



**Psychological
Early
Intervention**



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Psych.E.In. Případové studie



Project Number:
2020-1-PL-KA202-082075

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Psych.E.In. Sbírka případových studií

Určeno pro psychology, psychoterapeuty a psychoanalytiky

Obsah

Úvod	2
Případová studie 1: Techniky a intervence poradenské terapie pro pozůstalé	3
Případová studie 2: Závažné příznaky COVID-19 a PTSD: Individuální přístup KBT s důrazem na kognitivní restrukturalizaci a přijetí	6
Případová studie 3: Zásahy při kritických událostech	11
Případová studie 4: Restrukturalizace KBT, vizualizace a znovuprožívání u žen s příznaky PTSD	16
Případová studie 5: Rozvoj "mikrokosmu": zkušenosti dětí a dospívajících uprchlíků v komunitním prostředí.	21
Případová studie 6: Cesta odolnosti v pandemické krizi: první online cesta odolnosti v pandemické krizi jako adlerovský soubor nástrojů psychologické krizové intervence a prevence podle adlerovské metody individuální psychologie.	25
Poděkování	30



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Úvod

Sbírka případových studií projektu Psychologická včasná intervence (Psych.E.In.) je určena psychologům a psychoterapeutům a přináší šest případových studií, které představují různé metodologické přístupy aplikované na různé krizové situace.

Zkušenosti partnerů Psych.E.In. jsou obohaceny popisem případových studií, které byly přímo zpracovány nebo převzaty z literatury. Případová studie je vysoce adaptabilní a personalizovaná metoda výuky, která zahrnuje učení založené na řešení problémů a podporuje rozvoj analytických dovedností, které přesahují rámec vybavování si znalostí pro analýzu, hodnocení a osobní aplikaci. Stejně tak mohou případové studie usnadnit interdisciplinární výuku, jak je doporučováno ve včasné psychologické intervenci, a mohou být použity ke zdůraznění souvislostí mezi obsahem a aplikacemi v reálném světě. Uvádí se, že případové studie zlepšují osobní učení dospělých tím, že podporují a zvyšují profesionální výkon v oblasti hodnocení a dovedností.

Nouzové situace popsané ve sbírce případů jsou:

- Situace 1: mimořádné hygienické humanitární situace (např. epidemie a pandemie)
- Situace 2: mimořádné humanitární události spojené s přírodními katastrofami (např. zemětřesení, tornádo, požár, přírodními vlivy vyvolané technologické)
- Situace 3: zdravotní traumatická událost
- Situace 4: mimořádné humanitární události spojené s technologickými katastrofami (např. chemické nebo jaderné havárie, NBC)
- Situace 5: mimořádné humanitární události spojené se sociálními situacemi (např. teroristické útoky, nepokoje, nucená migrace s velkou přítomností uprchlíků a žadatelů o azyl, konflikty a války, kriminální činy, fyzické násilí nebo sebevraždy, násilná úmrtí, pohřešované, unesené, mučené osoby)
- Situace 5: nehody (například vážné dopravní, pracovní nebo školní nehody)
- Situace 6: mimořádné humanitární události s celosvětovým dopadem (konflikty a války, terorismus, hospodářská krize).

Sbírka případových studií Psych.E.In. nabízí ucelený přehled různých přístupů, které se v psychologické včasné intervenci vyskytují jen zřídka. Metody popsané na jednotlivých případech jsou:

- Rodinná terapie (případová studie 1)
- Kognitivně behaviorální – kognitivní restrukturalizace a přijetí (případ 2 a případ 4)
- EMDR (desenzibilizační terapie využívající pohyb očí) (případ 3)
- Transkulturální psychologie (etno-klinická psychologie) a skupinová analýza (případ 5)
- Bio-psycho-sociální psychodynamická metoda (Adlerova metoda) (Případ 6)

Každý případ poskytuje globální interdisciplinaritu perspektivní převzetí odpovědnosti za všechny fáze mimořádné události. Chcete-li se dozvědět více, navštivte webové stránky Psych.E.In.: Další příklady dobré praxe naleznete na odkazu: https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Případová studie 1: Techniky a intervence poradenské terapie pro pozůstalé

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autor: *Ackerman Courtney E.*

Klíčová slova: *pandemie, zármutek, poradenské terapeutické techniky*

1. Popis události

Během pandemie COVID-19 přišla do Centra krizové intervence a psychoterapie pro prevenci a vzdělávání v Kielcích rodina složená z matky (50 let), dcery (22 let) a syna (16 let). Dva měsíce předtím zemřel otec rodiny (56 let) na COVID-19 a respirační selhání. Smrt byla náhlá. Muž byl nemocný dva týdny. Smrt nastala náhle v nemocnici. Intervenční tým se skládal ze dvou osob (psychologů).

2. Obecné charakteristiky

Matka, paní Anna, byla velmi špatně fungující. Měla poruchy spánku, nemohla jíst, během měsíce zhubla více než 5 kg. V noci se budila, měla spoustu různých negativních a špatných myšlenek. Její nálada klesala, cítila se velmi unavená a slabá. Měla potíže se soustředěním. Po celý den trpěla silnou úzkostí. Bála se o svou budoucnost a budoucnost svých dětí. Prožívala také silný pocit viny. Obviňovala se ze smrti svého manžela: "Kdybych zavolala lékaře dřív, mohl můj manžel žít dál". Se svým manželem si byla velmi blízká. Vytvořili dobré manželství a dobrou rodinu. Měli k sobě blízko. Měli plány do budoucna. Pandemie a smrt jim to všechno vzaly.

Dcera Elżbieta je studentkou. Studuje marketing. O svou matku se velmi bojí. Neví, jak jí pomoci. Ona sama má také problémy se spánkem. Má také depresivní náladu. S jídlem však žádné problémy nemá. Doma převzala všechny povinnosti, protože je maminka nevládá. Elżbieta nakupuje, stará se o to, aby byly zaplacené účty. Má velké obavy z budoucnosti. Zpočátku je často navštěvovala rodina a přátelé. Nyní je navštěvuje stále méně lidí. Zůstali sami se svým neštěstím. Maminka nechce nikam chodit. V současné době nepracuje a nevykonává žádné povinnosti.

Syn Mateusz studuje na 2. stupni střední školy. Smrt otce ho hluboce zasáhla. Nečekal to. K otci měl blízko. O svou matku má velký strach. Bojí se, že si udělá něco špatného. Mateusz v současné době dobře spí, s jídlem nemá žádné problémy. Chodí do školy. a ve škole nemá žádné problémy. Často však myslí na svého otce. Neustále se ptá: "Proč se to stalo?". Nedokáže se smířit se smrtí svého otce.

Matthew je někdy výbušný a naštvaný na ostatní lidi a celý svět. Pak si sedne k počítači a hraje si. Někdy hraje i několik hodin. Doma o tom, co se stalo, nemluví. Je to příliš bolestivé. Bojí se, že rozhovory matčin stav ještě zhorší. Nemluví ani o budoucnosti. Mají spoustu věcí na práci. Maminka však není schopna se o ně postarat. Matthew se obává, co bude dál.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Interventi se setkali s celou rodinou. Posoudili fungování každého člena rodiny. Nejhorší funguje matka, paní Anna. Má depresivní příznaky: poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, depresivní náladu, negativní myšlenky o sobě, pesimismus, myšlenky na rezignaci (bez sebevražedných myšlenek). Stahuje se z každodenních aktivit, nepracuje, neplní domácí povinnosti. Izoluje se od lidí. Domácí povinnosti převzala dcera Elżbieta, která nakupuje, vaří, uklízí. Také ona má depresivní příznaky a reakci na trauma, ale ne tak silné jako matka. Dcera chodí na kurzy a je aktivní. Nyní se stará hlavně o matku, méně myslí na to, co se stalo. Syn Mateusz psychofyzicky funguje poměrně dobře. Před duševní bolestí však uniká hraním na počítači. Z domu příliš nevychází, protože se bojí o matku. Do školy chodí, s učením nemá žádné problémy.

Rodina se ocitla ve velmi traumatizující situaci spojené se smrtí otce a pandemií. Tvoří ji tři osoby: matka, dcera a syn. Matka má silně depresivní příznaky, dcera převzala domácí povinnosti, syn utíká k počítačovým hrám.

Komunikace v rodině je velmi omezená. Hranice rodiny jsou najednou nepružné. Došlo k omezení kontaktů s lidmi mimo rodinu. Členové rodiny se navzájem silně podporují, projevují si vzájemnou péči, ale hlavně ve vztahu dětí k matce. Matka špatně funguje v životních rolích. Děti fungují poměrně dobře ve škole, ale mají omezené sociální kontakty.

3. Intervence

První setkání s rodinou. Rodina přišla do centra pro pomoc. Vedla ji Annina sestra, která setkání telefonicky domluvila. První setkání vedli dva intervenenti. Navzdory pandemii a doporučením pro online kontakt bylo rozhodnuto o přímém kontaktu tváří v tvář. Na setkání byla navázána spolupráce s rodinou, která jim poskytla pochopení a podporu. Byla provedena diagnostika problému. Bylo zhodnoceno fungování jednotlivých členů rodiny i celého rodinného systému. Byla také zjištěna očekávání rodiny ohledně cílů a forem pomoci. Konzultace s rodinou byla zaměřena na zvýšení bezpečí a stability v traumatické situaci. Byly vytvořeny bezpečné podmínky pro rozhovor o prožitém traumatu. Poprvé od smrti otce matka a děti společně hovořily o události a současné situaci. Mohly také bezpečně vyjádřit své emoce a obavy. Vyjádřili svou připravenost na další setkání. Interventi navrhli samostatná setkání pro každého člena rodiny a společná setkání pro celou rodinu. Nejprve bylo domluveno setkání paní Anny s lékařem za účelem zlepšení spánku. Individuální setkání se třemi různými intervenenty se konala jednou týdně. Společná rodinná setkání se konala jednou měsíčně. Intervenční práce je plánována na šest měsíců. Individuální práce s matkou, paní Annou, byla zaměřena na zlepšení jejího fungování a snížení depresivních příznaků. Dalším cílem byla práce se ztrátou a zármutkem. Práce s dětmi se zaměřila na jejich problémy a potřeby nejen v kontextu ztráty otce, ale také na jejich obavy o matku. Rodinná setkání se zaměřovala na společné prožívání smutku a zlepšení fungování rodinného systému.

