

Slovensko-Česká konferencia s medzinárodnou účasťou
Psychotraumatológia – Attachment – Psychotherapia, Trenčín 2012

Trauma a posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálny prístup.

Časť II. Kazuistika s diskusiou

Jozef Hašto*, Hana Vojtová**

Motto:

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

Poznámka:

Pri prejave na demonštrácii v Prahe roku 1989, ktorú prenášala naživo Československá televízia Václav Havel povedal „Pravda a láska musí zvíťaziť nad lží a nenávistí“. Táto Havlova veta sa stala slávnou. Jeho kritici sa jej však vysmievali ako naivnej, simplexnej a detinskej. Po rokoch Havel v inom TV interview tento citát pripomenul slovami, ktoré sme použili ako motto.

Súhrn

V kazuistickej štúdií autori ilustrujú použitie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) a autogénneho tréningu (AT) v liečbe PTSP. EMDR sa použilo na zvládnutie florídnych symptómov, zatiaľ čo AT na posilnenie reziliencie pri pretrvávajúcom ohrození. Opierajúc sa o bio-psycho-sociálny model psychických ochorení diskutujú autori socio-politické a socio-psychologické aspekty tohto prípadu, ktorý zatiaľ vzťahy medzi dvoma susediacimi národmi a vzťah národnej majority a minority v našej krajine. Pacientka dala súhlas k publikovaniu zistení a úvah autorov a veríme, že to prispeje k realistickejšiemu chápaniu tohto prípadu v spoločnosti.

Kľúčové slová: Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálny model, psychotherapia, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, autogénny tréning, prípadová štúdia.

Summary

In our case study, we illustrate the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Autogenic Training (AT) in PTSD treatment. EMDR was used to manage the acute symptoms, while AT was used to enhance the resilience in persisting stress. Using the bio-psycho-social model of mental illness, we discuss the socio-political and socio-psychological aspects of this case that has put a burden on the relationship of two neighboring nations as well as on the relationship of the national majority and a minority within our country. Our patient consented to this report being published, and we hope that it will contribute to a more realistic evaluation of this event in society.

Key words: Posttraumatic stress disorder, Bio-psycho-social model, Psychotherapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Autogenic training, Case report.

*Psychiatrická ambulancia, Trenčín, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava a Institut sociálneho zdravia, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

**Denný psychiatrický stacionár, Trenčín

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.,
Psychiatrická ambulancia, Palackého 21, 911 01 Trenčín
E-mail: j.hasto.tn@gmail.com

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 a 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. Vrabcovovej (Vrabcová, 2009, 2010) a tiež na www.tyzden.sk a www.fair-play.sk.

Skôr ako prejdeme k podrobnejšiemu opisu 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 políciu 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, tlaku médií a internetových anonymných diskutérov.

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 blízke vzadu nápis „Maďari za Dunaj SK bez parazitov“. Privolali lekársku pomoc a pacientka bola ošetrovaná v nemocnici. 9. septembra 2006 pacientku predvolali na výsluch na políciu s tým, že pôjde o opoznanie páchatelov. To sa však nekonalo a počas náročného takmer 6-hodinového výsluchu bola tlačaná 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 prejedukujúc Hedviginu vinu ešte pred právoplatným uzatvorením vyšetrovania.

Počas terapie sa odohrala posledná z výrazných psychotraumatických 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, povytáňované zásuvky, dvere z bytu na chodbu otvorené, kľúče, ktoré boli pôvodne zvnútra v zámku, polo-

žené na rohožke, partnerove auto zaparkované na ulici malo pootvárané 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 vydeseaná, 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. hodiny 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 prisahy. Toto naďalej trvá napriek tomu, že vyšlo najavo množstvo pochybení a lži zo strany vyšetrovujúcich orgánov a politických predstaviteľov, na ktoré opakovane jasne poukazoval advokát pacientky. Vyšetrovanie prípadu doposal (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 známku na obálke, v ktorej boli Hedvige niekoľko dní po prepadnutí anonymne 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 myslíaci a vzdelaní ľudia. Bližšie sa o tom a ďalších dezinformáciách ešte zmienime v diskusii.

Podrobný prehľad prípadu podáva M. Vrabcová (Vrabcová, 2009, 2010).

