 rokov,* dotýkal sa Vás niekto alebo Vás nútil niekoho sa dotýkať sexuálnym spôsobom tak, že Vás nejakým spôsobom nútil alebo sa Vám vyhrážal ublížením, ak to neurobíte? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

27. *Pred Vaším 16. rokom života,* mali ste niekedy sex (orálny, análny, genitálny), keď ste nechceli, pretože Vás niekto nejakým spôsobom nútil alebo sa Vám vyhrážal ublížením, ak to neurobíte? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

28. Keď ste mali *viac ako 16 rokov,* mali ste niekedy sex (orálny, análny, genitálny), keď ste nechceli, pretože Vás niekto nejakým spôsobom nútil alebo sa Vám vyhrážal ublížením, ak to neurobíte? ☐ Áno ☐ Nie

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

29. Sú nejaké udalosti, ktoré sme nespomenuli a chceli by ste ich uviesť? ☐ Áno ☐ Nie

Aká to bola udalosť? _____

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený?*** ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

30. Stali sa niekedy vyššie uvedené udalosti niekomu Vám blízkemu, takže aj keď ste neboli ich svedkom, boli ste nimi vážne rozrušený/á?	☐ Áno ☐ Nie

Aká to bola udalosť? _____

a. Koľko ste mali rokov, keď sa to stalo? ☐☐ b. Kedy to skončilo? ☐☐

c. Keď sa tá udalosť stala, mysleli ste si, že ***Vy alebo niekto druhý*** by mohol byť ***zabitý*** alebo vážne ***zranený***? ☐ Áno ☐ Nie

d. V čase udalosti, prežívali ste pocity ***intenzívnej*** bezmocnosti, strachu alebo hrôzy? ☐ Áno ☐ Nie

e. Nakoľko to ovplyvnilo Váš život za posledný rok? ☐ 1 **vôbec nie** ☐ 2 ☐ 3 **niečo áno** ☐ 4 ☐ 5 **extrémne**

Slovenská verzia: PK TN Trenčín

Life Stressor Checklist - Revised (LSC-R) / Zoznam životných stresorov - revidovaný

Možnosti skórovania

Tento nástroj je valídny pri použití mnohých, rôznych metód skórovania. Vybrali sme tri možnosti skórovania, ktoré považujeme za najužitočnejšie:

Možnosť 1: Jednou metódou skórovania LSC-R je jednoducho rátať za každý pozitívne označený stresor (očíslovanú otázku) jeden bod, spočítať ich celkový súčet a každému účastníkovi prideliť celkové skóre Životných stresorov. Skóre sa pohybuje v rozpätí od 0 – 30.

Možnosť 2: Druhá možnosť je skórovať LSC-R pridelením váhy označeným životným stresorom. Toto skóre, pohybujúce sa v rozpätí od 0 – 150, odráža subjektívne hodnotenie jednotlivca, nakoľko životný stresor ovplyvnil jeho život za posledný rok. Každému pozitívne označenému životnému stresoru by sme pridelili body od 1 do 5 podľa toho, aké číslo účastník označil pri otázke označenej písmenom „e".

Možnosť 3: Táto metóda identifikuje počet pozitívne označených životných stresorov, ktoré odrážajú kritérium A o zážitku traumatickej udalosti podľa DSM-IV pre posttraumatickú stresovú poruchu. Body pridelíme len v prípade, ak je pozitívne označený životný stresor ako aj otázky „c" a „d", ktoré odrážajú kritériá DSM-IV pre zážitok traumatickej udalosti. Všimnite si, že možnosť „c" a „d" sú k dispozícii len pre vybrané otázky, zodpovedajúce kritériám DSM-IV. Niektorí výskumníci považujú za užitočné používať túto možnosť skórovania spolu s možnosťou 1, kde možno získať skóre pre vysoko závažné stresory (stresory podľa kritéria A) a menej závažné stresory (iné významné životné udalosti).