4. Účinky

Po třech měsících se fungování matky, paní Anny, zlepšilo. Lékař doporučil antidepressiva. Díky tomu se zlepšil její spánek a aktivita, depresivní příznaky se zmírnily. Paní Anna se vrátila ke svým domácím povinnostem a práci. Díky tomu se dcera mohla více zapojit do života mimo rodinu. Syn Mateusz lépe kontroloval své hraní na počítači, začal častěji kontaktovat své přátele. V prožívání smutku velmi pomohla rodinná setkání. Během těchto setkání mohla rodina společně vyjádřit své pocity, smutek i obavy z budoucnosti. Důležitým momentem v práci s rodinou bylo napsání dopisu na rozloučenou otci (6 měsíců terapeutické práce). Dopis psali společně. Každý ale také napsal svůj vlastní dopis otci. Tyto dopisy odnesli na hřbitov, na otcův hrob.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Zdroje: Ackerman Courtney E. (2018). 3 Grief Counseling Therapy Techniques & Interventions.
<https://positivepsychology.com/grief-counseling/>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Případová studie 2: Závažné příznaky COVID-19 a PTSD: Individuální přístup KBT s důrazem na kognitivní restrukturalizaci a přijetí

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Ľubica Zibrínová

Klíčová slova: COVID-19, PTSD, kognitivní restrukturalizace a akceptace

1. Popis události

Scénář:

Pacient Petr, 53 let, přichází k zákroku poté, co prodělal COVID-19 - těžký stupeň s nutným uvedením do umělého spánku po dobu asi 1 měsíce. Po ukončení umělého spánku a nabytí schopnosti samostatného pohybu přichází na radu svého praktického lékaře a příbuzných. Stěžuje si na řadu obav, které v něm hospitalizace zanechala. Nejsilnější strach pramení z jeho nedůvěry k lékařům. Domnívá se, že nemají dostatečné odborné dovednosti a znalosti, a proto lidé trpí a umírají. Má problém jít sám se sebou na vyšetření, bojí se, že zase něco pokazí a tentokrát zemře. Jeho žena je onkologicky nemocná, má silný strach o její život a o vliv lékařů na její zdraví. Když vidí zprávy nebo lékaře, zachvěje se a vrátí se mu vzpomínky na nemocnici a má silný pocit bezmoci a konečnosti.

Intervenční tým:

Vyškolený terapeut KBT

2. Obecné charakteristiky

Pacient se nakazil infekcí COVID-19. Velmi se obával o život své ženy, aniž by předpokládal, že on sám bude v ohrožení, vzhledem k tomu, že jeho žena byla onkologicky nemocná a on byl dosud zdravý, bez jakékoliv dispenzarizace. Nastoupily příznaky onemocnění COVID-19, které v počátečních stádiích zvládal poměrně dobře. Po uplynutí inkubační doby se rozvinulo symptomatické stadium s netypickými příznaky infekce dýchacích cest (podobné chřipce). Typickým příznakem byla dočasná ztráta chuti a čichu.

Časné plicní stadium se projevilo dušností v 5.-8. dni onemocnění. Stav se nezlepšil, naopak přetrvávala horečka a přidružila se dušnost. V této fázi již virus způsobil poškození plic (virová pneumonie) a postupně se stupňovala neregulovaná imunitní reakce se všemi důsledky, tzv. cytokinová bouře. Onemocnění progredovalo do pozdního plicního stadia. Popsané příznaky COVID-19:

- silná dušnost
- silný, neustálý tlak na hrudi
- silná bolest na hrudi
- ztráta řeči, zmatenost po probuzení



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- vykašlávání krve
- zvýšená teplota, horečka
- suchý kašel
- únava
- mrazení
- ztráta čichu nebo chuti
- bolest hlavy
- bolesti svalů nebo kloubů
- bolest v krku

Následně byl uveden do umělého spánku na dobu asi jednoho měsíce a poté probuzen. Po přerušení umělého spánku se objevila výrazná zmatenost, dezorientace, ztráta schopnosti vybavit si minulost, ztráta pohyblivosti a silné bolesti svalů v celém těle. I přes intenzivní protizánětlivou léčbu je přítomen intenzivní kašel. Hněv se kombinoval se strachem a bezmocí. Později byl ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácí péče. Byla mu doporučena intenzivní rehabilitace k opětovnému získání pohyblivosti. Tato fáze trvala přibližně 5 měsíců. Během této fáze o něj pečovala manželka, která trpí rakovinou. V duchu si říkal, že je na tom hůř než ona, protože je závislý na její pomoci. V noci nemohl spát, bál se, že se neprobudí. Při každé zmínce o lékařích, nemocnici a nemoci se zachvěl, nedokázal ovládnout svůj strach a vracely se mu živé obrazy okamžiku po probuzení. Následně se u něj rozvinula posttraumatická symptomatologie:

- noční můry
- děsivé myšlenky
- pocení a třes
- odmítnutí diskutovat o události
- vyhýbání se věcem připomínajícím událost
- pocit odloučení a odcizení od ostatních
- neschopnost vybavit si některé aspekty události
- snížený zájem o život
- potíže se soustředěním
- potíže s usínáním nebo probouzením a neschopnost usnout
- náladovost
- podrážděnost
- výbuchy hněvu
- nadměrná ostražitost vůči potenciálnímu nebezpečí
- prožívání destruktivních pocitů při podobných událostech
- pocity viny
- fobie
- úzkostná porucha
- těžká deprese
- bolesti hlavy
- bolest na hrudi
- fyzická úzkost a bolest
- oslabený imunitní systém
- problémy v základní funkčnosti



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

3. Intervence

Využití řízeného dýchání v kombinaci s expozicí vzpomínek a aktuálních událostí a kognitivní restrukturalizací – s cílem přijmout reálný život s přítomností možných onemocnění i velmi závažného charakteru.

V první fázi intervence jsme klienta nechali pouze mluvit a požádali ho o fakta, která by podpořila jeho kognitivní funkce. Poté jsme mu zadali krátkou diagnostickou baterii, jejímž cílem bylo zorientovat ho ve slabých místech psychického fungování a která bylo třeba v terapii posílit. Aplikovali jsme Youngova maladaptivní schémata – dotazník YSQ-S3 SK-90, škálu Impact of Event Scale-Revised (IES-R), dotazník PHQ-9 pro symptomy deprese a sedmipoložkovou škálu Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). Intervence bude popsána v 7 intervenčních krocích (sezeních):

I. Intervence – Využití stabilizačních technik k tréninku zaměření se na tady a teď

Stabilizační techniky se používaly k tomu, aby se zahlcující úzkost/napětí dostala do stavu "tady a teď", tj. do přítomnosti. Používali jsme: **počítání od 100 do 7** ("zapnutí" kognitivních funkcí); **soucinnou všímavost**: sezení a pozorování, jaké pocity se v těle objevují s následující instrukcí: „Když si jich všimnu, mohu mít myšlenku: vítejte“; **dýchání do čtverce**: nádech nosem po dobu 4 sekund – zadržení dechu na 4 sekundy – výdech nosem po dobu 4 sekund – zadržení dechu na 4 sekundy s instrukcí: „V mysli tak obcházíme náměstí.“ Cvičení jsme doporučili provádět vsedě a později v chůzi.

II. Intervence – Použití technik pro zlepšení koncentrace pozornosti

- Vyjmenovat vše, co je v místnosti (nebo co je v místnosti zelené atd.) Postup pomáhá mozku rozšířit vnímání na další věci.
- „Sedím v křesle, mám zavřené oči a jen si všímám a pozoruji: Které části těla se dotýkají židle? Kde je větší tlak? Které části těla jsou teplé a které studené? Jaké zvuky ke mně doléhají zvenčí a zevnitř těla? Jaké vůně ke mně přicházejí? Jakou chuť mám v ústech? Otevřu oči a pozoruji, jaké barvy ke mně přicházejí – Zastavit se, odstoupit od toho, co se děje. V duchu si představím polohu "dronu" a jen pozoruji tuto vzdálenost. „

III. Intervence – Přijetí negativní emoce – nalezení pozitivního vztahu k negativní emoci

Technika RAIN pro zvládání nepříjemných pocitů a pro přijetí emocí, aniž by se jimi pacient vnitřně zabýval.

1. R – ROZPOZNAT: rozpoznat své pocity a emoce, uvědomit si je, že se mu dějí.

2. A – DOVOLIT (ALLOW): nechat prožitek být takový, jaký je, přijmout tyto pocity. Nechat je být takové, jaké jsou v daném okamžiku. Tento druh svolení mu umožní být více v kontaktu se sebou samým a nezůstávat v averzi/odporu.

3. I – PROZKOUMAT (INVESTIGATE) – laskavě zkoumejte a zaměřte svou zvědavost na danou zkušenost. Položte si otázku: "Co se to se mnou děje? Co si žádá mou pozornost? Jak to cítím ve svém těle?"