Stručne k diagnóze a liečbe

Ambulantná psychiatrická liečba sa konala v období 2.11.2006 - 22.5.2008, celkovo 47 diagnosticko-terapeutických hodín, sedenia v trvaní 75 minút až 3 hodín 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 F43.1 (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; vystavenie situácii, v ktorej sa nedá odhadnúť rozsah a vyústenie ďalšieho násillia; 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. Fica), ministra vnútra (JUDr. R. Kaliňáka), policajného prezidenta (JUDr. J. Packu); 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 blízke: „Maďari za Dunaj SK bez parazitov“; stresujúci spôsob policajného vyšetrovania ešte v postavení obeť; z obeť sa pre políciu a GP stáva „páchateľkou“; slovné znevažujúce útoky na verejnosť; sofistikované zastrašovanie neznámymi páchatelmi – 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 zväzanie 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 31.8.2006 bola Hedviga na vyšetrení u ambulatného 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 odporučal psychoterapiu, predpísal antidepresívum Cipralex (s-citalopram) 10 mg ráno a benzodiazepín Xanax (alprazolam) 0,5 mg ráno a večer. Pri kontrolnom vyšetrení 11.9.2006 pacientka uviedla, že ju policajti v sobotu ráno o 7:00 h zobrali na identifikáciu páchatel'ov. Na políciu 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, anxiétu. Do medikamentózneho terapie pridal hypnotikum Stilnox (zolpidem). 18.9.2006 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, pretrvávajúca insomnia, tenzia.

Pri prvom orientačnom psychiatrickom vyšetrení u nás (2.11.2006) 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 opísať 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. Uvádala prerušovaný spánok, ťažkosť sústrediť sa na zmysluplnú činnosť napr. učenie. Mala sklón vyhýbať sa všetkým myšlienkam a situáciám, ktoré pripomínajú psychotraumu, nevedela si spomenúť na nie-

ktoré 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 Hedvigi 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 (Peters, 2011; Ciompi, 1997; Ciompi a Endert, 2011), hostilitou skreslené usudzovanie, prípadne iné motivačné vplyvy. Konkrétnejšie a aj v širších kontextoch sa k tejto téme vrátíme.

Diskusia

Citujeme pacientku z úvodu prvého vyšetrenia v Trenčíne 2.11.2006: „Chcem byť silná, ale nie som; keď som sama, veľa plačiem... 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 25.8.2006). 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 záťaž z negatívnymi emóciami pri znovu vybavení 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: ťažkosť so zaspávaním a kontinuitou spánku; dráždivú náladu; ťažkosť 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 odporučili ďalšiu diagnostiku a cieleň 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 psychiaterom alebo klinickým psychológom s psychoterapeutickým a psychotraumatologickým zameraním v blízkosti jej bydliska. Dochádzanie od Dunajskej Stredy do Trenčína (127 km) by mohlo byť náročné. Pacientka však po úvahách dala prednosť liečbe v Trenčíne, vozenie si dohovorela 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 pravdivosti, 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 18.6.2008 vypovedala pod prísahou, využívajúc svoju zdravotnú dokumentáciu, že keď 25.8.2006 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 (nadržnutie) dolnej pery paramediálne (vedľa stredovej čiary) vpravo... na ušniciach v oblasti lobulov (lalôčikov)... zaschnutá krv z otvorov po náušniciach, mierny opuch bilat. (obojsťranne), palp. (ohmatová) bolestivosť sánky paramediálne (vedľa stredovej čiary) vľavo, palp. (pohmatová) bolestivosť stoličiek vľavo dolu. Končatiny: začervenanie a palp. (pohmatová) citlivosť anteromediálnych (predovnúťorných) plôch oboch stehien...“.

Pri konziliárnom *neurologickom* vyšetrení konštatoval neurológ zvýšenú tenziu (napätie), anxiétu (úzkosť), anterogradnú 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 auriculae bilat* (pomliaždenie ušnic obojsťranne)... a ďalšie traumatol. dg. (úrazové diagnózy). Objektívne neurologicky akútna (prudká) stresová porucha ľahkého stupňa. (Naša poznámka: pacientka už bola čiastočne skľudnená 10mg diazepamom i.m.)

V prepúšťacej správe z traumatologického oddelenia (25.8.2006) 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 auricularae bilat.* (pomliaždenie a odierky ušnic obojstranne), *Contusio par. abdominis et reg. femoris bilat.* (pomliaždenie brušnej steny a oblasti stehien obojstranne).