Zdroj: Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P. J., Chrestman, K. R., & Levin, K. (1996). Psychometric review of the Life Stressor Checklist – Revised. In. B. H. Stamm (Ed.), Measurement of stress, trauma, and adaptation (pp. 198 – 201). Lutherville, MD: Sidran Press.
o originál dotazníka je možné priamo bezplatne požiadať na stránke:
http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ncptsd-instrument-request-form.asp, 16.11.2011
Slovenská verzia, preklad: Mgr. Hana Vojtová, Mgr.Barbora Opatovská, PK FN Trenčín

Slovenská verzia: PK TN Trenčín

E.M.B.U.[1] - Dotazník

(Moje spomienky, ako ma vychovávali)

Pred tým, než vyplníte tento dotazník, pozorne si prečítajte nasledujúce inštrukcie.

Hoci je ťažké si presne spomenúť, ako sa k nám rodičia správali, keď sme boli deťmi, každý z nás má určité spomienky na to, akým spôsobom nás vychovávali. Pri vypĺňaní tohto dotazníka je dôležité, aby ste sa pokúsili rozpamätať sa na správanie Vašich rodičov k Vám, ako ste ho prežívali Vy. Pri každej otázke si môžete vybrať odpoveď z viacerých možností. Zakrúžkujte tú možnosť, ktorá zodpovedá správaniu sa Vašej matky a otca voči Vám.
Dbajte na to, aby ste odpovedali na všetky otázky. Uvedomujeme si, že na určité otázky nemôžete odpovedať, ak nemáte sestru(-y) alebo brata(-ov). V takom prípade nechajte tieto otázky nezodpovedané.
Pri každej otázke zakrúžkujte tú možnosť, ktorá zodpovedá správaniu sa Vašej matky a otca voči Vám. Pozorne si prečítajte každú otázku a zvážte, ktorá možnosť platí pre Vás. Zvlášť odpovedajte v prípade otca a zvlášť v prípade matky.

Toto je príklad, ako by ste mali vypĺňať tento dotazník.

		Nie nikdy	Áno, ale málokedy	Áno často	Áno väčšinou
Moji rodičia ma bili	O	(1)	2	3	4
	M	1	(2)	3	4
Moji rodičia ma chválili	O	1	2	(3)	4
	M	1	2	(3)	4

V dotazníku O = otec, M = matka

E.M.B.U. - Dotazník

Pohlavie: muž žena

Vek:

Býval(-a) som s oboma rodičmi do ..... rokov.

Môj otec má ..... rokov (zomrel, keď som mal(-a) ..... rokov).

Moja matka má ..... rokov (zomrela, keď som mal(-a) ..... rokov).

Moji rodičia sa rozišli, keď som mal(-a) ..... rokov.

Žil(-a) som s ..... od mojich ..... rokov.

Mám ..... bratov a sestier.

Mám ..... starších bratov a starších sestier.

****

		Nie nikdy	Áno, ale málokedy	Áno často	Áno väčšinou	
1. Stávalo sa, že moji rodičia sa tvárili mrzuto alebo nahnevane bez toho, aby mi povedali dôvod	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
2. Moji rodičia ma chválili	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
3. Stávalo sa, že som si želal(-a), aby sa moji rodičia menej starali o to, čo som robil(-a)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
4. Stávalo sa, že ma moji rodičia trestali telesne viac, ako som si zaslúžil(-a)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
5. Keď som prišiel(-a) domov, musel(-a) som rodičom vysvetľovať, čo som robil(-a)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]