4. N – PŘIROZENÉ VĚDOMÍ (NON-ACCEPT) – přirozené vědomí neztotožnění se s nepříjemným pocitem nebo myšlenkou. Naše JÁ není omezeno dočasnými emocemi a v tom spočívá svoboda.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

IV. Intervence

- Pacient pociťoval iracionální potřebu být uklidňován a mít kontrolu nad tím, co se děje, takže jsme hledali nové názory a postoje k reálným událostem.
- Konstruktivní názory: poskytování konstruktivního pohledu na to, co prožíváme. V každé situaci jsme hledali zdroje, které lze využít. Snažili jsme se podpořit to, co můžeme udělat.
- Soustředění se na přítomnost: nemůžeme ovlivnit, co se stane. Všechny plány byly porušeny. Důležité je soustředit se pouze na tento den, na "tady a teď". Na to, co je tady, co je v mém dosahu.

V. Intervence – Kognitivní restrukturalizace

Metoda slouží k:

1. uvědomění si negativní myšlenky, které mají vliv na vznik negativní nálady
2. prozkoumání platnosti myšlenek
3. nalezení racionální myšlenky
4. testování platnosti racionální reakce v reálných situacích

Pomocí sokratovských otázek jsme zkoumali platnost myšlenek:

- Lékařům nelze věřit, nemají ani znalosti, ani dostatečné odborné dovednosti.
- Nemůžu usnout, když usnu, neprobudím se.
- Moje žena má rakovinu a já jsem na tom hůř než ona.
- Když půjdu k lékaři, ublíží mi a já zemřu.
- Jsem nemocný, už nikdy nebudu funkční.

Byly zkoumány následující otázky (témata):

1. Co to znamená? Co je proti?
2. Existují i jiná možná vysvětlení?
3. Co by si v takové situaci myslel někdo jiný?
4. Je tato myšlenka založena na pocitu nebo na realitě?
5. Jaké jsou výhody nebo nevýhody tohoto způsobu uvažování?
6. Jakých logických chyb se dopouští?
7. Zapomínám na některé důležité skutečnosti a přeceňuji význam maličkostí?
8. Neuvažuji v extrémních kategoriích – všechno, nebo nic?
9. Nezabývám se otázkami, na které nelze odpovědět?
10. Nekladu na sebe přísnější požadavky než na ostatní?
11. Nepřeceňuji pravděpodobnost, s jakou určitá událost nastane?
12. I kdyby se stalo to, čeho se obávám – co by bylo tak hrozné?
13. Nepřebírám také odpovědnost za události, které nemohu ovlivnit?

VI. Intervence – Přijetí reality, přijetí nemoci jako možné součásti života

John Leach řekl: "Oběti byly vytaženy ze záchranných člunů vybavených nouzovými schránkami (světlice, potraviny, lékárnička a další), které nikdo ani neotevřel a jejich důležitý obsah nebyl použit. Někdo to prostě vzdá příliš brzy".



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

V náročných situáciách má každý omezené množství zdrojů. Důležité je dobře hospodařit se zdroji a hledat kreativní řešení – taková, která by nás na první pohled nenapadla. Kombinujte různé možnosti a nahrazujte zdroje něčím jiným...

Doporučená cvičení podle aktuálních možností:

- Vzhledem k motorické nestabilitě čtěte 1 hodinu denně – lze realizovat i u nemocných.
- Posilte motorickou stabilitu, postavte model letadla, bez ohledu na kvalitu výsledku – může realizovat i nemocný jedinec.
- Začněte se učit cizí jazyk – trénink paměti – může i nemocný člověk.
- Pomáhejte nemocným – na konci terapie pacient absolvoval kurz masáží, aby byl nápomocen nemocným, nemohoucím lidem, aby ulevil bolesti druhých a pochopil, jak je důležité pomáhat.
- Odkloňte se od sebeanalýzy s cílem pomoci ostatním. Vytrvat znamená "nevzdávat se", ať už je situace jakkoli obtížná.

VII. Intervence – Hledání pozitivního významu traumatu v osobním růstu pacienta

4. Účinky

1. Ukazatele výsledků (např. IES-R)

Významné zlepšení symptomů posttraumatické stresové poruchy, deprese a úzkosti měřených pomocí IES-R, PHQ9, GAD-7.

2. Symptomatologie

Významně se snížila symptomatologie posttraumatické stresové poruchy a také příznaky deprese a celkové úzkosti. Změnila se perspektiva životní situace. Zvýšilo se životního uznání a vděčnost za to, že mu byl zachráněn život a že mu ostatní pomohli. Tato perspektiva vedla k větší otevřenosti vůči druhým a k větší ochotě pomáhat druhým.

3. Sociální fungování

Stává se otevřenějším k ostatním, snižuje se jeho nepřátelství a výrazně se snižuje sociální izolace. Zlepšuje se jeho každodenní fungování. Změna zaměstnání po 13 letech za práci, která více odpovídá jeho schopnostem, potřebám a vzdělání. Hledání možností, jak by mohl pomáhat druhým jako dobrovolník v nemocnici. Lepší přijímání životních změn (např. mít nové sousedy).

5. Globální interdisciplinarita

Tato případová studie může být dobrým příkladem postupné práce s klientem, který zažil trauma. Prostřednictvím zvládnutí příznaků akutního stresu, např. nácvikem regulovaného dýchání a technik uzemnění, a následně změnou pohledu na trauma prostřednictvím kognitivní restrukturalizace a přijetí traumatického zážitku a jeho důsledků, což pomáhá integrovat zážitek do života. Techniky představené v případové studii lze také používat samostatně v různých fázích stresu a napříč různými přístupy a různými osobami poskytujícími intervenci zaměřenou na trauma. Popis jednotlivých kroků intervence v kontextu konkrétního případu umožňuje lépe pochopit, jak mohou být tyto kroky intervence užitečné při zpracování posttraumatických reakcí, integraci traumatického zážitku a v procesu posttraumatického růstu.

Zdroj: Ľubica Zibrínová. Individuální KBT intervence s klientem trpícím závažným COVID-19. Případová studie z vlastní klinické praxe. Ambulance klinické psychologie, Prešov, Slovensko.



Případová studie 3: Zásahy při kritických událostech

Odpovědný partner: Associazione per l'EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Roger M. Solomon

Klíčová slova: mimořádné události, intervence EMDR

Metoda: EMDR

1. Popis události

Scénář

Tragedie v komunitě má dopad na řadu jednotlivců, kdy je zničena komunitní infrastruktura a bezprostředně po ní jsou v popředí jiné problémy (přístřeší, jídlo, bezpečnost atd.).

2. Obecné charakteristiky

I. Obecné charakteristiky obětí/skupiny. Příznaky podle MKN 11

V případě kritické události mohou být oběti postiženy:

- akutní stresovou poruchou (ASD)
- depresí
- komplikovanou reakcí na ztrátu blízké osoby
- strachem, úzkostí, fyziologickým vzrušením na úrovni, která narušuje běžné fungování
- problémy s ovládním hněvu
- těžkými disociativními stavy
- funkčním postižením
- zneužíváním návykových látek
- narušením vztahů

II. Vliv na celkovou aktuální úroveň fungování obětí

Zpočátku mohou být přeživší v šoku, takže nejvhodnější jsou nenáročné zásahy zaměřené na stabilizaci. Jedná se o intervence, které podporují pocit bezpečí, snižují vzrušení a poskytují vzdělávání a podporu pro adaptivní strategie zvládnutí.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

3. Intervence

Důležitý je longitudinální přístup a poskytování kontinuálních psychologických intervencí, které odpovídají měnícím se potřebám v průběhu času a v závislosti na vývoji fáze zotavení, kterou lidé prožívají. V důsledku kritické události jde o tři široké, překrývající se klinické cíle, které se v průběhu času mění:

Stabilizace (prvních 48 hodin nebo déle),
Zvládání a identifikace zdrojů (24 hodin až 12 týdnů),
Podpora při zotavení (2 týdny až 52 týdnů).

Intervenční strategie lze rozvíjet podle:

1. cílová populace – kdo potřebuje intervenci?
2. typu incidentu – jaké zásahy jsou vhodné?
3. načasování – kdy?
4. témat – jaké jsou skutečnosti incidentu, problémy a obavy?
5. zdrojů – kdo jsou nejlepší dostupné zdroje pro poskytování služeb?
6. průběžného hodnocení.

I. Popis počáteční fáze – prvních 48 hodin (třídění/vyhledávání... nouzová pomoc, vyhodnocení škod).

Cílem intervencí v prvních více než 48 hodinách je stabilizace. Přejídný stav po události, kdy se osoba snaží potvrdit, ověřit a pochopit svůj zážitek, je kritickým obdobím, kdy jsou traumatizovaní lidé sugestibilní a náchylné k disociaci při vyzývacím signálu. Cílem psychologické intervence bezprostředně po události je stabilizace – emocionální zvládnutí a poskytnutí konstruktivních strategií zvládnutí, které sníží vzrušení, zvýší kontrolu a zabrání zhoršení distresu nebo poruchy. Vystavení vzrušujícím podnětům by mělo být minimalizováno.

II. První psychosociální intervence (stabilizace, přístup ke zdrojům, dočasné přístřeší a/nebo ubytování)

Posouzení funkčnosti/potřeb. Posouzení funkčnosti/potřeb (třídění) se provádí s cílem určit, co je potřeba. Posouzení by mělo být provedeno za účelem vyhodnocení dopadu události a toho, co je potřeba.

Psychologická první pomoc. Psychologická první pomoc (Psychological first aid; PFA) je použití pragmaticky orientovaných intervencí poskytovaných ve fázi bezprostředního dopadu osobám, které prožívají akutní stresové reakce nebo které se zdají být neschopné samy obnovit dostatečnou funkční rovnováhu (Young, 2006). Záměrem PFA je napomoci adaptivnímu zvládnutí a řešení problémů. PFA zahrnuje intervence zaměřené na 1) bezpečnost, 2) zklidnění/stabilizaci, 3) spojení s ostatními, 4) zvyšování sebeúčinnosti a posilování, 5. naději.