25.8.2006 o 10:42 h 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“ (hodnotený kvalifikovaným röntgenológom). Tento nález je v úplnej zhode s klinickým lokálnym nálezom.

Na základe anamnestických údajov od pacientky a kolegami v Nitre opísaných 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 pästou, 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 násillia, 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 (Malec, in Varney a Roberts, 1999) úroveň vedomia, *Bewusstseinsstrübung* (Peters, 2011) 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 spracovaní 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) (Smolík, 2002) sme použili aj metodiku štruktúrovaného diagnostického interview pre DSM-IV diagnostiku (podľa J. Margraf, 1994) (Margraf, 1994). 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) (Weiss, Marmar, in Wilson, Keane, 1996), 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 intelligenčného testu merajúceho všeobecné intelektové schopnosti – Ravenove progresívne matrice: nadpriemerná inteligencia.

Bežné klinické posúdenie premorbídnej osobnosti a osobnostného vývinu (Kind, 1997; Dührssen, 1998) bolo doplnené štruktúrovaným interview SKID-II (Fydrich et al., 1997). 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 skúšky, ktorú mala mať v deň prepadnutia 25.8.2006. V minulosti, po strednej škole, robila vychovateľku – 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 ušnic. 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 pravdivosti 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 psycho-traumatických 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 a Riedesser, 1999), ale aby sa stali emóčne „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 expozičii, ktorá potom prebiehala v 8.-10. sedení.

Indikácia k spracovávaniu psychotraum v životnej situácii *pretrvávajúceho ohrozenia*, v ktorej sa pacientka aktuálne nachádzala (tendencia štátnych orgánov k „prepólovaniu“ reality, „prekvalifikovaniu zbitia na klamstvo“) (Zajac, 2009), 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 psychotraum v 8.-10. sedení metódikou EMDR (Sapiro, 1998, Hofmann, 2006)

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 psycho-traumu 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.“

Positívna 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 psychotrauma 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.

Uvádžame tu časť záznamu z tohto sedenia (23.2.2007), v ktorom znovu intenzívne prežíva spomienky na traumou z 25.8.2006, 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 kriky; akoby som mala niečo na rukách, chladné nohy (hýbe prítomnou 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, svetlia, 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 (vzduva 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, kriky, 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 pred 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 pred 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, kriky, 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 štipie niečo... asi som si rozhrýzla pery... lebo cítim, že to štipie... tu, takto ... tá facka, tú facku nevidím, ale cítim, nepríjemné, niečo nepríjemné v ústach, asi je to krv... chytila ma za ruky a snažím sa brzdiť podpätkami, ale sú silní... ten s krátkym krkom stojí predomnou 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 bolesť, 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... Štefík 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 záťaž, 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 pocíti únavu, smútku. Pokles subjektívne pociťovanej záťaž (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 spracovania psychotraumy pomocou metódy EMDR sa

u pacientky jedná prevažne o asociálny priebeh (typológia podľa Hofmann, 2006).

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 záťaž (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 pocíti, že je zbytočné sa hnevať „...pocíti prázdnoty, akoby som vysypala všetky hnusy, čo mám, som unavená a prázdna... pohodová únava...“ Miera záťaž prechodne stúpla na 2-3. Po desenzitizácii nemala pacientka žiadne zbytky napätia, na SUD škále udávala 0=bez záťaž. 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 násillia, ale ako páchatelku 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“.

Positívna 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 nesadol 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 nesadol 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 stúpla 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 nevládzem, 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 (nepokoje 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 pod 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 udalosti 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 spať, 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 aktu-

álnu 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 (Hašto, 2006). 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 (Kabat-Zinn, 2005) (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 (Winston, 2006). 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 psychotraum 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 (Margraf, 1994) už nespĺňala pacientka diagnostické kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu. 16.3.2007 v IES-R (Impact of event scale – revised=škála vplyvu udalosti) (Weiss a Marmar, 1996), 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 psychotraum ako udalostí do svojho života.