		Nie nikdy	Áno, ale málokedy	Áno často	Áno väčšinou	
6. Myslím si, že sa moji rodičia snažili urobiť moje dospievanie podnetným, zaujímavým a poučným (napr. tak, že mi dávali dobré knihy, zariadili pre mňa tábory, zobrali ma do krúžkov)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
7. Moji rodičia ma kritizovali a hovorili mi v prítomnosti iných, aký(-á) som lenivý(-á) a neužitočný(-á)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
8. Stávalo sa, že mi rodičia zakázali niečo, čo mali iné deti dovolené, pretože sa báli, že sa mi môže niečo stať	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
9. Moji rodičia sa ma snažili pobádať, aby som sa stal(-a) najlepším(-ou)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
10. Moji rodičia sa tvárili smutne alebo mi iným spôsobom dávali najavo, že som sa správal(-a) zle, takže som sa potom skutočne cítil(-a) previnilo	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
11. Myslím si, že moji rodičia sa prehnane obávali o to, aby sa mi niečo nestalo	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
12. Keď sa mi nedarilo, cítil(-a) som, že sa ma moji rodičia snažili upokojiť a povzbudiť	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
13. Správali sa ku mne ako k "čiernej ovci" rodiny alebo ako k "obetnému baránkovi"	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
14. Moji rodičia mi dávali slovne a gestami najavo, že ma majú radi	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]

		Nie nikdy	Áno, ale málokedy	Áno často	Áno väčšinou	
15. Cítil(-a) som, že moji rodičia mali môjho brata(-ov) a/alebo sestru(-y) radšej ako mňa	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
16. Moji rodičia ma často zahanbovali	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
17. Mohol(-a) som chodiť, kam som chcel(-a) bez toho, aby sa do toho moji rodičia príliš starali	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
18. Mal(-a) som pocit, že moji rodičia zasahovali do všetkého, čo som robil(-a)	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
19. Medzi mnou a mojimi rodičmi som cítil(-a) nehu a vrelosť	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
20. Moji rodičia mi rázne vymedzovali, čo smiem robiť a čo nie, a potom na tom prísne trvali	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
21. Moji rodičia by ma tvrdo potrestali aj za maličkosti	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
22. Moji rodičia chceli rozhodovať o tom, ako by som mal(-a) byť oblečený(-á) alebo ako by som mal(-a) vyzerať	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]
23. Cítil(-a) som, že na mňa boli moji rodičia hrdí, keď sa mi niečo podarilo	O	1	2	3	4	[ ]
	M	1	2	3	4	[ ]

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

Skórovací kľúč k s-EMBU

		Počet položiek		
Odmietanie	1, 4, 7, 13, 15, 16, 21		7	
Emocionálna vrelosť	2, 6, 12, 14, 19, 23			6
Hyperprotektivita	3, 5, 8, 10, 11, 17*, 18, 20, 22	9		

* Prepólované skórovanie 1-4, 2-3, 3-2, 4-1

Možnosti využitia položiek s-E.M.B.U. (s príslušným preformulovaním na otázky) pri fokusovaní „bežnej" biografickej anamnézy na vnímané a zapamätané správanie rodičov

Odmietanie	1. Stávalo sa, že moji rodičia sa tvárili mrzuto alebo nahnevane bez toho, aby mi povedali dôvod 4. Stávalo sa, že ma moji rodičia trestali telesne viac, ako som si zaslúžil(-a) 7. Moji rodičia ma kritizovali a hovorili mi v prítomnosti iných, aký(-á) som lenivý(-á) a neužitočný(-á) 13. Správali sa ku mne ako k "čiernej ovci" rodiny alebo ako k "obetnému baránkovi" 15. Cítil(-a) som, že moji rodičia mali môjho brata(-ov) a/alebo sestru(-y) radšej ako mňa 16. Moji rodičia ma často zahanbovali 21. Moji rodičia by ma tvrdo potrestali aj za maličkosti
Hyperprotektivita	3. Stávalo sa, že som si želal(-a), aby sa moji rodičia menej starali o to, čo som robil(-a) 5. Keď som prišiel(-a) domov, musel(-a) som rodičom vysvetľovať, čo som robil(-a) 8. Stávalo sa, že mi rodičia zakázali niečo, čo mali iné deti dovolené, pretože sa báli, že sa mi môže niečo stať 10. Moji rodičia sa tvárili smutne alebo mi iným spôsobom dávali najavo, že som sa správal(-a) zle, takže som sa potom skutočne cítil(-a) previnilo 11. Myslím si, že moji rodičia sa prehnane obávali o to, aby sa mi niečo nestalo 17.* Mohol(-a) som chodiť, kam som chcel(-a) bez toho, aby sa do toho moji rodičia príliš starali 18. Mal(-a) som pocit, že moji rodičia zasahovali do všetkého, čo som robil(-a) 20. Moji rodičia mi rázne vymedzovali, čo smiem robiť a čo nie, a potom na tom prísne trvali 22. Moji rodičia chceli rozhodovať o tom, ako by som mal(-a) byť oblečený(-á) alebo ako by som mal(-a) vyzerať