III. Individuální intervence

Individuální krizová intervence. Pokud je osoba obzvláště rozrušená, je individuální sezení na rozdíl od skupinové intervence opodstatněné. Vystavení příběhům jiných lidí může zintenzivnit reakce dané osoby. S patřičnou opatrností lze EMDR použít v kontextu krizové intervence (Solomon, 1998) a jak je dále rozvedeno v článkách Kutze a E. Shapira a Lauba v tomto sdělení.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

IV. Skupinové intervence: škola, organizace, oddělení.

Briefingy krizového managementu (Mitchell & Everly, 2000), nazývané také Critical Incident Stress Orientation (Solomon & Macy, 2003). Tato intervence se podobá setkání na radnici a lze ji aplikovat na velké skupiny lidí. Setkání má informační charakter a zaměřuje se na poskytnutí faktů o tom, co se stalo, a na poučení o normálních reakcích a dovednostech zvládání. Setkání s ostatními v bezpečném prostředí poskytuje strukturu, posiluje soudržnost skupiny a snižuje izolaci a poskytuje příležitost k třídění.

Demobilizace (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Tento zásah se obvykle poskytuje pracovníkům záchranných služeb po rozsáhlé události, kdy je na místě příliš mnoho lidí na to, aby mohli poskytovat individuálnější služby. Je koncipován jako rychlé informační a odpočinkové sezení po události. Po vystřídání na místě události se jednotky mohou dostavit na místo, kde absolvují krátké informační sezení (např. 10 minut) o stresu a zvládání kritické události a mají několik minut (např. 20 minut) na jídlo a odpočinek. Poskytovatel psychologických služeb může být k dispozici, aby nabídl krátkou informaci a neformálně prověřil osoby, které mohou potřebovat další pomoc.

Defusing (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Defusing (uvolňující, zmírňující rozhovor) je skupinové setkání nebo diskuse o kritické události, která se koná během několika prvních hodin po události. Tato intervence není vhodná pro hromadné neštěstí. Obvykle jsou do stejné skupiny zařazeni ti, kteří sdílejí stejný pohled na věc, např. pracovní skupina, nebo ti, kteří jsou na místě události. To posiluje efekt skupinové soudržnosti a identifikace a snižuje izolaci. Skupiny mohou být velmi užitečné při hodnocení a normalizaci zkušeností. Defusing trvá obvykle 20-45 minut. Cílem je zmírnit dopad události, zmírnit symptomy, podpořit proces zotavení a posoudit potřebu dalších služeb. Důraz je kladen spíše na uzavírání tématu, než na otevření se. Vhodně vyškolený poskytovatel může vést defusing.

Odeslání. Pokud jsou lidé vážně postiženi a nevládají situaci dobře, je třeba je odeslat k dalšímu posouzení a léčbě. Mezi hlavní příklady stavů vyžadujících doporučení patří seznam příznaků popsanych v odstavci 2.

V. Popis akutní fáze 24 hodin-12 týdnů (identifikace zvládání a zdrojů).

Důležitou součástí zotavení je identifikace dostupných zdrojů, které mohou pomoci podpořit zotavení. Mezi tyto zdroje patří sociální síť (přátelé a rodina), komunitní služby, odborné služby, náboženské instituce, lékařské služby atd. Po několika dnech by mělo být provedeno posouzení, které intervence jsou vhodné a kdy.

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Dobrovolná, důvěrná, nehodnotící diskuse o zapojení, myšlenkách a reakcích vyplývajících z incidentu. Vedoucím je odborník na duševní zdraví. Při debriefingu poskytovaném pracovníkům záchranných služeb často asistují vyškolení pracovníci vzájemné podpory (peeri). CISD rovněž poskytuje vzdělávání a diskusi týkající se stresu a jeho zvládání. Provádí se s homogenními skupinami (tj. skupinami, které sdílejí stejný pohled na incident) po skončení incidentu. Obvykle se poskytuje 1-14 dní po krizi, ale v závislosti na situaci to může být i později. Proto nemusí být CISD okamžitě použitelná po hromadné katastrofě, kdy došlo k dlouhodobému a přetrvávajícímu dopadu. Cílem CISD je zmírnit akutní příznaky, posoudit potřebu následných opatření, podpořit zotavení a pokud možno usnadnit psychologické uzavření.

CISD dále umožňuje posoudit, kdo by mohl potřebovat doporučení pro další služby. CISD není léčba traumatu, ale modalita krizové intervence, která musí zapadat do komplexního rámce.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

CISD je poněkud kontroverzní. Vystavení příběhům jiných lidí může zvýšit stres a může být kontraindikováno (Wessely, Rose a Bisson, 1998). Například u jedinců, kteří vykazují výrazné známky disociace, akutního distresu a agitovanosti, nebo u jedinců, kteří se izolují, může mít vystavení příběhům jiných lidí negativní vliv a mohou mít větší prospěch z psychologické první pomoci nebo individuálních sezení. Ačkoli CISD může skupinám zasaženým kritickou událostí poskytnout mimořádnou podporu a učení, povinná CISD může ve skutečnosti zvýšit příznaky vzrušení a vyhýbání se.

Individuální intervence/stabilizace. Osoby zažívající závažné symptomy mohou mít prospěch z individuálních sezení, kde se lze problémům věnovat více do hloubky. Poskytovatel může provést screening/třídění podle významnosti symptomů a poskytnout příležitost k individuální intervenci.

Služby pro rodiny. Rodinní příslušníci mohou na událost reagovat vlastním stresem, který narušuje rodinnou atmosféru a brání zotavení. Velmi přínosné mohou být speciální semináře a informační setkání pro rodinné příslušníky, stejně jako individuální a rodinná sezení.

EMDR. Autor obvykle využívá EMDR nejdříve v okamžiku, kdy se začnou projevovat emocionální dopady, a často i později. Zpočátku po kritické události může dojít k šoku, otupělosti, popření, disociaci a dalším psychologickým mechanismům, které slouží k odvrácení ochromujících emocí (Solomon & Macy, 2003). V určitém okamžiku se však začnou prožívat realita toho, co se stalo, význam a emoce s tím spojené. Tehdy může být EMDR užitečná. Může to být den nebo dva po incidentu, ale i několik měsíců v závislosti na reakci pozůstalého. Jako užitečný se ukázal protokol nedávné události (Shapiro, 2001) (viz článek Colelliho v tomto sdělení) a Izraelci dále rozpracovali rané intervence EMDR pro nedávné události (viz Kutz a články E. Shapira a Lauba v tomto sdělení).

VI. Popis fáze sledování 2 týdny-52 týdnů (zotavení a řešení).

Může být nutné, aby následná podpora a služby byly neustále k dispozici a aby bylo prováděno průběžné hodnocení. Měla by být prováděna následná opatření týkající se doporučení, která byla učiněna.

Dopad a význam události se s časem mění. Poskytovatel může nabídnout další debriefingy a skupinová setkání, která mohou podpořit integraci incidentu, podpořit přizpůsobení se světu, který je nyní vnímán jako jiný, a zvýšit odolnost, aby se posílila schopnost jednotlivce a skupiny vyrovnat se s událostí.

Seminář po kritické události. Seminář po kritické události (Postcritical Incident Seminar; PCIS) je vícedenní (např. 3-4 dny), multimodální skupinová intervence, kterou využívá řada organizací pro následnou podporu. Po uplynutí několika měsíců a určitém psychologickém odstupu od události může být následný seminář užitečný pro řešení dlouhodobých následků události. Několikadenní formát poskytuje dostatek času na vyprávění vlastního příběhu, interakci s dalšími lidmi, kteří zažili kritickou událost (což je velmi užitečné pro validaci a legitimizaci reakcí na událost), vzdělávání o typických reakcích a dovednostech zvládnutí a další práci s událostí. Tato forma se ukázala jako účinná při snižování symptomů traumatu (Solomon & Kaufman, 2002). Bylo zjištěno, že přidání EMDR k této struktuře vede k většímu snížení symptomů než pouhý seminář (Solomon & Kaufman, 2002).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Účinky

I. Ukazatele výsledků

Při řešení tragédie je důležité mít na paměti, že ne všechny příznaky akutní tísně jsou patologické. Dále platí, že lidé, kteří zažili kritickou událost, mohou mít dobré schopnosti zvládnání a dobré systémy sociální podpory, které umožňují zdravé zotavení. Zasahující musí porozumět kulturním hodnotám, žargonu i odbornému jazyku, pracovním funkcím, inherentním stresorům a typům traumatu, které jsou danému povolání vlastní. V širším měřítku je důležité být flexibilní při jednání s různými etnickými kulturami.

II. Symptomatologie

K ověření hlavní symptomatologie se používají hodnotící testy (např. IES-R). Po tragédii je důležité zaujmout longitudinální přístup a poskytnout kontinuální intervence, které budou odpovídat měnícím se potřebám v průběhu času. Příliš často lékaři poskytují "jednorázové" intervence ve dnech následujících po tragédii a nezapínají se dlouhodobějšími psychologickými důsledky. Zde popsaná "nabídka" intervencí byla navržena tak, aby v průběhu normálního období podpořila normální procesy zotavení u normální populace, která normálně reaguje na abnormální události. Tyto intervence nebyly nikdy zamýšleny jako psychoterapie (s výjimkou EMDR) nebo náhrada psychoterapie. Využitím komplexního a longitudinálního přístupu však tyto metody mohou pomoci zmírnit dopad události, podpořit zotavení a poskytnout možnost pro screening těch, kteří potřebují další léčbu.

5. Globální interdisciplinarita

Závěrem lze říci, že kritická intervence popsaná Rogerem Solomonem zohledňuje longitudinální, prospektivní, interdisciplinární a globální perspektivu.

Longitudinální a prospektivní v tom smyslu, že jsou v něm rozpracovány tři různé fáze mimořádné události (fáze bezprostředně předcházející kritické události, akutní fáze a následná fáze), přičemž je zdůrazněna potřeba zajistit kontinuitu práce ve všech fázích zásahu a vyhnout se zásahům "na jedno použití".