Po skončení terapie pôsobili pani Hedviga Žáková-Malinová so svojim manželom Petrom a dcérou Emmou (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 6.10.2010 pri neštruktúrovanom rozhovore doplnenom cieľenými 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 psychotraumu, cíti sa šťastná. 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 druhú tehotnosť, 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 vopomáha so starostlivosťou o deti a domácnosť. Otec Hedvigu (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 blokovat' 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, minister vnútra a policajný prezident 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 (Petöcz, 2009; Petöcz a Kolíková, In: Kollár et al., 2010) a prehľad kauzy podáva novinárka M. Vrabcová (2009, 2010). 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 (Kollár et al., 2008, 2009, 2010; Strečanský et al., in Kollár et al., 2010)). 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, seriózná, 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 všimli 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) (Ekman, 1989, 2004). 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 ošetrojúci 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 pravdivosti 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 línií „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 (Praško, in Seiffertová et al., 2008) 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 Hedvivy (prepádnutie 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 hnyusu a zašpinenosti sa objavovala aj v terapeutickom procese. Ďalším rizikovým faktorom pre vznik PTSP u Hedvivy zrejme bola kognitívna nepripravenosť na takýto typ útoku (ponížovanie 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 ľudom možno dôverovať, že nepripadá do úvahy, že by jej niekto chcel zámerne ubližovať, či ju ohrozoval. 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 prispievajú k upokojeniu) (Hellmann et al., 2011).

Ostatné faktory boli priaznivé. Mala oporu v rodine a u priateľa (naš 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. V jej pozitívnych, hrejivých a upokojujúcich spomienkach hrali významnú rolu jej starí rodičia, zvlášť starý otec. Význam dobrého vzťahu so starými rodičmi pre zdravie potvrdzuje empirický výskum a z našich autorov na to upozorňuje napr. Peter Tavel (2007, 2009). 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 premorbidnú 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. Naš 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 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. Naš pozitívny konkordantný protiprenos (Wöller a Krus, 2011) nám umožňoval empatizovať s celým spektrom pacientkiných emócií: úzkosťou, bezmocnosťou, pocitom straty kontroly nad svojím životom, obavami z budúcnosti, ale i s hnevom, hnyusom, pohrdaním 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, vyšetrotateľ alebo sudca, kontrolór, indiferentný svedok a potenciálna obeť pacientkiných agresívnych impulzov“ (Levenson et al., 2005). 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 premorbidne 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, zahľtenosť emóciami a bezmocnosť, indiferentnosť alebo nadmerná snaha „zachraňovať“ pacienta (Horowitz, 2004; Levenson et al., 2005). 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 zastrásovacích 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. Našmu rozhodnutiu sa pre „občiansku guráž“ (Dahrendorf, 2008; Vorländer, 2010) napomohlo tiež, že sme sa mohli oprieť o biopsychosociálny model zdravia, choroby a liečby (Engel, 2005, 2005; Hašto, 2005) 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 sebaúdržavné 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 Hedvivy. 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 (Hradská, in Benz, 2010), zločinov komunistického režimu, napr. vykonštruované súdne procesy, cenzúra, oklieštenie občianskych slobôd (Mikloško et al., 2001; Takáč, 2001), až po postkomunistické porušovanie občianskych a politických práv a slobôd, napr. únos syna prezidenta M. Kováča, vražda R. Remiáša, arogantne označované vtedajším premiérom V. Mečiarom ako „samoučnosť“ a „samovznietenie auta“ a následné amnestovanie páchateľov a zastavenie procesu vyšetrovania, zmarené referendum atď. (Bútora et al., 2010).

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 sebaupokojujovania 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 expozičii pomocou EMDR prejdeme, až keď sa sama bude cítiť na to dost 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 Slovak.

Spracúvanie psychotraumy pomocou expozičie, ak pretrváva reálne ohrozenie, sa v psychotraumatologickej literatúre považuje za relatívne kontraindikované (Shapiro, 1998; Hofmann, 2006). S touto pacientkou sme si 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 zvládnutelný.

Terapeutický setting a proces

Keď sme s pacientkou dohodli cca 15 sedení, spravidla v trvaní 90 minút, uvažovali sme v začiatkovej 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 zámerné.

Ešte poznámka k procesu. Hofmann (2006) rozoznáva 6 foriem priebehov spracovania psychotrauma 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 záťaže). U Hedvige bolo v popredí asociatívne spracúvanie, krátke zaplavenie sa dalo dostať pod kontrolu egoposilňujúcimi 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 (Shapiro, 1998), hoci tieto varianty nie sú výskumne dostatočne podložené a ich efektívnosť 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 psychotraum 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 prebiehajúcim trestnom stíhaní zo strany Generálnej prokuratúry vedenej JUDr. D. Trnkou, 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 pred-

chorobia), 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 (Vrabcová, 2010).

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 Hedvige Malinovej, sa premiér Slovenskej republiky JUDr. Róbert Fico vyjadril nasledovne: „Vláda Slovenskej republiky musí mŕňať 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 pomerne veľkej časti obyvateľstva zrejme nastavilo časť verejnosti nedôverčivo k obeti násillia 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 opisovaný v humannej etológii a sociálnej psychológii. Zdá sa, že niektorí politici ho úplne a vedome cynicky využívajú na získavanie podpory voličov. Do hry vstupuje „logika afektu“ (Ciompi, 1997; Ciompi a Endert, 2011). 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“ (Ciompi, 1997) v zmysle Ciompiho „Afektlogik“ (Ciompi, 1997; Ciompi a Endert, 2011): „je vinná“, „klamárka“, „protislovenská Maďarka“, a to ďalej ovplyvňovalo vyhodnocovanie všetkých ďalších informácií či dezinformácií v prípade. Nazdávame sa, že podobnú suggestívnu 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 Hedvige 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 napadnutí počas hospitalizácie (poznáme, 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 niekym telefonovala alebo sa s niekym 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 zavola 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 zablokovat' 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 blokována).

Vysokí predstavitelia vládneho zoskupenia sa verejne ku kauze Hedvige vyjadrovali ako o pokuse o povalenie vlády (podpredsa vlády pre ľudské práva a menšiny doc. D. Čaplovič) alebo ako akcii protislovenských maďarských tajných služieb (J. Slota). 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 vyro-

bili 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. Vrabcovovej (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 obeť páchatel'ku na spôsob: „nebola zbitá, skutok sa nestal, je klamárka, ide o snahu povaliť vládu SR“. Nakoľko pri takomto „prekvalifikovaní zbitia na klamstvo“ (Zajac, 2009) resp. spriechodnení takéhoto procesu, hrala rolu „opitost' mocou“, teda pocity narcistického triumfu a grandiozity (Henseler in Eicke, 1976; Kohut a Wolf, in Peters, 1980) 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 (Eibl-Eibesfeldt, 2005), teda určitá vrodenná dispozícia k poslušnosti voči hierarchicky vysokopostaveným autoritám? Tieto zákonitosti experimentálne skúmané S. Milgramom (2007) 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 (Kaščáková, 2007), tak môžeme v jasnom svetle vidieť potenciál človeka k efektívnemu sebaklamu. Milgram svojimi experimentmi hľadal odpoveď, ako sa mohli normálni ľudia zapojiť napr. do vyvažovania civilov za Hitlera (Browning, 2002) a iných obludností. Vezmime ešte do úvahy výsledky Zimbardovho (2008) 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 („dorzorcovia“) 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 Hedvige. 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 dezinformáciu 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 odpoveďami nás môže inšpirovať aj kniha, ktorá analyzuje postsovietsky vývoj v Rusku (Lucas, 2008).

Ale že by sa dali do podvodu, ktorý vážne poškodzuje jedinca, vtiahnuť aj lekári, ktorí vypracovávali súdnoznanlecké 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 (Schneider, Roleke, 2010; Cranach a Schneider, 2010) 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. Priradovávala 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 udusenía 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 táborech pri vyvražďovaní miliónov „škodcov“ a „podľudí“. 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 (Schneider, 2011).

Súčasnú vyrovnávanie sa nemeckých psychiatrov s pravdou o zlyhaní v období Hitlerovej totality si zaslúži našu úctu. Sú mimoriadne poučné pre lekárske stav všade na svete. Súčasný (2010) prezident Nemeckej spoločnosti pre psychiatriu, psychoterapiu a neurológiu (DGPPN) konštatuje

(Schneider, 2011): „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, na selekcii, sterilizácii a vraždení“. 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 zviest' k jej nerešpektovaniu“.

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 (Alberti a Emmons, 2011) konať.

Zdá sa, že môžeme konštatovať: Víťaz volieb r. 2006 strana Smer-Sociálna demokracia utvorila koalíčnú 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, Maďarom žijúcim na Slovensku, slovenskej verejnosti. Blokády pre takéto kroky môžu súvisieť nielen s politologickými úvahami (napr. obava zo straty obdivu od nacionalistov) a skupinovú 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 obeť poznačené bezmocnosťou, na druhej strane figurujú páchatelia, ktorí sú obvykle nositeľmi moci. Problematika moci je pre odbor psychotraumatológie kľúčová. Mocenské postavenie páchatel'a (či už je to politický vplyv, alebo vláda rodiča nad vlastným dieťaťom) (Miller, 1998) posilňuje tendenciu tých, čo sú svedkami traumatizujúceho násillia, odtiahnuť sa od jeho obetí. Traumatizované obeť, práve kvôli charakteru posttraumatickej symptomatiky (fragmentácia spomienok, emocionálne preťaženie, neurobiologicky podmienená „nevysloviteľnosť“ traumy), môžu pôsobiť na neinformovaného pozorovateľa nedôveryhodne. J.L. Herman, ktorá patrí medzi prvých moderných priekopníkov vý-

skumu psychotrauma 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 (Herman, 2001). Postaviť sa na stranu obeť 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 páchatelia sú veľmi presvedčivé najmä vtedy, keď sa s nimi náhodný divák konfrontuje izolovane od celkového kontextu“. Následné zaoberanie sa traumou „musí neustále zápasiť s tendenciou diskreditovať obeť alebo ju zneviditeľňovať“, s pochybnosťami, či obeť „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“. Tento proces môžeme pozorovať v prípade obeť politického teroru, rovnako však aj u obeť domáceho násillia. 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 obeť, ktorá nemá s kým zdieľať svoju skúsenosť a nenachádza pre seba „advokáta“, vedie k prehľbovaniu jej utrpenia. Žiaľ aj naša klinická skúsenosť ukazuje, že nie je výnimkou, že obeť násillia nezískajú vo svojom okolí, ani u zodpovedných orgánov pomoc, ale naopak bývajú sami označené za nedôveryhodné, neprispôsobivé alebo neprimerane komplikované. Z obeť môžu mocní ľahko urobiť „páchatelia“, ak sa nenájdu svedkovia, ktorí majú dostatok trpezlivosti, otvorenosti a kritického myslenia, aby dokázali vyhodnotiť situáciu a dostatok odvahy a iniciatívy, aby sa angažovali.

F. Neuner, M. Schauer a T. Elbert, autori „naratívnej expozície“, pozoruhodnej novej a sľubnej psychoterapeutickej metódy pre traumatogénne poruchy tiež zdôrazňujú ľudskoprávny a sociopolitický aspekt práce s traumatizovanými. „U obeť politického násillia môže byť nápomocné určité politické stanovisko terapeuta, zvlášť jeho postavenie sa za ľudské práva a za obeť štátneho násillia. Zmysel terapie sa potom môže interpretovať aj ako cieľená práca pre ľudské práva, pričom dokumentácia zážitkov pôsobí proti mlčaníu obeť a umožňuje sa tak politické a právne spracovávanie zážitkov“ (Neuner et al., in Maercker, 2009),

Takýto postoj terapeutov je v súlade s krédom Václava Havla, ktoré uvádzame ako motto tejto práce. U nás vôbec nie je samozrejmou. V období komunistickej neslobody zastávali niektorí vplyvní a režimom do istej miery akceptovaní psychiatri presne opačný princíp, ktorý bol sebazáchovný, pochopiteľný, ale často až príliš opatrničky dodržiavaný, že totiž psychiater sa nemá verejne angažovať v otázkach, ktoré presahujú do spoločensko-politickej oblasti. Psychiatria sa mala pridrižovať svojho úzkeho vymedzenia. Bio-psycho-socialne chápanie nášho odboru sa tak z obavy z dôsledkov redukovalo a niektorí psychiatri tak vlastne zo strachu, ktorý si racionalizovali ako správne pridržanie sa úzko odbornej, medicínskej (presnejšie by sme mohli povedať biomedicínskej) stránky, prispievali k udržiavaniu status quo totalitného režimu. A pri tom spolupracovali napr. pri požiadavkách režimu hospitalizovať pacien-

tov, ktorí mali protikomunistický postoj a mohli by „narušiť“ oslavy 1. mája alebo návštevu generálneho tajomníka komunistickej strany Sovietskeho zväzu. Výbor Psychiatrickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti svojou pasivitou alebo vetom tiež blokoval slobodnejší vývoj psychoterapie u nás, ten do istej miery prebiehal v poloilegálnych podmienkach alebo rôzne kamuflovaných podobách. Našťastie môžeme, ako sa nazdávame, konštatovať, že viacerí psychiatri u nás nepochybne obetavo pomáhali ľuďom perzekuovaným alebo ohrozeným režimom. A viacerí si tiež našli formy vzdelávania sa, ktoré zachytávali svetové trendy v odbore.

Keď sa v takýchto kontextoch vrátíme k nášmu prípadu Hedvivy, tak z hľadiska konceptov a pri použití terminológie transakčnej analýzy (Schlegel, 2007) 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 sebaúdržavných procesov, keď „veľký kváziolec 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 psychopatológie zrejme napomohlo diagnostické vymedzenie psychotrauma a PTSP pred 30 rokmi v americkom klasifikačnom systéme duševných porúch DSM III. Napriek správam o poddiagnostikovaní 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 blokovat' slobodnú komunikáciu.

Terapia psychotrauma 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 psychotrauma 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 opisali 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 súhla-

som, veľa vypovedá o sociálno-politickej dimenzii a faktoroch, ktoré nám moderný systém ICD-10 umožňujú 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 duchovné disciplíny (Hašto, 2005). Biopsychosociálny model, ako ho formuloval George L. Engel (2005, 2005), vhodne konceptualizuje takýto komplexný prístup k diagnostike a terapii v medicíne a v psychiatrii zvlášť. *

*Text tohto článku je upravenou verziou časti knihy: J. Hašto, H. Vojtová Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty, EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia. 2. Vydanie. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2012. Projekt: Sociálni determinanty zdravia u sociálne a zdravotne znevýhodnených a jiných skupin populace, CZ 1.07/2.3.00/20.0063.

Literatúra

- Alberti, R., Emmons, M.:** Asertivita a rovnosť vo Vašom živote a Vašich vzťahoch. Vaše plné právo. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2011: 243.
- Browning, C.R.:** Obyčejní muži, 101 Záložní policejní prapor a „Konečné řešení“ v Polsku. Praha: Argo; 2002: 222.
- Bútorá, M., Kollár, M., Mesežnikov, G., Bútorová, Z.:** Kde sme? Mentálne mapy Slovenska. Inštitút pre verejné otázky. Bratislava: Kalligram; 2010: 583.
- Ciampi, L., Endert, E.:** Gefühle machen Geschichte: Die Wirkungskollektiver Emotionen - von Hitler bis Obama. Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht; 2011: 272.
- Ciampi, L.:** Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht; 1997: 371.
- Cranach, M., Von Schneider, F.:** In Memoriam. Erinnerung und Verantwortung. Berlin: Springer; 2010: 56.
- Dahrendorf, R.:** Pokoušení nesvobody. Intelektuálové v čase zkoušek. Praha: H&H; 2008: 228.
- Dührssen, A.:** Biografická anamnéza z hlbínne-psychologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1998: 94.
- Eibl-Eibesfeldt, I.:** Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss der Humanethologie. Fünfte Auflage. Blan: Vierkirchen- Posenbach; 2005: 1118.
- Ekman, P.:** Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. München: Spektrum; 2004: 363.
- Ekman, P.:** Weshalb Lügen kurze Beine haben. Über Täuschungen und deren Aufdeckung im privaten und öffentlichen Leben. Berlin: De Gruyter; 1989: 227.
- Engel, G.L.:** Klinická aplikácia biopsychosociálneho modelu. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 98-110. (www.psychiatricasopis.sk)
- Engel, G.L.:** Potreba nového medicínskeho modelu-výzva pre biomedicínu. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 91-98. (www.psy-chiatria-casopis.sk)
- Fischer, G., Riedesser, P.:** Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2.Auflage. München: Reinhardt; 1999: 383.
- Frydrieh, T., Renneberg, B., Schmitz Wittchen, H.U.:** SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe; 1997: 36.
- Hašto, J.:** Autogénny tréning. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 48.
- Hašto, J.:** Vrstevnatosť ľudského bytia, pluralizmu vo výskume a terapii a identita psychiatrie. Psychiatria 2005; 12 (2-3): 87-90. (www.psychiatricasopis.sk)
- Hašto, J.:** Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 300.
- Hellmann, J., Heuser, I., Kronenberg, G.:** Prophylaxe der posttraumatischen Belastungsstörung. Der Nervenarzt; 2011; 82 (7): 834-842.
- Herman, J.L.:** Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror. Bratislava: Aspekt; 2001: 342.
- Hofmann, A.:** EMDR. Terapia psychotraumatických stresových symptómov. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 252.
- Horowitz, M.J.:** Liečba syndrómov podmienených stresom. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2004: 111.
- Hradská, K.:** Tragédia slovenských Židov. In: Benz W, Holokaust. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2010: 123.
- 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.
- Kaščáková, N.:** Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2007: 137.
- Kind, H.:** Psychiatrické vyšetrenie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1997: 156.
- Kohut, H., Wolf, E.S.:** 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.
- Kollár, M., Mesežnikov, G., Bútorá, M.:** Slovensko 2007. Súhrnná správa o stave spoločnosti 2007. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2008: 737.
- Kollár, M., Mesežnikov, G., Bútorá, M.:** Slovensko 2008. Súhrnná správa o stave spoločnosti 2008. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2009: 749.
- Kollár, M., Mesežnikov, G., Bútorá, M.:** Slovensko 2009. Súhrnná správa o stave spoločnosti a trendoch na rok 2010. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky; 2010: 647.
- Levenson, H., Butler, S.F., Rowers, T., Beitman, B.O.:** Krátka dynamická a interpersonálna psychoterapia. Stručný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 174.

- Lucas, E.:** Nová studená válka. Kto zvíťazí v novém konflikte mezi Východem a Západem? Praha: Mladá fronta; 2008: 302.
- 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.
- Margraf, J.:** Mini DIPS. Diagnostische Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Handbuch, Interview leitfaden. Berlin: Springer; 1994: 68.
- Mikloško, F., Smolíková, G., Smolík, P.:** Zločiny komunizmu na Slovensku 1948-1989, Diel 1. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška; 2001: 743.
- Milgram, S.:** Das Milgram Experiment. Zur Gehorsamkeit-sbereitschaft gegenüber Autorität. 15. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowolt; 2007: 174.
- Miller, A.:** Thou shalt not be aware. New York: The Noonday Press; 1998: 329.
- Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T.:** Narrative Exposition. In: Maercker A (Hrsg) Posttraumatische Belastungsstörungen. 3., vollständig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009, s. 301-318.
- Peters, U.H.:** Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. Stuttgart: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 2011:688.
- Petöcz, K.:** Národný populizmus na Slovensku a slovensko-maďarské vzťahy 2006-2009. Šamorín: Fórum inštitút pre výskum menšín; 2009: 381.
- Petöcz, K., Kolíková, M.:** 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.
- 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.
- Shapiro, F.:** EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann; 1998: 485.
- Schneider, F., Roelcke, V.:** Psychiatrie im Nationalsozialismus. DGPPN Kongres, 2010 November 24.-27; Berlin.
- Schneider, F.:** Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung. Berlin: Springer; 2011: 79.
- Smolík, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf; 2002: 506.
- 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, s. 533-566.
- Takáč, L. (ed.):** Zločiny komunizmu na Slovensku 1948-1989, Diel 2. Osobné svedectvá. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška; 2001: 575.
- Tavel, P., Madarasová Gecková, A., van Dijk, J.:** The role of grandparents in establishing meaningfulness among adolescents. Health Psychology Review. Abstracts Book 21st Annual Conference of the European Health Psychology Society „Health Psychology and Society“ 15th-18th August 2007 Hasselt University, Belgium; Maastricht University, The Netherlands, Volume 1, 2007, Suppl. 1.
- Tavel, P.:** Psychologické problémy v starobe I. Pusté Úľany: Schola Philosophica, 2009.
- Vorländer, H.:** Demokratie. Geschichte, Formen, Theorien. München: Verlag C.H.Beck; 2010: 128. (slovensky: Demokracia. Dejiny, podoby, teórie. Trenčín: Vydavateľstvo F; v tlači.)
- Vrabcová, M.:** Hedviga. Dunajská Streda: Loar; 2010: 215.
- Vrabcová, M.:** Prípád 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.
- Warner, D., Schmidt, I., Heim, C.:** Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Rimmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B, Hrsg. Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 2006: 321-344.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R.:** The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson S, Keane TM, eds. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1996: 399-411.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., Pinsky, H.:** Úvod do podpornej psychoterapie. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 202.
- Wöller, W., Kruse, J.:** Hlbinná psychoterapia, Trenčín: Vydavateľstvo F; 2011: 536.
- Zajac, P.:** Napadnutá Maďarka. 31. máj 2009, www.tyzden.sk.
- Zimbardo, P.:** Der Luzifer- Effekt. Die Macht der Umstände und die Psychologie des Bösen. Heidelberg: Spektrum; 2008: 504.

Do redakcie došlo 10.1.2013.