Emočná vrelosť	2. Moji rodičia ma chválili 6. Myslím si, že sa moji rodičia snažili urobiť moje dospievanie podnetným, zaujímavým a poučným (napr. tak, že mi dávali dobré knihy, zariadili pre mňa tábory, zobrali ma do krúžkov) 12. Keď sa mi nedarilo, cítil(-a) som, že sa ma moji rodičia snažili upokojiť a povzbudiť 14. Moji rodičia mi dávali slovne a gestami najavo, že ma majú radi 19. Medzi mnou a mojimi rodičmi som cítil(-a) nehu a vrelosť 23. Cítil(-a) som, že na mňa boli moji rodičia hrdí, keď sa mi niečo podarilo

Pozrite tiež:
Poliaková M., Mojžišová V., Hašto J.: Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania ako výskumný a klinický nástroj s – E.M.B.U. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 14, 2007, č. 2-3, s. 79-88

Vodidlá pre „kvantifikáciu“: nie nikdy; áno, ale málokedy; áno často; áno väčšinou.

Podľa Arrindel W. A., Sanavio E., Aguilar G., Sica C., Hatzichristou Ch., Eisemann M., Recinos L. A., Gaszner P., Peter M., Battagliese G., Kallai J., van der Ende J. (1999): The development of a short form of the EMBU[1]: Its aprrraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. Personality and individual Differences, 27, 613-628
Preložené so súhlasom Dr. Martina Raimunda Eismanna. Preklad: Hašto J., Suško J., Poliaková M., Vojtová H., Švančarová O., Havlíková V., Praznovská L. PK FN, Trenčín, 2005

[1] E.M.B.U. je švédsky akronym pre Egna Minnen Beträffande Uppfostran (My memories of upbringing; Moje spomienky, ako ma vychovávali)

Ako prežívam blízke vzťahy - revidovaný dotazník (ECR-R)

Inštrukcia: Výroky uvedené nižšie opisujú, ako sa cítite v citovo blízkych vzťahoch.
Zaujíma nás, ako prežívate blízke vzťahy *vo všeobecnosti*, nie nevyhnutne ako prežívate súčasný vzťah.
Ku každému výroku, prosím, vyjadrite váš súhlas alebo nesúhlas tým, že zakrúžkujete jedno číslo.

	úplne nesúhlasím						*úplne úhlasím*
1. Obávam sa, že stratím lásku partnerky/ partnera.	1	2	3	4	5	6	7
2. Často sa trápim tým, že partnerka/partner nebude chcieť so mnou zostať.	1	2	3	4	5	6	7
3. Často sa trápim tým, že ma partnerka/partner v skutočnosti nemiluje.	1	2	3	4	5	6	7
4. Trápim sa tým, že milostnej partnerke/ partnerovi na mne nebude rovnako veľmi záležať, ako mne na nej/na ňom.	1	2	3	4	5	6	7
5. Často si prajem, aby city partnerky/partnera ku mne boli rovnako silné ako moje citu k nej/k nemu.	1	2	3	4	5	6	7
6. Dosť sa trápim mojimi vzťahmi.	1	2	3	4	5	6	7
7. Keď je partnerka/partner mimo môj dohľad, trápim sa tým, že by sa mohla/mohol zaujímať o niekoho iného.	1	2	3	4	5	6	7
8. Keď prejavím svoje city partnerke/partnerovi, obávam sa, že by voči mne nepociťovala/ nepociťoval rovnaké city.	1	2	3	4	5	6	7
9. Iba zriedka sa trápim tým, že by ma partnerka/ partner opustila/opustil.	1	2	3	4	5	6	7
10. Moja milostná partnerka/partner vo mne vyvoláva pochybnosti o sebe samom/sebe samej.	1	2	3	4	5	6	7
11. V podstate sa netrápim tým, že budem opustený/opustená.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mám pocit, že sa partnerka/partner so mnou nechce až tak zblížiť, ako by som si to prial/ priala.	1	2	3	4	5	6	7
13. Niekedy partnerka/partner zmení svoje pocity voči mne bez toho, aby na to mala/mal zjavnú príčinu.	1	2	3	4	5	6	7