Interdisciplinární intervence při kritických událostech je schopna integrovat vícevrstvé intervence, které zohledňují různorodost potřeb obětí. Konkrétně se jedná o psychosociální potřeby (primární biologické potřeby jako je jídlo, bydlení), bezpečnostní potřeby (péče, fyzické bezpečí), psychologické potřeby (klid, vztahy se sociální sítí, pocit kontroly, zpracování traumatického zážitku).

V neposlední řadě je kritická intervence **komplexní**, protože předpokládá bio-psycho-sociální přístup, což znamená intervenci, která bere v úvahu kulturní, sociální, ekonomický a duchovní kontext obětí. Odkazuje také na všechny typy stupňů obětí (přímé oběti, nepřímé oběti, zachránce a křehké oběti).

Odkaz: Solomon, R. M. (2008). Critical incident interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 160.



Případová studie 4: Restrukturalizace KBT, vizualizace a znovuprožívání u žen s příznaky PTSD

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky(Česko)

Autoři: Susan Ayers, Kristie McKenzie-McHarg a Andrew Eagle

Klíčová slova: perinatální, individuální, PTSD

Metoda: Postnatální PTSD a využití kognitivní restrukturalizace a dalších technik KBT

1. Popis události

Scénář

Sáře bylo 35 let. Její dcera se narodila o 14 měsíců dříve a byla výsledkem plánovaného těhotenství. Sára v 19 letech podstoupila ukončení nechtěného těhotenství, které 16 let tajila, protože si myslela, že ji lidé budou negativně hodnotit. Sára byla nyní během těhotenství velmi úzkostná, protože se bála prozradit potrat a obávala se, že by se v těhotenství mohlo něco pokazit jako odplata za předchozí potrat. Během těhotenství měla Sára časté krvácení a kvůli vyšetření byla provedena kolposkopie. Před termínem porodu Sára praskla voda, porod jí byl vyvolán o tři dny později. V souvislosti s vyvoláním porodu došlo k nejasnostem a Sára se dostavila do nemocnice na něco, co považovala za běžnou kontrolu, a byla okamžitě přijata k vyvolání porodu. V tu chvíli zpanikařila, protože nebyla připravena, neměla s sebou žádné osobní věci a její manžel nebyl přítomen. Porodní asistentka, která se účastnila Sářina porodu, neměla pro Sářinu vysokou míru úzkosti pochopení. Po bolestivém vnitřním vyšetření, během kterého Sára plakala a žádala porodní asistentku, aby přestala, porodní asistentka řekla: "Jestli si myslíte, že je to bolestivé, jaký asi budete mít porod?". Od této chvíle se Sářin porod vyznačoval bolestí, velmi vysokou mírou úzkosti a strachem z porodní asistentky, která se k Sáře nadále chovala hrubě a nesympaticky. Sára uvedla: "Porodní asistentka na mě štekala... Úplně jsem zablokovala a byla jsem zkamenělá... Nevěděla jsem, co je správné a co ne". Po 25 hodinách byla Sára otevřená pouze na jeden centimetr, takže její dcera přišla na svět císařským řezem, při kterém si Sára myslela, že může zemřít. Sára uvedla, že v polovině zákroku začala císařský řez cítit a dostala morfium. Uvedla, že během císařského řezu jí disociovala paměť a 12 hodin po porodu si na nic nepamatuje.

2. Obecné charakteristiky

I. Obecné charakteristiky obětí

Sára popsala první měsíce po porodu jako "rozmazané" a trvalo jí rok, než se s dcerou sblížila. Hlavními tématy Sářiných porodních zkušeností se zdály být:

- pocit vyděšení, zranitelnosti a ztráty kontroly;
- vysoká míra zmatenosti a pozdější disociace;
- potvrzení přesvědčení, že ji ostatní budou odsuzovat a ubližovat jí prostřednictvím její zkušenosti s porodní asistentkou.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

II. Vliv emočních, somatických, kognitivních a behaviorálních krizí

- **Emoce:** Bylo pro ni velmi těžké navázat s dcerou vztah. Prožívala velké sebeobviňování a hněv na sebe samu. Byla fixovaná na minulé neúspěchy a cítila se bezcenná.
- **Tělo:** Sára pociťovala nedostatek energie, únavu, i drobné úkoly ji stály další úsilí. Objevovaly se také poruchy spánku.
- **Myšlení:** Problémy se soustředěním, zapamatováním si myšlenek a časté a opakující se myšlenky na práci.
- **Chování:** V prvních dnech po porodu odpočívala na lůžku a nebyla schopna vykonávat žádné aktivity denního života.

III. Příznaky podle MKN 11

Příznaky posttraumatické stresové poruchy:

- flashbacky
- noční můry
- silná fyzická a emocionální reakce na jakoukoli připomínku porodu
- emocionální otupělost
- pláč

Mírné příznaky deprese:

- nedostatek energie
- poruchy spánku
- pláč
- sebeobviňování

IV. Vliv na celkovou aktuální úroveň fungování oběti

Čtyři měsíce po porodu diagnostikoval Sáře její ošetřující lékař poporodní depresi. Byla léčena antidepresivy a navštěvovala místní podpůrnou skupinu pro poporodní depresi. To jí velmi pomohlo zůstat funkční v roli matky.

V porovnání s předchozí úrovní fungování to však nadále hodnotila jako pokles, zejména pokud jde o úroveň energie a nadšení "dělat věci".

3. Intervence

I. Popis počáteční fáze

Do týmu psychologické podpory ji poslal její praktický lékař.

Během prvního sezení se zdálo, že znovu prožívá porodní zážitek, byla vyděšená, plakala a třásla se. Ve vzpomínkách viděla, jak leží na porodním sále, cítí se bezmocná a vyděšená a porodní asistentka přichází dveřmi.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

II. První psychosociální intervence

Podpora při **ventilaci a normalizaci emocí**, přijetí Sáry jako matky, která se snaží co nejlépe, protože je tady a snaží se na sobě pracovat.

Dýchací cvičení na uklidnění, kdykoli se cítí emocionálně přetížená.

Psychologické **edukace** o příznacích deprese a posttraumatické stresové poruchy.

Stanovení **zakázky** – chce se cítit lépe a být ve svém životě opět efektivní.

3. Intervence

I. Základní přesvědčení a negativní myšlenky: Sára měla o sobě základní přesvědčení, že je hloupá a neúspěšná, a o ostatních, že ji budou soudit a ubližovat jí. Sářina přesvědčení byla posílena potratem, zkušeností s porodem a diagnózou poporodní deprese, kterou si vykládala tak, že je neúspěšná a nedokáže se s ní vyrovnat. Sára proto měla podmíněná přesvědčení typu: "Když lidem řeknu o potratu/porodu/depresi, budou mě soudit", "Když budu rozrušená, lidé si budou myslet, že jsem slabá". Sára měla časté negativní automatické myšlenky, které byly v souladu s jejími základními přesvědčeními, jako například "nezvládnou to", "jsem neúspěšná", a o druhých, jako například "nechtějí to vědět", "jak je to může nezajímat?". Sářiny kompenzační strategie spočívaly v zatajování potratu, porodu nebo psychických problémů, aby se vyhnula odsouzení.

- Byl proveden anonymní průzkum názorů ostatních na Sářin potrat, aby se zpochybnilo její přesvědčení, že ji ostatní budou soudit. Tento průzkum popisoval okolnosti, za kterých Sára otěhotněla a šla na potrat, a ptal se lidí, co si o ní myslí, zda by ji soudili a co by ve stejné situaci udělali oni. Průzkum vyplnilo 16 lidí, kteří Sára neznali, a odpovědi zahrnovaly názory pro i proti potratu. Tento průzkum dramaticky změnil Sářino přesvědčení o sobě, o potratu, o tom, co by si o ní mysleli ostatní, a o tom, jakou důležitost přikládá názorům ostatních.

II. Znovuzahájení cvičení: Sára si prošla události porodu. Byla identifikována horké body (zejména emotivní události během porodu). Hlavní horké body se týkaly jednání porodní asistentky a přetrvávajícího strachu Sára z porodní asistentky. Proto byla použita cvičení, která měla změnit Sářino hodnocení těchto událostí, například pomocí hraní rolí, kdy si zahrála konfrontaci s porodní asistentkou a snížila Sářin strach. Proběhla také návštěva porodního oddělení, která měla Sáře pomoci překonat strach a vyhýbání se porodu.

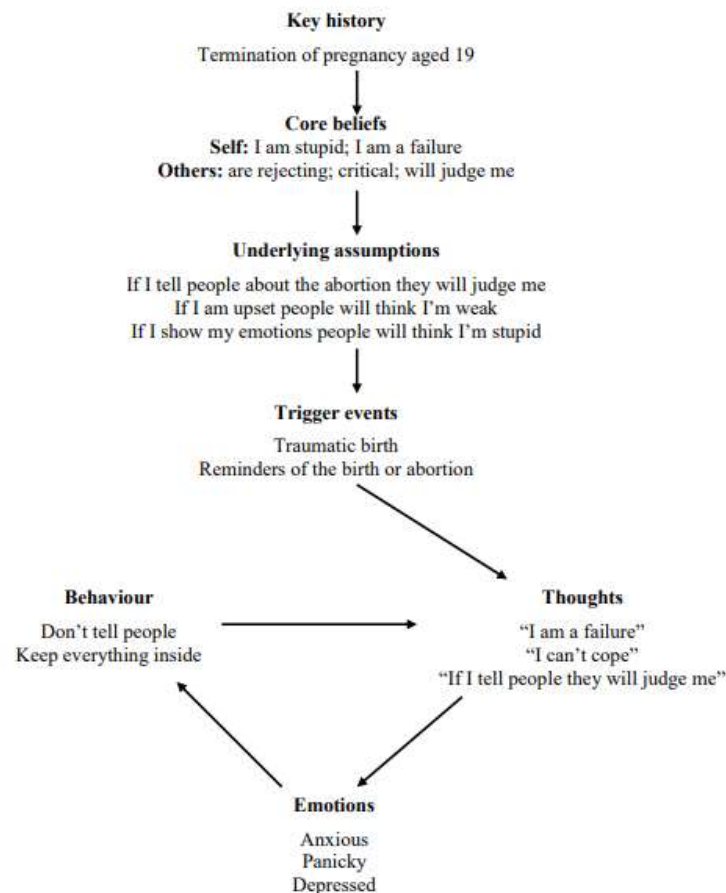
III. Vizualizační cvičení: Vizualizační cvičení byla použita k přepsání jejích flashbacků (např. představa, že s ní na porodním sále místo porodní asistentky sedí jiní zdravotníci) a pozitivní reformulace byla použita k upevnění změn v Sářině přesvědčení.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Sářina formulace situace v KBT:



IV. Psychosociální intervence v rodinné síti, komunitě atd.

Sára nechtěla, aby se o těchto problémech dozvěděla její rodina.

V. Následná opatření

Bylo provedeno deset sezení KBT zaměřené na trauma.

4. Účinky

I. Ukazatele výsledků

Kromě úrovně jejího fungování nebyla hodnocena žádná měření.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

II. Symptomatologie

Sářiny příznaky posttraumatické stresové poruchy zmizely a její přesvědčení o sobě samé i o druhých se změnilo.

III. Sociální fungování

Úroveň fungování Sáry dosáhla předchozí úrovně.

5. Globální interdisciplinarita

Tato kazuistika může být dobrým zdrojem informací pro detailní pochopení práce s kognitivními a emočními symptomy u osoby s PTSD. Velmi názorně ukazuje práci s negativními automatickými myšlenkami a základními přesvědčeními, která je doplněna o techniky znovuprožívání a vizualizace.

Případ zdůrazňuje důležitost zvýšení pacientova vhledu do situace, např. vytvořením vlastního záznamového archu s popisem obtíží a jejich vzájemných souvislostí, což dává pacientovi možnost uvědomit si a pochopit problematiku své situace a dává mu tak možnost začít na ní pracovat.

Přístup může být užitečný ve všech případech, kdy je třeba zvýšit povědomí o myšlenkových vzorcích a vytvořit u klienta odstup od situace.

Odkaz: Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 177-184.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Případová studie 5:

Rozvoj "mikrokosmu": zkušenosti dětí a dospívajících uprchlíků v komunitním prostředí.

Odpovědný partner: *Institute of Group Analysis Athens (Řecko)*

Autoři: *Francesca Giuseppina Bascialla, Alexandra Nikolara, Charalambos Sidiropoulos, Paris Papageorgiou*

Klíčová slova: *perinatální, individuální, PTSD*

Metoda: Komunitní intervence pro uprchlíky: oběti typu I nebo II (dětí/dospívající, ženy/matky, rodiny).

1. Popis události

I. Scénář

Ve městě s přibližně 85 851 obyvateli v regionu Střední Makedonie v Řecku začala nevládní organizace PERICHORESIS, humanitární a nezisková asociace založená v roce 2016, organizovat program výuky/školení v anglickém a řeckém jazyce spolu se setkáními zaměřenými na životní a pracovní koučink pro uprchlíky (dospělé, děti a mladistvé), zajišťovat podporu rodinám a výuku dětí a mladistvých, kteří byli rovněž přijati ke studiu na místních veřejných školách. Na začátku přicházeli účastníci převážně z uprchlických táborů v první stádiu postmigrační fáze, ve snaze uniknout před probíhajícími válkami na Blízkém východě nebo v asijských zemích. Jejich rodiny byly zařazeny do programů bydlení. V roce 2022 s invazí na Ukrajinu začala nová uprchlická krize nanovo. Řecký Červený kříž, UNHCR a ukrajinský konzulát v Soluni požádaly o pomoc ohledně ubytování výše zmíněnou organizaci. Všichni uprchlíci, kterých se to týká, jsou oběti typu I nebo II. Vzhledem k tomu, že jazykové a kulturní bariéry plus problémy s diskriminací jsou ústředními problémy v postmigrační fázi, zorganizovala nevládní organizace spolu s pomocí odborníků na duševní zdraví socioterapeutické skupinové intervence pro děti, dospívající a rodiče a dále nestrukturované komunitní sociální aktivity. Všechny intervence byly poskytovány v multikulturním, multireligiálním a mnohojazyčném prostředí.

II. Intervenční tým

Intervenční tým se skládal z pedagoga, dětského psychiatra se specializací v psychodramatu a rodinné terapii, sociologa, učitelů a překladatelů.

2. Obecné charakteristiky

Svědectví násilí a prožitek traumatických událostí jsou faktory spojené s problémy duševního zdraví u dětí a dospívajících (Ellis et al, 2008; Im 2018). K riziku zhoršeného duševního zdraví dětí/dospívajících přispívají nejen individuální, rodinné a společenské rizikové faktory, ale vliv na ně má i zhoršené duševní zdraví hlavních pečujících osob. Existují důkazy, že problémy s duševním zdravím mají vyšší prevalenci také u mladých uprchlíků přesídlených do zemí s vysokými příjmy (Barghadouch et al, 2018).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- I. Děti, dospívající, ženy a matky zapojené do zde popsaného programu mají během svého zařazení do programu potřeby v oblasti duševního zdraví v důsledku traumatizujících zážitků v předmigrační a postmigrační fázi (vystavení násilí, stres, nejistota, úzkost, vyloučení, diskriminace).
- II. Mají obtíže při integraci v novém a neznámém prostředí, do kterého jsou přesídleni.
- III. Vykazují tendence k izolaci, vyhýbání se sociálním kontaktům, pasivnější účast ve škole. Rodiče se vyhýbají zapojení do života komunity, raději zůstávají doma.

3. Intervence

V dopoledních hodinách děti a mládež pravidelně navštěvují místní veřejnou školu. V odpoledních hodinách navštěvují hodiny podpůrného vzdělávání pro školní program a jazykovou přípravu (angličtina a řečtina). Odpoledne také organizace poskytuje otevřené skupiny vrstevnické podpory, které vede facilitátor s pomocí překladatele. Účast na podpůrných skupinách pro uprchlíky není povinná. Konkrétně od května 2022 se jednou týdně na 90 minut schází skupina 12 dětí (8 dívek a 4 chlapci ve věku od 4 do 12 let). Od listopadu 2022 se jednou týdně na 90 minut schází také skupina 7 dospívajících (3 dívky a 4 chlapci, 13 až 16 let). Pocházejí ze 3 různých zemí 2 kontinentů a 3 různých náboženských prostředí. Další facilitátor vede skupinu pro rodiče dětí a dospívajících, kteří se účastní vrstevnické skupiny. Stejný facilitátor vede také podpůrnou skupinu pro ženy samoživitelky nebo matky, které vyhledaly pomoc sdružení. Ve skupinách se kromě řečtiny hovoří třemi jazyky a překladatelka ovládá všechny tyto jazyky. Facilitátor a překladatel pro každou skupinu jsou vždy stejné osoby po všechna sezení v roce. Každý člen musí informovat facilitátora v případě zpoždění nebo nemožnosti se dostavit. Jedná se o otevřené skupiny, což znamená, že se členové v průběhu času mění. Mnoho rodin uprchlíků zapojených do programu čeká na přesídlení, někdy do jiné země, ale obvykle zůstávají v hostitelské zemi alespoň jeden rok. Všichni účastníci těchto skupin jsou také zapojeni do aktivit vedených uprchlíky a komunitních aktivit, ať už společně s místním obyvatelstvem, nebo samostatně, a vždy se navzájem zvou (např. pořádání společenských akcí, akce na oslavu Nového roku, oslavy narozenin atd.) Během prvních tří měsíců účasti v podpůrných skupinách uprchlíci hovořili o svých traumatických zkušenostech před migrací, o své cestě a ztrátách. Děti se vyjadřovaly malováním. Po tomto období se témata probíraná ve skupinách týkala spíše problémů ve škole, obtíží při učení se novým jazykům, obav o ostatní členy rodiny (dětí o své rodiče a naopak), s nimiž žily, nebo o další osoby, s nimiž ztratily kontakt, ale také se objevila velká potřeba navázat vztah s lidmi v novém hostitelském prostředí.

Komunitní aktivity s místními obyvateli, rozšíření a otevření rodiny uprchlíků do komunitní sítě a propojení s ostatními rodinami. Program stále probíhá. Skupiny jsou otevřené, což znamená, že se do nich budou zapojovat noví členové a ostatní členové mohou skupiny opustit z důvodu přesídlení do jiného města nebo země.

Intervence: zaměření na metodu

Komunita představuje rozšířené prostředí této intervence pro rodiny uprchlíků, kteří usilují o přesídlení. Nevládní organizace také nabízí prostor pro skupinové aktivity. Po zajištění domova pro rodiny, poskytnutí potravin/hygienických/čisticích prostředků, včasného přístupu k jazykovému vzdělávání, průběžné vzdělávací podpory pro nejmladší a zaměstnání pro dospělé, zorganizovali pracovníci multimodální a vícevrstvou psychologickou intervenci zaměřenou na jejich integraci do místního kontextu a posílení sociálních vazeb. Metoda je založena na principech skupinově-analytické skupinové psychoterapie a terapeutické komunity. Tyto dva přístupy umožnily více sociálních výměn a mezilidských vazeb. Skupina



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

dospívajících vrstevníků je prostředím, kde mohou v nekritickém kontextu svobodně vyjádřit své myšlenky a pocity týkající se současnosti, ale také své historie. Protože není předem dané téma diskuse, vycházejíce ze svých každodenních zkušeností ve škole, adolescenti vzpomínají na své dřívější spolužáky, kamarády, svou zemi a vyjadřují nostalgii po tehdejší době.