	úplne nesúhlasím						*úplne úhlasím*
14. Moja túžba po veľmi blízkom vzťahu niekedy ľudí odradí.	1	2	3	4	5	6	7
15. Obávam sa, že ak moja milostná partnerka/partner zistí, aký/aká som, nebude ma mať takého rada/takú rád.	1	2	3	4	5	6	7
16. Vyvádza ma z miery, ak od partnera/partnerky nedostávam lásku a podporu, akú potrebujem.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trápim sa, že nebudem vyhovovať druhým ľuďom.	1	2	3	4	5	6	7
18. Partnerka/partner si ma zrejme všíma iba vtedy, keď som nahnevaný/nahnevaná.	1	2	3	4	5	6	7
19. Radšej nedávam partnerke/partnerovi najavo, ako sa cítim v hĺbke svojej duše.	1	2	3	4	5	6	7
20. Rád/rada sa delím o moje vlastné myšlienky a pocity s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
21. Je pre mňa ťažké spoliehať sa na partnerku/partnera.	1	2	3	4	5	6	7
22. V blízkosti partnerky / partnera sa cítim veľmi príjemne.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cítim sa nepríjemne, keď odkrývam svoje vnútro partnerke/partnerovi.	1	2	3	4	5	6	7
24. Radšej sa príliš nezbližujem s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
25. Cítim sa nepríjemne, keď sa chce so mnou partnerka/partner veľmi zblížiť.	1	2	3	4	5	6	7
26. Je pre mňa pomerne jednoduché zblížiť sa s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
27. Nie je pre mňa ťažké priblížiť sa k partnerke/partnerovi.	1	2	3	4	5	6	7
28. Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
29. Pomáha mi, keď sa v čase núdze obrátim na milostnú partnerku/partnera.	1	2	3	4	5	6	7
30. Partnerke/partnerovi rozprávam takmer všetko.	1	2	3	4	5	6	7
31. Preberám rôzne veci s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
32. Cítim sa nepríjemne, keď sa so mnou partnerka/partner príliš zblíži.	1	2	3	4	5	6	7

	úplne nesúhlasím						*úplne úhlasím*
33. Cítim sa príjemne, keď sa spolieham na milostnú partnerku/partnera.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
34. Zisťujem, že je pre mňa ľahké spoliehať sa na milostnú partnerku/partnera.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
35. Je pre mňa ľahké prejavovať náklonnosť partnerke/partnerovi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
36. Partnerka/partner naozaj rozumie mne a mojim potrebám.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Dotazník na typológiu vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti

Ako prežívam blízke vzťahy – revidovaný dotazník (ECR-R)
The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Questionnaire

Literárny zdroj:
Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
Preklad: Mgr. Matúš Bieščad, PhD., MUDr. Jozef Hašto, PhD
Pozrite tiež:
Bieščad M. Hašto J. Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. Psychiatrie, ročník 14, 2010, č. 2, 68-74.

Informácie o skórovaní:

- položky 1-18 tvoria škálu **úzkosti** týkajúcej sa vzťahovej väzby
- položky 19-36 tvoria škálu **vyhýbania** týkajúceho sa vzťahovej väzby

Pri používaní dotazníka by malo byť poradie položiek náhodne zmenené.

Niektoré položky sú reverzne skórované, to znamená, že pred začiatkom vyhodnocovania dotazníka je ich potrebné „preskórovať" – t. j. odpoveď 1 zmeniť na 7 atď.
(preskórovanie položiek: 1 → 7; 2 → 6; 3 → 5; 4 → 4; 5 → 3; 6 → 2; 7 → 1)
Reverzné položky: 9, 11, 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36

Po preskórovaní položiek sa vypočíta skóre pre škálu úzkosti a pre škálu vyhýbania. V oboch prípadoch sa sčítajú odpovede pre všetky položky patriace do škály a delia sa počtom týchto položiek.

Skóre škály **úzkosti** - suma všetkých odpovedí na položky 1 až 18 delené 18
Skóre škály **vyhýbania** - suma všetkých odpovedí na položky 19 až 36 delené 18

Špeciálna poznámka: Položky je možné modifikovať tak, že sa nepýtajú na prežívanie vzťahu k milostnej partnerke/partnerovi, ale je možné pýtať sa na prežívanie vzťahu k iným ľuďom (napr. k mame/otcovi, k priateľke/priateľovi, k manželke/manželovi...). V takomto prípade je potrebné urobiť príslušnú zmenu vo formulácii položiek aj v inštrukcii.

Bielefeldský dotazník klientových očakávaní (BDKO). Metóda zisťovania štýlov vzťahovej väzby u psychoterapeutických pacientov.

Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. In: Psychotherapeut, 1999.44:159 – 166

Autor: **DIETHER HŐGER**
Preklad: Jozef Hašto

(V zátvorkách sa nachádza príslušnosť ku škálam: A= problémy s akceptáciou, O = pripravenosť k otváraniu sa, N = potreba náklonnosti; - = opačné pólovanie)

Každý pacient/ každá pacientka, ktorý/- á začína psychoterapiu si robí starosti ohľadom toho, aké to bude. V tomto dotazníku sa Vás budem pýtať na Vaše očakávania, zamerané na Vášho psychoterapeuta / Vašu psychoterapeutku: Čo si od neho / nej prajete, alebo čoho sa obávate, s akými reakciami aj Vy sám/-a počítate u seba atď.
V dotazníku nájdete celý rad myšlienok, ktoré by Vám v tejto súvislosti mohli ísť hlavou. Čítajte ich prosím podľa poradia a posudzujte vždy do akej miery sa tieto myšlienky zhodujú s Vašimi, či sú Vám dôverne známe, alebo Vám pripadajú cudzie.
Podľa toho do akej miery sa zhodujú s Vašimi urobte krížik pri jednej z daných možných odpovedí.

Možné odpovede sú:
0 = vôbec neplatí
1 = takmer neplatí
2 = trochu platí
3 = prevažne platí
4 = presne platí

Nevynechajte prosím žiadnu z týchto otázok a rozhodnite sa vždy len pre jednu z možných odpovedí. Nepremýšľajte ale sa pokúste reagovať pokiaľ možno spontánne.

1. Častejšie rozmýšľam, či mi terapia niečo prinesie. (prelomenie bariéry)
2. Budem môcť s mojím terapeutom / mojou terapeutkou naozaj ľahko hovoriť o všetkom tom, čo sa deje v mojom vnútri. (O)
3. Vedel/-a by som si predstaviť, že by toho mohlo byť priveľa pre môjho terapeuta / moju terapeutku znášať mňa a moje problémy. (A)
4. Rušilo by ma, keby ma môj terapeut / moja terapeutka príliš zameriaval/-a na moje city. (O-)
5. Voči môjmu terapeutovi / mojej terapeutke sa dokážem ľahko otvoriť (O)
6. Keby som sa hneval na môjho terapeuta / moju terapeutku dával/-a by som si pozor, aby som to neprejavil/-a. (A)
7. Bude pre mňa pomerne ľahké hovoriť môjmu terapeutovi / mojej terapeutke o mojich citoch (O)
8. Keby sa môj terapeut / moja terapeutka niekedy o mňa nie dosť staral/-a, veľmi by ma to zastrašilo. (N)
9. Obávam sa, že môj terapeut/ moja terapeutka by sa ma chcel/-a zbaviť, keby vedel/-a, čo sa v skutočnosti vo mne deje. (A)
10. Predovšetkým keby som sa mal/-a zle, budem zvlášť odkázaný/-á na to, aby sa mi môj terapeut / moja terapeutka mimoriadne venoval/-a a zameral/-a sa na mňa. (N)
11. Keby sa môj terapeut / moja terapetka zameral/-a na moje city, pripadalo by mi to dosť zvláštne. (O-)
12. Obávam sa, že môj terapeut / moja terapeutka sa bude o mňa osobne menej starať, než by som vlastne potreboval/-a. (A)
13. Môj terapeut / moja terapeutka bude môcť dobre porozumieť, čo sa vo mne deje. (O)
14. Som si takmer istý/-á : k môjmu terapeutovi / mojej terapeutke budem mať dobrý dôverný vzťah. (O)
15. Budem si od môjho terapeuta / mojej terapeutky priať viac náklonnosti, ako by som chcel/-a prejaviť navonok. (N)
16. Dokážem si predstaviť, že na konci terapie mi bude pripadať ťažké odlúčiť sa od môjho terapeuta / mojej terapeutky. (N)
17. Keď môj terapeut / moja terapeutka bude ku mne priateľský/-á mohli by sa u mňa objaviť pochybnosti, či to tak myslí aj v skutočnosti. (A)
18. Otvorene povedané: najmilšie by pre mňa bolo, keby si môj terapeut / moja terapeutka rezervovali čo najviac času len pre mňa a staral/-a sa takmer výhradne len o mňa. (N)

19. Smútok by ma mohol tak veľmi ochromiť, že môj terapeut / moja terapeutka by sa mnou potom musel/-a zaoberať a musel/-a by mi ďalej pomáhať. (N)
20. Možno si budem niekedy myslieť, že môj terapeut / moja terapeutka by sa ma najradšej zbavil/-a. (A)
21. Trochu väčší odstup vo vzťahu k môjmu terapeutovi / mojej terapetke by bol pre mňa príjemnejší. (O-)
22. Otvorene povedané: prajem si, aby môj terapeut / moja terapeutka aj mimo terapeutických sedení mi mohol/-a byť čo najviac k dispozícii. (N)
23. Pravdepodobne nebude pre mňa ľahké aby sa „oteplil" vzťah s mojím terapeutom / mojou terapeutkou. (O-)
24. Mohol/-a by som si myslieť, že môj terapeut / moja terapeutka má ma rád / rada podľa toho, aké robím v terapii pokroky. (A)
25. Tak ako sa poznám, budem voči svojmu terapeutovi / svojej terapeutke skôr zdržanlivejší/-ia v tom, nakoľko sa prejavím. (O-)
26. Obávam sa, že môj terapeut / moja terapeutka sa odo mňa odvráti, keby som sa na neho / ňu hneval. (A)
27. Už dnes mi je smutno z rozlúčenia na konci terapie a zo všetkej tej sentimentality okolo toho. (N)
28. Musím si dávať pozor aby som neznepokojoval/-a môjho terapeuta / moju terapeutku svojimi veľkými prianiami náklonnosti .(A)
29. Vedel by som si predstaviť, že vo vzťahu k svojmu terapeutovi / svojej terapeutke budem prežívať striedavé city. (N)
30. Vedel/-a by som si predstaviť, že voči svojmu terapeutovi / svojej terapeutke budem mať väčšiu náklonnosť než on / ona ku mne. (A)
31. Mohlo by sa stať, že citovo budem visieť na mojom terapeutovi / mojej terapeutke viac, než by pre mňa samého / samú bolo správne. (N)
32. Pripadá mi pomerne ľahké hovoriť o sebe a svojom prežívaní a také to bude aj voči môjmu terapeutovi / mojej terapeutke. (O)
33. Ako sa poznám sotva si dokážem predstaviť, že ma môj terapeut / moja terapeutka dokáže akceptovať. (A)

Návod na vyhodnocovanie

Vyhodnocovanie BFKE sa robí v nasledovných krokoch:

1. Určenie hodnoty na škále (= stredné hodnoty položiek pre každú škálu):
   A (problémy s akceptáciou)
   O (pripravenosť k otváraniu sa)
   N (potreba náklonnosti)

Pomocou:

(a) *Sčítavanie* označených položiek pre príslušnú škálu (ohľadom príslušnosti položiek ku škálam porovnajte zoznam položiek uvedených hore; je pritom bezpodmienečne potrebné, zohľadňovať opačné pólovania, ktoré sú na zoznáme vyznačené znakom „ -“) a

(b) *Vydelenie* sumy počtom položiek.

2. Vypočítanie z – hodnôt pre jednotlivé škály:

$z_{akcpr} = (akcpr - 1{,}07)/0{,}68$

$z_{otvor} = (otvor - 2{,}67)/0{,}69$

$z_{naklpotr}$ $(naklpotr - 1{,}55)/0{,}75$

3. Určenie troch hodnôt, ktoré majú rozlišovaciu funkciu

$F_1 = 0{,}713\ z_{akcpr} - 0{,}318\ z_{otvor} + 0{,}512\ z_{naklpotr}$

$F_2 = -0{,}097\ z_{akcpr} + 0{,}856\ z_{otvor} + 0{,}602\ z_{naklpotr}$

$F_3 = 0{,}709\ z_{akcpr} + 0{,}417\ z_{otvor} - 0{,}635\ z_{naklpotr}$

4. Určenie dištančných hodnôt D_2 k centroidom piatich klastrov

$D^2_{Cl\,1} = (-0{,}397 - F1)^2 + (-0{,}903 - F2)^2 + (0{,}118 - F3)^2$

$D^2_{Cl\,2} = (2{,}065 - F1)^2 + (-1{,}275 - F2)^2 + (-0{,}379 - F3)^2$

$D^2_{Cl\,3} = (-2{,}390 - F1)^2 + (0{,}051 - F2)^2 + (0{,}064 - F3)^2$

$D^2_{Cl\,4} = (2{,}447 - F1)^2 + (0{,}949 - F2)^2 + (0{,}285 - F3)^2$

$D^2_{Cl\,5} = (-0{,}658 - F1)^2 + (2{,}500 - F2)^2 + (-0{,}614 - F3)^2$

Pacient je priradený ku klastru s najmenšou dištančnou hodnotou.

Pozrite tiež:

Hašto J. Vzťahová väzba (Attachment) – k typológii v dospelosti. Bielefeldský dotazník klientových očakávaní (BDKO). Metóda zisťovanie štýlov vzťahovej väzby u psychoterapeutických pacientov. Psychiatria Psychoterapia Psychosomatika. 16, 2009, č. 3, 158-161.

Bieščad M. Hašto J. Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. Psychiatrie, ročník 14, 2010, č. 2, 68-74

Jozef Hašto
Hana Vojtová

Posttraumatická stresová porucha,
bio-psycho-sociálne aspekty
EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození,
prípadová štúdia

Výkonný redaktor Mgr. Vít Hušek, Th.D.
Odpovědná redaktorka Mgr. Lucie Loutocká
Grafická úprava textu Richard Cedzo
Návrh obálky Mgr. art. Peter Bližnák
Obrázok na obálke MUDr. Július Činčár,
Múr, 2002, 29,5 × 21 cm, kombinovaná technika

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup

Olomouc 2012
1. vydání

ČZ 2012/005

ISBN 978-80-244-2944-1

Neprodejná publikace