Na minulost si mohou vzpomenout, aniž by se znovu traumatizovali, vztahy ve skupině jim poskytují takovou podpůrnou síť vrstevníků, že se mohou vyrovnat se svým traumatem. Je zde také možnost volnočasových aktivit pro dospívající, např. stolní hry, hraní hudby, zpívání a pořádání narozeninových oslav, na které jsou zváni jejich rodiče, spolužáci, učitelé a lidé ze sousedství. Skupina pro děti má různé typy aktivit, např. malování, koláže, čtení pohádek a hraní her. Na některých sezeních mohou využívat všechny tyto tři způsoby vyjádření, mohou poslouchat pohádku, malovat o ní a pak všechny společně psát své myšlenky. Maminky dětí čekají v další místnosti, jakémsi socializačním prostoru pro všechny, kteří se chtějí setkat s ostatními v budově. Skupina pro ženy samozivitelky nebo matky a druhá skupina pro matky, které mají děti účastníci se skupin, jsou podpůrné skupiny, kde si mohou popovídat o svých minulých zkušenostech, ztrátách, každodenních problémech rodinného života, ale i o praktických otázkách.

Čas od času se konají nestrukturované aktivity, jako je společné vaření tradičních jídel typických pro každou zemi a společné stolování. V rámci organizace vytvářejí pracovníci akce, kde se všichni lidé, kteří se podílejí na některých aktivitách, sejdou na nějaké oslavě, uprchlíci jsou požádáni, aby vybrali a navrhli, co se bude slavit, a tím, že se ujmou aktivnější role, akci zorganizují tak, jak by to udělali ve své zemi. V těchto chvílích si vyměňují svou osobní historii jako občané, a navíc otevírají dveře občanům hostitelské země. V případě, že se rodina přestěhuje do jiného města nebo země, pořádá se rozlučková akce. Uzavírání je další obtížnou, ale nevyhnutelnou fází lidského života, loučení usnadňuje odloučení.

Osvědčené postupy:

- Poskytování průběžné vzdělávací podpory
- Včasný přístup k jazykovému vzdělávání
- Volnočasové a kulturní aktivity vedené uprchlíky a komunitou
- Skupinová podpora pomocí skupinového analytického modelu
- Multimodální a vícevrstvá intervence

4. Účinky

Pracovníci zapojení do intervence mají také za úkol udržovat komunikaci se školou. Je důležité, že v období několika měsíců účasti v podpůrných skupinách učitelé ve škole zdůraznili jasné zlepšení v učebních činnostech, spolupráci a socializaci s ostatními a snížení rušivého chování u dětí a dospívajících. Matky uvádějí lepší vztahy mezi členy rodiny, ale také s místními lidmi. Dokonce i nejmladší děti pozvaly své spolužáky na volnočasové aktivity v místě organizace. Zvýšila se také účast otců a manželů, kteří se zpočátku k celému programu stavěli velmi váhavě.

5. Globální interdisciplinarita

Zásah byl zahájen v souvislosti s humanitární krizí v roce 2016. S invazí na Ukrajinu v roce 2022 byli do programu přijati uprchlíci z této země. Počet uprchlíků zapojených do intervence se v průběhu 1-2 let vždy



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

mění vzhledem k tomu, že přesídlení nemusí být trvalé. Tato případová studie popisuje intervenci začínající v prvním období války na Ukrajině. Jádrem intervence je multidisciplinární; ve spolupráci pracují humanitární pracovníci, pracovníci v oblasti vzdělávání a duševního zdraví. Psychologická intervence je založena na přístupu skupinové analýzy a terapeutické komunity. Práce s uprchlíky (odborníci na duševní zdraví s uprchlíky: dětmi/dospívajícími, rodiči, ženami/matkami, rodinami), představuje první úroveň intervence. Druhá úroveň zahrnuje další odborníky a další aktivity (učitelé/studenti: podpora vzdělávání a nové jazyky). Celkově ji lze popsat jako úroveň uvnitř organizace. Uprchlíci musí být zapojeni do běžného života města, kam byli přesídlení, a to je třetí úroveň. Odborníci musí navázat a udržovat kontakt se čtvrtí, v níž uprchlíci žijí, se školou, s pracovištěm a s jakoukoli jinou strukturou, kterou může člověk navštěvovat, např. tělocvičnou, basketbalovým týmem. Jedná se spíše o intervenci na úrovni komunity: organizování aktivit a činností vedených uprchlíky v komunitě, ale také komunitou. Koordinace celé této intervence se dosahuje prostřednictvím pravidelných setkání všech zúčastněných pracovníků v rámci reflexní praxe. Jedná se o příklad interdisciplinarit, která umožňuje zvládnout emocionální zátěž při práci s traumatem a posiluje schopnost postarat se o všechny mimořádné události objevující se v rámci mimořádné události.

Odkazy:

Barghadouch A, Carlsson J, Norredam M. Psychiatric disorders and predictors here of among refugee children in early adulthood: a register-based cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2018;**206**(1):3-10.

Ellis HB, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;**76**(2):184-93.

Im H. Constructing health capital in ecological systems: a qualitative evaluation of community-based health workshops in the refugee community. *Health & Social Care in the Community* 2018;**26**(4):e541-51.

Soltan F, Uphoff E, Newson R, Purgato M, Taddese H, Barbui C, Vanderbloemen L. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 6. Art. No.: CD013657. DOI: [10.1002/14651858.CD013657](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013657).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Případová studie 6:

Cesta odolnosti v pandemické krizi: první online cesta odolnosti v pandemické krizi jako adlerovský soubor nástrojů psychologické krizové intervence a prevence podle adlerovské metody individuální psychologie.

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Fancie)

Autoři: Alessandra Zambelli & IAAP TEAM a studenti TŘÍDA 1



1. Popis události

a) Trojstranná struktura IAAP pro psychologickou první pomoc a pohotovost podle adlerovské metody individuální psychologie: výcvik v oblasti psychologické první pomoci a mimořádných událostí

Zavedení teoretického a praktického online vzdělávacího modulu (se supervizí a kooperací) v kontextu psychologie mimořádných událostí obecně.

Školení prostřednictvím videokonference na následující témata: Výuka prostřednictvím 200 teoretických snímků; Seznámení s Cestami odolnosti; Seznámení s protokoly první telefonické podpory; Cvičení, hraní rolí podle scénářů a simulace; Klinické zaměření na konkrétní případy; Práce ve dvojici a supervize.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Teoretické zajímavosti: Organizační požadavek; Outreach: klinické rysy; Specifika partnerů a kontextů; Priority a specifika péče poskytované první pomoci a zdravotnickému personálu; Charakteristika COVID-19 a SARS-CoV-2.

b) Cesta odolnosti v pandemii, následovaná INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOLOGIÍ

On-line návod, který krok za krokem pomáhá lidem v emoční tísní rozvíjet dovednosti pro zvládání stresu, a to pomocí integrativní metody, která uživatelům této cesty poskytuje možnost znovu se spojit se sebou samým, se svým tělem a psychikou, aby se poté mohli znovu spojit se světem a s ostatními.

c) Jednotka první pomoci při pandemii

Při prvním lockdownu jsme pracovali pouze v koordinaci s *Centre Médical Clémenceau*, Noisy-Le-Sec (93. okrese, sousedící s Paříží). V roce 2021 jsme se snažili přes sociální sítě oslovit více lidí, protože se zdálo, že psychické problémy spojené lockdownem a COVID-19 asociovaným násilím jsou prvořadé. Příjemci byli: osoby s traumatem v zastoupení; se syndromem vyhoření; ambulantní pacienti s COVID-19; příbuzní nemocných nebo zemřelých osob; osoby s úzkostí, stresem, impulzivitou a v dekompenzaci; osoby se zjevnou lhostejností vedoucí k rizikovému chování.

2. Obecné charakteristiky

Obecné charakteristiky obětí

Zaměření na všechny druhy obětí: komunita a jednotlivec nezasažení přímo pandemickou krizí, přímé oběti, pokud nebyly v naléhavém stavu, tedy téměř všechny druhy obětí

Tento mediální nástroj byl koncipován jako součást již komplexnějšího vzdělávacího programu pro skupinu studentů, kteří se na IAAP připravují na adlerovské psychanalitiky.

3. Intervence

Cesta odolnosti byl koncipován jako prohloubení již probíhajícího psychoanalytického výcviku a měl také za cíl a úlohu udržet třídu studentů a s ní spojenou komunitu soudržnou během pandemie, která je tak nová a má takový škodlivý rozměr.

Cesta odolnosti byla spojena s vytvoření podpůrné jednotky, která byla k dispozici zdravotníkům a v níž pracují dva členové IAAP, včetně prezidenta, aby zmírnili psychickou zátěž, kterou jedinci během pandemie zažívali.

Studenti sami vytvářeli obsah a podobu pružné cesty podle strukturálních a koncepčních pokynů, které jim vytvořili a předložili jejich školitelé.

Struktura Cesty odolnosti se řídí principy individuální psychologie, po úvodu následuje 7 kroků s obarveným textem a mediálním materiálem, obrázky, odkazy a videi a dynamickou podporou:



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Úvod:

Cesta odolnosti nabízí uživateli/pacientovi, aby krok za krokem postupoval podle skutečného návodu a tak si sám osvojil schopnost zvládat: CORONAVIRUS (název virové rodiny), COVID-19 (název onemocnění) a SARS-CoV-2 (název viru).

Naučit se a procvičovat, jak zmírnit pocity úzkosti tím, že znovu objevíte cestu vnitřního klidu a svobodného myšlení a znovu se účinně spojíte se sebou i s ostatními. Mezi popíráním a panikou hledá správný postoj k nalezení cesty k vnitřnímu klidu a svobodnému myšlení. Zklidnění vzniká v mysli, ale začíná v těle a má kořeny ve spojení se sebou samým a s druhými (alderův holistický princip).

I. Bezprostřední krok: Oslovení těla.

Zklidněte emoce a stabilizujte mysl prostřednictvím těla.

Tělesný aspekt v holistickém adlerovském rozměru osobnosti, který je v tomto psychologickém přístupu prioritní. Zejména v naléhavých a nouzových situacích Adler hovořil o řeči orgánů, které musí psychoterapeut a lékař především rozumět a hovořit / komunikovat s ní.

II. Další krok: Informace k pochopení a lepší obraně.

Znalosti jako stabilizátor ega díky snížení nejistoty spojené s neznalostí a neznámem.

Tato fáze reaguje na adlerovský psychický princip pocitu méněcennosti, který destabilizuje osobnost a je stimulován všemi situacemi skutečné nebo domnělé nejistoty. Sdílené znalosti s odborníkem jsou druhým krokem podporujícím stabilizaci a spojení směřující k pravděpodobnější spolupráci. Podporujeme své znalosti o viru, abychom rozvíjeli důvěru. Virus, jeho původ, šíření, prostředky působení a slabiny. Jaké chování si osvojit, jaká preventivní opatření přijmout, kde se můžeme informovat? Převzetí odpovědnosti za ochranná opatření k řešení rizik.

III. Progresivní krok: Naše kolektivní schopnosti. Naše znalosti krok za krokem:

Znalost kolektivního chování funguje jako stabilizátor ega díky konkrétní vizi sounáležitosti, která nás předurčuje ke spojení s okolím.

V této fázi se uplatňuje adlerovský princip regulující pocit sounáležitosti: hluboce kontrastuje, a nikoliv (jen) kompenzuje pocit méněcennosti. Přebírání odpovědnosti za kolektivní opatření ke zlepšení spolupráce. Pochopíme své individuální a kolektivní adaptační schopnosti, jako je uzavřenost, bariérová opatření, sociální distancování. Poznejme svá práva, své povinnosti, pomoc a zdroje, které nám poskytuje stát a komunity.

IV. Ukotvující krok: Naše dovednosti.

Ujistěte se o kolektivních dovednostech a zavedené organizaci, abyste začali probouzet pocit sounáležitosti. Spolehejte na schopnosti kolektivní intervence, tato fáze je také realizací adlerovského principu pocitu sounáležitosti: ale spíše ve smyslu přijímání pomoci než v předchozí způsobu spolupráce. I volba umístit ji po aktivním postoji (předcházejícím kroku) je adlerovským principem psychické stabilizace spojeným s principem tvořivé síly.

Pochopme roli veřejných pohotovostních a bezpečnostních služeb, které máme k dispozici: policie, hasiči, armáda, civilní bezpečnost, nemocniční personál. Informujme se o službách psychologické a psychiatrické podpory, které jsou k dispozici při lockdownu.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

V. Fáze konektivity: Naše odolnost.

Stavění na naší tvůrčí a sociální vynalézavosti. Jedná se o stadium tvořivosti spojené s konceptem adlerovské tvůrčí síly, která podněcuje děj a potěšení, a skrze ně základ adlerovské odolnosti: pocit sounáležitosti a tvůrčí síly.

Využívání našich tvůrčích zdrojů ke správnému uspořádání našeho "kola uvědomění" (Siegel Daniel, 2015, Mind your Brain), které musí uspokojovat různé oblasti naší osobnosti, jako jsou: spánek, pohyb, soustředění, vztahy, hravost, nečinnost, reflexe/zprostředkování nitra (mindfulness a meditace).

Zjistíme, proč je svěřením do péče obtížné, ať už o samotě, nebo v partnerském soužití.

Vytvořme si novou organizaci a nové návyky.

Odpojme se a kultivujme svůj vnitřní prostor.

Stanovíme si cíl, zahájíme projekt.

VI. Fáze ověřování: Naše bdělost. Jak rozvíjet bdělost pomocí informací.

Tato fáze odpovídá adlerovskému pojetí lidské fiktivní mysli, která vždy potřebuje direktivní cíl, ale ten může být fiktivní. Tato psychická plasticita je základem symbolické odolnosti mysli, ale také jejího hypnotického a patologického aspektu. Nejistota a strach jsou živnou půdou pro imaginaci a falešné zprávy. Manipulace, fámy, neplodné kontroverze, informační zahlcení, konspirační teorie... Naučme se zaujmout potřebný odstup, abychom nevěřili nebo nepředávali všechno a všem.

Je proto individuální a kolektivní odpovědností pečlivě kontrolovat přijímané informace, nikdy ne pasivní postoj, zejména v době číselných informací.

VII. Krok volby: Můj krok volby identity: Znovu se spojit sám se sebou metodou odolnosti.

Tento poslední krok nás vede ke spojení se sebou samým tím, že laskavě uznáme svou jedinečnost. Projdeme-li 4 oblasti, uděláme si přehled o svých skutečných **potřebách**, osobních **zdrojích** a **hodnotách**, které jsou pro nás důležité, aby nás vedly při našich **volbách**, které jsou správné, protože jsou naše.

Tento poslední krok je spojen s adlerovskými koncepty Stvořitelovy síly individuality pro revizi vlastního životního stylu a jeho reorganizaci, aby překonal krizi nebo trauma a čelil adaptivní změně. Jedná se o nejterapeutičtější fázi, u níž je naznačeno, že je možná v určitých případech vhodné, aby byla doprovázena.

4. Účinky

Hodnocení výsledků výuky u studentů a vlivu na uživatele bylo provedeno empiricky a přímo prostřednictvím diskuse jak se studenty, tak s pacienty, kteří se na podpůrnou buňku obrátili.

Efekty byly pozitivní: 1) pro studenty to bylo praktické cvičení, které jim pomohlo konkretizovat pojmy, které zůstaly abstraktní* (byli na začátku praxe a posledního roku studia), a které jim poskytlo velkou podporu pro pochopení teorie.

2) Pacienti, kteří se dostavili do podpůrné buňky, byli do doby, než měli termín objednání, odkázáni na Cestu odolnosti. Všichni pociťovali význam cesty na jejich schopnost znovu se spojit se sebou samými a pokusit se o stabilizaci sebe samých. U některých nebylo pochopení a provedení okamžitě možné. Podpora podpůrné buňky se 3 bezplatnými sezeními mohla lépe doprovázet ty, kteří to potřebovali.

5. Globální interdisciplinarita

Adlerovská metoda propojuje tři dimenze osobnosti podle biopsychosociálního paradigmatu jako holistického přístupu**. Termínem **orgánový žargon** adlerovská metoda zdůrazňuje zásadní význam



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

pochopení celostního spojení s tělem, včetně somatických reakcí. Neschopnost slyšet, co tělo říká, informuje terapeuta o osobnosti a patologii pacienta. Tělo je první reakcí na traumatickou situaci. To je také první fáze Cesty odolnosti. Empatické naslouchání začíná tělem pacienta a tělem terapeuta.

Životní styl pacienta ovlivňuje traumatickou přítomnost somatickými vzpomínkami, ale také prožitky souvisejícími s nashromážděnými pocity méněcennosti a úspěchem pocitu sounáležitosti. **Životní styl** pacienta ovlivňuje traumatickou přítomnost somatickými vzpomínkami, ale také zážitky souvisejícími se shromážděnými **pocity méněcennosti** a úspěšností **pocitu sounáležitosti (Gemeinschaftsgefühl)*****. Mezi těmito dvěma vědomými a nevědomými póly se proplétají kompenzace a nadměrné kompenzace osobnosti pacientů, které určují zdroje nebo zábrany, adaptivní nebo deviantní postoje. Fáze 2 a 3 se snaží stimulovat pocit sounáležitosti a jeho bezpečí, aby se uklidnil pocit méněcennosti, který krizová situace rozvíjí. **Tvořivá síla** je stimulována v 5. fázi, protože je ústředním adlerovským prvkem psychické rovnováhy, aby se snížily nadměrné kompenzace a člověk byl více v kontaktu se svou vnější a vnitřní realitou, přičemž se spíše integruje, než aby rozvíjel nevědomé obrany**. Pacient je připraven na nový kontakt se zralejší vnější realitou: ověření a konstruktivní kritika jsou cílem 6. fáze. Poslední, sedmá fáze vede pacienta k pochopení, že krizová situace vyžaduje radikální změnu i jeho vlastní osobnosti, ale bez její ztráty: je to fáze volby nového životního stylu, který navrhuje energii **Vůle k moci** jako vnitřní instanci hluboce strukturující osobnost***, k revizi sebe sama sondováním pocitu méněcennosti s větší sounáležitostí. Komunikace je vždy empatická (nikoli milá), protože se zaměřuje na podporu autonomie jako naslouchání sobě samému pro skutečnou autonomii, a to navzdory tvrdosti zkoušky, kterou člověk žije*.

*Ferrero Andrea, *The Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP): A Psychopathological-based treatment*, Adlerian Society UK & Institute for Individual Psychology Published, 2018 (2014, l'Harmattan, France; 2009, Italie, new Italian edition being published)

** Zambelli Alessandra, *Adler face à Freud : une différence à sauvegarder*, l'Harmattan, Paris, 2014

*** Gisela Eife, *The Development of Alfred Adler's Individual Psychology Theory of Personality, Psychopathology, Psychotherapy*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2019.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Poděkování



Univerzita Jana Kochanowskiego v Kielcích (PL)



Associazione per l'EMDR in Italia (IT)



Prešovská univerzita (SK)



Institut Alfred Adler de Paris (FR)



Institute of Group Analysis Atene (EL)



Asociace klinických psychologů České republiky (CZ)



Pixel (IT)

Grafický design:

