

Dobrá praxe 1

Intervence informované o traumatu: systematický přehled

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autoři: *Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E a další (2021)*

Klíčová slova: *intervence informované o traumatu*

1. Pozadí

Nerovnosti v oblasti zdraví jsou i nadále problémem veřejného zdraví. Chronická nepřízeň osudu, jako je diskriminace nebo rasismus jako trauma, může u marginalizovaných skupin obyvatel udržovat nerovnosti v oblasti zdraví. V literatuře se objevuje stále více informací o traumaticky informované a kulturně kompetentní péči jako základních prvcích podpory rovnosti ve zdraví, avšak žádný předchozí přehled se systematicky nezabýval intervencemi informovanými o traumatu. Cílem této studie bylo zhodnotit typy, prostředí, rozsah a poskytování intervencí informovaných o traumatu a související výsledky.

2. Metody

Provedli jsme vyhledávání v databázích PubMed, Embase, CINAHL, SCOPUS a PsycINFO, abychom identifikovali kvantitativní studie publikované v angličtině před červnem 2019. Kritéria způsobilosti splnilo 32 unikátních studií s jedním doprovodným článkem.

3. Výsledky

Více než polovina z 32 studií byly randomizované kontrolované studie ($n = 19$). Třináct studií bylo provedeno ve Spojených státech. Nejčastějšími typy traumat, kterými se zabývaly, bylo zneužívání dětí, domácí násilí nebo sexuální napadení ($n = 16$). Zatímco intervence byly z velké části zaměřeny na snížení příznaků posttraumatické stresové poruchy (PTSD) ($n = 23$), deprese ($n = 16$) nebo úzkosti ($n = 10$), intervence informované o traumatu byly většinou prováděny v ambulantním prostředí ($n = 20$) zdravotnickými pracovníky ($n = 21$). Dvěma nejčastěji používanými intervencemi byly desenzibilizace a reprocesing očních pohybů ($n = 6$) a kognitivně-behaviorální terapie ($n = 5$). Vhodností intervence se zabývalo 16 studií. Intervence informované o traumatu významně snížily symptomy PTSD v 11 z 23 studií. Patnáct studií zjistilo zlepšení tří hlavních psychologických výsledků, včetně symptomů PTSD (11 z 23), deprese (9 z 16) a úzkosti (5 z 10). Kognitivně-behaviorální terapie konzistentně zlepšila širokou škálu výsledků včetně deprese, úzkosti, emoční deregulace, mezilidských problémů a rizikového chování ($n = 5$).

4. Závěry

Existují rozporuplné důkazy, které podporují intervence informované o traumatu jako účinný přístup k psychologickým výsledkům. Budoucí intervence informované o traumatu by měly být rozšířeny tak, aby se zabývaly širokou škálou typů traumat, jako je rasismus a diskriminace. Kromě toho by měla být zkoumána širší škála následků traumatu.

Zdroj: Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021), *Trauma informed interventions: A systematic review*. PLoS ONE 16(6): e0252747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747>

Dobrá praxe 2

Smutek v době COVID-19: přehled a teoretický rámec

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autoři: *Stroebe, M., Schut, H*

Klíčová slova: *truchlení, zármutek, zdraví, COVID-19, pandemie, přehled, teorie, model duálního procesu.*

1. Popis studie

Za účelem posouzení současného stavu znalostí byl proveden přehled literatury o adaptaci na ztrátu blízké osoby během pandemie COVID-19. V databázích Scopus, Web of Science a Google Scholar byly vyhledány studie publikované během prvních šesti měsíců epidemie COVID-19. Do přehledu bylo zahrnuto 44 článků. Narativní syntéza ukázala, že poznatky jsou z velké části založeny na expertních hodnoceních předchozích výzkumů v oblasti ztráty blízké osoby a odborných zkušenostech; zatím chybí empirické důkazy, které by spojovaly rysy situací ztráty blízké osoby v souvislosti s epidemií COVID-19 se zdravotními výsledky. Závažné negativní důsledky byly autory konzistentně předpovídaný. Stále se poměrně málo uvažuje o pozitivních či kompenzačních procesech nebo o možnosti, že by mohly zmírnit účinek šokujících, traumatizujících okolností. Až na dvě významné výjimky se nedostatečně věnovala pozornost úloze teoretických modelů pro usměrňování výzkumu a praxe.

2. Modely intervence

DPM (Dual Process Model – model duálního procesu; popis hlavních charakteristik viz. Stroebe & Schut, 1999, 2001, 2010) byl navržen tak, aby reprezentoval prožitek ztráty blízké osoby způsobem, který navazuje na dřívější modely, ale zároveň je rozšiřuje. Jeho základní parametry zahrnují popisy typů stresorů spojených s pozůstalými, které jsou chápány jako orientované na ztrátu (loss-oriented; LO) nebo na obnovu (restoration-oriented; RO). Orientace na ztrátu se týká soustředění se na stresující aspekty samotného prožitku ztráty, jejich zvládnutí a zpracování, zejména s ohledem na zesnulou osobu (např. návštěva hrobu, aby byla zesnulému nablízku; prohlížení jeho fotografií). Orientace na obnovu se týká sekundárních (vůči samotné ztrátě) zdrojů stresu/vyrovňování se se stresem. RO se zaměřuje na to, co dalšího je třeba v důsledku ztráty řešit a jak se tyto záležitosti řeší (např. nástup do zaměstnání, aby se nahradil ztracený příjem zemřelého; učení se dovednostem, které dělal zemřelý). Kromě toho byly postulovány procesy zvládnutí (způsoby vyrovnávání se se stresory), které s sebou nesou dynamickou oscilaci. Jedná se o proces, který je předepsán skutečností, že existují jak typy LO, tak typy RO stresorů, s nimiž je třeba se vypořádat, což nelze dělat současně. Vzhledem k tomu, že každý z těchto typů musí být zvládnut, aby došlo k přizpůsobení se ztrátě, ke snížení stresu a negativních důsledků, musí být součástí procesu zvládnutí přepínání mezi zvládnutím jednoho nebo druhého typu stresoru. DPM zahrnuje popis výsledků, důsledků zvládnutí (např. přizpůsobení se ztrátě, účinky na duševní a fyzické zdraví, přetrvávání nebo pokles úrovně zármutku v průběhu času).

3. Účinky a doporučení

DPM vede k odlišným návrhům na poradenství nebo terapii, než jaké byly navrženy ve výše uvedených recenzovaných článcích. Intervenční protokoly se často řídily zásadami KBT a zaměřovaly se na vyrovnání se se smrtí blízké osoby. Jako takové jsou orientovány na ztrátu. Z výše uvedeného vyplývá, že by se měly řešit i úkoly zaměřené na obnovu. Tato argumentace má oporu. Některé nedávné studie přijaly rámec DPM a zahrnuly do něj i zacházení se stresory RO (k přehledu: Fiore, 2019). Shear et al. (2005) a Chow et al. (2019) prokázali, že zařazení úkolů zaměřených na zvládnutí stresorů RO bylo spojeno s větším zlepšením, než když se intervence zaměřila pouze na LO; Nam (2017) ukázal, že intervence zaměřená na RO byla účinnější než psychoedukace. Tyto studie naznačují, že zvládnutí stresorů RO je důležité pro pomoc pozůstalým, kteří potřebují odbornou pomoc. V situaci COVID-19 pozůstalých by po identifikaci specifických, obtěžujících stresorů LO a RO, které klient zažívá, mohla být navržena intervence, která by je systematicky zvládala. Protokoly, které již vypracovali Shear et al. (2005), Chow et al. (2019) a Nam (2017), poskytují užitečné informace pro navrhování intervenčních programů založených na DPM.

Zdroj: Stroebe, M., Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0030222820966928

Dobrá praxe 3

Posttraumatické stresové příznaky u zdravotnických pracovníků, kteří se potýkali s pandemií COVID-19: systematický přehled

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autoři: *d'Ettorre, G.; Ceccarelli, G.; Santinelli, L.; Vassalini, P.; Innocenti, G.P.; Alessandri, F.; Koukopoulos, A.E.; Russo, A.; d'Ettorre, G.; Tarsitani, L.*

Klíčová slova: *prevence, PTSS, zdravotníci, Covid 19*

1. Úvod

Prevence posttraumatických stresových příznaků (PTSS) u zdravotnických pracovníků (HCW), kteří čelí současné pandemii COVID-19, je celosvětovou výzvou, protože HCW pravděpodobně zažívají akutní a chronické, často nepředvídatelné profesní stresory vedoucí k PTSS. Cílem tohoto přehledu je analyzovat literaturu a zjistit, na jaká témata byla zaměřena a jaký je nejnovější vývoj v oblasti zvládání profesionálního rizika PTSS u HCW během současné pandemie. Pro účely tohoto přehledu jsme vyhledávali publikace v databázi MEDLINE/PubMed s použitím vybraných klíčových slov. Články byly přezkoumány a rozděleny do jedné nebo více z následujících kategorií na základě jejich tématu: hodnocení rizik, řízení rizik, míra výskytu. Naším kritériem pro zařazení vyhovovalo celkem 16 publikací. Jednalo se o následující témata: "Hodnocení rizik", "Míra výskytu" a "Řízení rizik". Bylo zjištěno, že prediktory PTSS jsou mladý věk, nízká pracovní zkušenost, ženské pohlaví, velká pracovní zátěž, práce v nebezpečném prostředí a nedostatek školení a sociální podpory.

2. Výskyt PTSS

Ve 14 vybraných článcích analyzujících výskyt PTSS u HCW zabývajících se pandemií COVID-19 bylo zjištěno rozmezí od 2,1 % do 73,4 %. Toto široké rozpětí lze přičíst (1) rozdílnému načasování studií a (2) zkoumaným zdravotnickým zařízením. Zejména Song et al. ve studii provedené v období od 28. února 2020 do 18. března 2020, kdy byla epidemie v Číně pod kontrolou a pracovní zátěž HCW byla ve srovnání s vrcholným obdobím epidemie výrazně snížena, zjistili nižší míru výskytu PTSS (9,1 %) ve srovnání se studiemi provedenými v období vrcholné epidemie COVID-19 v Číně. V souladu s tímto zjištěním studie Rossiho a kol. provedená v Itálii mezi 27. a 31. březnem, tedy v době vrcholu epidemie v Itálii, prokázala vyšší výskyt HCW postižených PTSS ve srovnání se studiemi provedenými později, kdy byla pandemie pod kontrolou. Pokud jde o zdravotnická zařízení, zvýšená míra PTSS byla zjištěna v lůžkových zařízeních (až 70 %), zejména u HCW pečujících o pacienty s COVID-19 nebo zaměstnaných na odděleních urgentního příjmu nemocnic.

3. Účinky a doporučení

Zjištění tohoto přehledu ukazují na potřebu naléhavých intervencí zaměřených na ochranu zdravotnických pracovníků před psychologickým dopadem traumatických událostí souvisejících s pandemií a vedoucích k PTSS. Bylo zjištěno množství důkazů o následujících prediktorech zvýšeného rizika utrpení PTSS: mladý věk, ženské pohlaví, neabsolvování studia, velká pracovní zátěž, nízké zdravotnické vzdělání, nežití s partnerem a nízká sociální podpora. Zdravotnické organizace by se proto měly zaměřit na podpůrné zdroje dostupné pro HCW, aby se předešlo těžkému psychickému postižení spojenému s PTSS u HCW, kteří se potýkají s epidemií COVID-19. PTSS totiž zahrnuje chronickou silnou úzkost s opětovným prožíváním traumatické události, flashbacky, nočními můrami, zvýšenou vzrušivostí a omezením společenského života a může vést k PTSD. Vzhledem k tomu, že lidé trpící PTSD jsou více ohroženi sebevražednými myšlenkami, sebevražednými pokusy a úmrtím v důsledku sebevraždy v obrovské míře (2 - 5krát), je prevence PTSD zvláštním zájmem zdravotnických pracovníků vzhledem k tomu, že již vykonávají profese, které jsou vystaveny zvýšenému riziku, a lidé trpící PTSS mají tendenci nevyhledat péči kvůli překážkám, jako je nedostatek informací, strach ze stigmatizace nebo přesvědčení, že příznaky mohou časem slábnout. V současné době je třeba vyvinout zvláštní úsilí k prevenci PTSD jako sekundárního účinku pandemie SARS-Cov2 mezi pracovníky v oblasti zdravotní péče, kteří se setkávají s pacienty s COVID-19. Proto je třeba, aby zdravotnická politika co nejdříve zohlednila preventivní a řídicí strategie vůči PTSS a souvisejícím psychickým následkům, včetně politiky

zavádění pravidelného screeningu PTSS u HCWs. Rovněž je třeba urychleně zasáhnout při identifikaci a léčbě HCW s PTSD, protože takový přístup může snížit riziko chronického psychického poškození.

Zdroj: d’Ettorre, G.; Ceccarelli, G.; Santinelli, L.; Vassalini, P.; Innocenti, G.P.; Alessandri, F.; Koukopoulos, A.E.; Russo, A.; d’Ettorre, G.; Tarsitani, L. (2021). Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020601>

Dobrá praxe 4

Integrovaný existenciální rámec pro teorii traumatu

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autor: *Kaitlin Wilmshurst*

Klíčová slova: *trauma, existenciální, PTSD, teoretický, integrační, rámec*

1. Úvod

V tomto článku je představen integrovaný existenciální rámec pro teorii traumatu. Rámec je založen na rozdělení současných teorií traumatu do kategorií fyzického, vztahového a intrapersonálního traumatu a na vztahu těchto tří skupin ke konečným existenciálním problémům Irvina Yaloma: život/smrt, spojení/izolace a svoboda/odpovědnost.

2. Existenciální přístup a trauma

Nedávný výzkum odhalil vzájemné působení fyziologických a psychosociálních aspektů traumatických zážitků, což naznačuje, že k úplnému řešení dopadů traumatu je zapotřebí teoretické integrace, která zahrnuje zohlednění fyziologických změn, podmíněnosti strachem a dopadů na vztahy. Tvrdí se, že čtvrtý existenciální problém, smysl/bezvýznamnost, je základem všech aspektů traumatu a tvoří společnou spojnicí všech teorií. Tento článek podniká stručný přehled současných teorií v traumatologii, aby ilustroval platnost těchto tří teoretických skupin, zkoumá současnou aplikaci existenciální teorie na konceptualizaci traumatu a představuje jednotící organizační rámec pro teorii traumatu vycházející z existencialismu. Výsledkem studie je komplexní rámec, který se zabývá fyzickými, vztahovými a intrapersonálními aspekty traumatu, podložený existenciální perspektivou.

3. Doporučení

Existencialismus je důležitým doplňkem běžněji používaných teorií traumatu, protože uznává nehmotné dopady traumatu na smysl, smrtelnost a identitu. Cílem tohoto rámce je poskytnout strukturu ohromujícímu množství teorií traumatu a způsobů léčby a zároveň umožnit sociálním pracovníkům flexibilitu, aby mohli známé teorie a způsoby léčby zařadit do existenciální praxe. Tento rámec představuje pro praxi a výzkum určité výzvy – zejména jak zachovat respekt k bohaté filozofické historii existenciální teorie a zároveň ji používat a studovat v pozitivistickém prostředí. Pokud je však tento rámec používán efektivně, může se zabývat hloubkou dopadů traumatu a obsahovat šíři teorií používaných sociálními pracovníky ke konceptualizaci a léčbě traumatu, což povede k dobře strukturované, profesionální eklektické praxi.

Wilmshurst, K. (2020). An Integrated Existential Framework for Trauma Theory. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 37(2), 131–147. <https://doi.org/10.7202/1075115ar>

Dobrá praxe 5

Existenciální otázky traumatu: Důsledky pro hodnocení a léčbu

Odpovědný partner: *Univerzita Jana Kochanowského (Polsko)*

Autoři: *Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos*

Klíčová slova: *trauma, existenciální otřes*

1. Úvod

Trauma je ze své podstaty existenciální, protože má dopad na způsob, jakým jedinec vnímá svět, na jeho sebepochopení a na jeho smysl pro místo ve světě. Navzdory tomu, že se v poslední době rozšířila literatura o traumatu, je stále běžné, že jeho pojetí a léčba jsou příliš zjednodušené. Velká část léčby se zaměřuje zejména na kategorizaci traumatu do diagnóz posttraumatické stresové poruchy (PTSD) nebo poruchy přizpůsobení a následnou léčbu symptomů pomocí léků a/nebo behaviorálního pojetí symptomů. Je nezbytné, abychom se posunuli k diferencovanějšímu chápání traumatu. Trauma se vyskytuje v mnoha druzích a různých stupních závažnosti. To se dále komplikuje tím, že bude mít různé dopady v závislosti na vývoji člověka, jeho odolnosti a mezilidské podpoře a dalších faktorech.

2. Existenciální otázky v léčbě traumatu

V tomto článku se zaměříme na roli různých existenciálních otázek v konceptualizaci a léčbě traumatu, zejména na Greeningovo pojetí "existenciálního otřesu". Pro konceptualizaci a léčbu je důležité, zda jedinec vystavený traumatickým událostem zažívá existenciální otřes, či nikoli. Traumatické reakce, které zahrnují existenciální otřes, budou pravděpodobně rezistentní vůči léčbě zaměřené na symptomy, která se nezabývá důsledky dekonstrukce nebo roztříštění vlastního pohledu na svět, jenž je důležitým zdrojem udržení smyslu a odolnosti, nebo ji budou léčit nedostatečně. Ačkoli většina klientů po traumatu může mít z úvahy o existenciálních otázkách prospěch, pro některé klienty, jejichž světový názor a systém významu byly rozbity, je to zásadní součást procesu uzdravování.

3. Doporučení

Existenciální otřes je důležitý koncept v léčbě traumatu, který má význam ve fázi hodnocení a léčby psychoterapie. Pozornost věnovaná tomuto konceptu může pomoci rozlišit různé typy reakcí na trauma, které mají důležité důsledky pro léčbu. Existenciální terapie a další terapie založené na existenciální perspektivě jsou ideální pro práci s klienty, kteří se potýkají s traumatem, a zejména s existenciálním otřesem.

Zdroj:

Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos, (2013). Existential Issues in Trauma: Implications for Assessment and Treatment.

Symposium: "Developing Resiliency: Compassion Fatigue and Regeneration" (I. Serlin, Chair), 121 Annual Convention of the American Psychological Association, July/August, 2013, Honolulu, HI

Dobrá praxe 6

Vzdělávací sezení

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky (Česká republika)

Autoři: Khalida Yasmin, Adnan Yaqoob, Hajra Sarwer

Klíčová slova: kognitivní chování, intervence, vyhoření, odolnost, sestry.

1. Popis události

Oddělení urgentního příjmu je ve zdravotnictví mimořádně rizikovou jednotkou, kde se atmosféra často stává nepředvídatelnou. V tomto prostředí se sestry na pohotovosti většinou setkávají s trvalým stresem, který má vliv na psychickou pohodu a vede k vyčerpání. Na odděleních intenzivní péče jsou sestry potenciálně postiženy úzkostí v důsledku stresujícího prostředí a pracovní zátěže, což je hlavním faktorem negativních výsledků a vede k vyhoření. Intervence založená na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) je jednou z účinných intervencí, které snižují vyhoření, jež si samy uvědomují, a také zvyšují odolnost.

2. Obecné charakteristiky skupiny a měření

Při osobním rozhovoru s 50 pracujícími zdravotními sestrami byla použita technika náhodného výběru, při níž byly zjišťovány sociodemografické údaje a informace. Údaje byly shromažďovány na začátku a po intervenci.

Opatření znělo:

- Syndrom vyhoření a odolnost

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence probíhaly během ranní směny v posluchárně vybraného výzkumného pracoviště. Účastníci byli upozorněni, aby se nezúčastnili žádného dalšího vzdělávacího sezení týkajícího se specializace praxe, aby se zabránilo interferenci matoucích faktorů. Osmítýdenní sezení se skládala z prezenční přednášky v PowerPointu, audiovizuální demonstrace a modelování rolí. Přednáška a audiovizuální ukázka se skládala z komponent technik KBT zaměřených na snížení vyhoření. Po dokončení vzdělávacího sezení založeného na KBT a audiovizuální ukázce, přednáškách, domácích úkolech a také modelování rolí se účastníci učili o snížení vyhoření a zvýšení dovednosti sebekompetence. Po osmi týdnech vzdělávacích sezení založených na KBT byl u účastníků znovu posouzen vliv KBT na vyhoření a odolnost.

4. Účinky

Intervenční skupina dosáhla po 8 týdnech intervenčních sezení výrazně lepšího skóre se středním až velkým pozitivním účinkem na proměnné vyhoření a odolnost, jakož i na zdravý životní styl. V parametrech odolnosti proti vyhoření před intervencí a po ní byl zjištěn celkově významný rozdíl (p -hodnota $<0,05$).

Odkaz: Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (KBT) Based Intervention on Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295.

Dobrá praxe 7

Normalizace zaměřená na emoce, psychoedukace a přístup založený na dýchacích technikách (dvě případové studie)

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky (Česká republika)

Autoři: Markéta Zajícová, Peter Reiley, Luděk Fiala, Jan Vevera

Klíčová slova: úzkost, COVID-19, brániční dýchání, psychologická intervence, dýchání.

1. Popis události

Pacienti trpící následky zápalu plic COVID-19 často pociťují dušnost nebo dýchavičnost, což zvyšuje výskyt respirační úzkosti u těchto případů. Příznaky plicního onemocnění a úzkosti se překrývají a účinky těchto prvků se vzájemně zhoršují.

2. Obecné charakteristiky skupiny a opatření

Na základě klinicko-psychologické léčby 68 pacientů s COVID-19 v akutní fázi onemocnění na jednotkách standardní a intenzivní péče a pacientů po COVID popisuje tato studie cílené intervence aplikované během 178 sezení během 3,5 měsíce ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Skupina pacientů byla značně různorodá co do pohlaví, věku, závažnosti respiračního selhání, náročnosti ventilační podpory a počtu sezení, který se pohyboval od 1 do 12, přičemž každé sezení trvalo od 10 do 60 minut podle zdravotního stavu a motivace pacienta.

Nápadná podobnost byla zjištěna u pacientů, zejména u těch, u nichž došlo k vyšší závažnosti respiračního selhání. Tito pacienti byli obvykle označováni jako úzkostní, bojácní, nemotivovaní k rehabilitaci, nebo se dokonce aktivně vyhýbali jakékoli fyzické aktivitě. U těchto pacientů byly přítomny obavy z dušnosti nebo dušení, úzkost a respirační složky úzkosti.

3. Intervence: zaměření na metodu

Psychoterapeutický přístup byl podpůrný a nedirektivní, přičemž byla použita integrativní metodika. Stěžejní součástí léčby byla kognitivně-behaviorální terapie a dechové techniky. Klinický psycholog, který poskytoval léčbu, měl rovněž zkušenosti s logoterapií a existenciální analýzou a certifikát v koučování (neurolingvistické programování), krizové intervenci a psychologické první pomoci.

1. Intervence byla zahájena podporou při přijímání a odbourávání emocí spojených s dušností a nedostatkem dechu (např. uznání strachu spojeného s nemožností správně dýchat, problémy spojené s odpojením od umělé ventilace a přijetí současných obav a úzkosti jako normálních emocí během dlouhé, náročné a potenciálně život ohrožující hospitalizace).
2. Druhá část psychologické intervence se zaměřila na poučení pacienta o úzkosti a jejích fyziologických a psychologických účincích. Pacient terapeutovi popsal své příznaky a společně o nich diskutovali, přičemž se zaměřili nejen na to, aby úzkost přijal jako běžnou součást svého současného života, ale také jako známku svého pokroku při překonávání obtížné a stresující výzvy.
3. Třetí hlavní část přístupu využívala techniku bráničního dýchání (diaphragmatic breathing), která prokazatelně snižuje fyziologický a psychický stres a úzkost (např. Chen et al., 2017; Hopper et al., 2019; Ma et al., 2017). Při tomto přístupu si pacient položil jednu ruku na hrudník, druhou ruku měl položenou na břicho (podél bránice) a zhluboka a dlouze se nadechoval po dobu až čtyř sekund. Poté pacient zadržel dech na přibližně čtyři sekundy a nakonec vydechoval pomalu další čtyři sekundy. Nádech by měl být stejně dlouhý a hluboký jako výdech.

Postupy psychologické intervence použité v této studii lze rozdělit do tří základních kroků.

1. Prvním z nich bylo povzbuzování v abreakci na emoce, následně normalizace a validace těchto emocí s cílem pomoci pacientům přijmout jejich obavy a negativní emocionalitu jako normální reakci na nenormální situaci.

2. Druhým krokem byla psychoedukace o úzkosti a její behaviorální, kognitivní, emoční, a především fyziologické složce související s respirační úzkostí a jejich vzájemném ovlivňování či potencování. Třetí základní krok zahrnoval dechové techniky bráničního dýchání, včetně dlouhých a pomalých nádechů, a ještě delších a pomalejších výdechů.

4. Účinky

U obou pacientů došlo ke zlepšení a byli propuštěni z nemocnice bez dlouhodobé závislosti na vysokých dávkách kyslíku a oba uváděli snížení příznaků úzkosti a schopnost překonat subjektivní pocit dušnosti. V obou prezentovaných případech byla poskytnutá psychologická péče velmi krátká; 3 a 4 sezení v celkové délce přibližně 2 hodiny na pacienta. Konkrétní doba potřebná pro jednotlivé kroky (ventilace emocí, psychoedukace a DB) závisí na aktuálních potřebách pacienta a vzhledem ke klinickým faktorům a překrývání jednotlivých kroků ji nelze předpovědět ani změřit.

Odkaz: Zajícová, M., Reiley, P., Fiala, L., & Vevera, J. (2022). Psychological Management of COVID-19 Respiratory Anxiety: Emotion-Focused Normalization, Psychoeducation, and Respiratory Techniques Approach. *Practice*, 16(3).

Dobrá praxe 8

Samokontrola

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky (Česká republika)

Autoři: Kathy Benhamou & Alexandra Piedra

Klíčová slova: kognitivně-behaviorální intervence, KBT, krizová intervence, pandemie, COVID-19, pracovníci v první linii, základní pracovníci

1. Popis události

Provozně nezbytní, základní pracovníci se během pandemie COVID-19 potýkají se zvýšenou mírou úzkosti a depresí kvůli zvýšeným pracovním nárokům, nedostatku vhodných osobních ochranných prostředků, strachu z nákazy virem a obavám z jeho šíření na své blízké. V této době je naléhavě zapotřebí podpora duševního zdraví pracovníků postižených pandemickou krizí. Lékaři mohou využít empiricky podporované intervence odvozené od kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

2. Obecné charakteristiky skupiny a opatření

Doporučuje se, aby lékaři pomáhali klientům z nezbytných pracovníků uspokojovat jejich základní potřeby tím, že jim pokud možno upraví zdravotní a spánkové návyky a pomohou jim prosazovat jejich potřeby s využitím dovedností efektivního mezilidského jednání. Empatické naslouchání, potvrzení probíhající krize a vyjasnění hodnot může napomoci terapeutickému vztahu, pomoci jim pocítit obnovený smysl a význam v jejich kariéře a v rodinách a usnadnit změnu chování v souladu se zvolenými hodnotami. Sebepozorování prostřednictvím deníku může klientům pomoci soustředit myšlenky a rozpoznat maladaptivní vzorce v myšlení a chování. Spolu s těmito technikami podporují aktivizaci chování a strategie zvládnutí, včetně relaxace, tolerance stresu a akceptace, zapojení do pozitivních a adaptivních aktivit. V neposlední řadě mohou terapeuti pomoci klientům snížit úzkost související s pandemií tím, že jim pomohou omezit příjem informací. Vzhledem ke zvýšenému riziku úzkosti, obav, deprese a vyčerpání se doporučuje, aby terapeuti pomáhali svým klientům sledovat jejich vlastní myšlenky, emoce a chování a vzájemné působení těchto faktorů.

3. Intervence: zaměření na metodu

Selfmonitoring může mít mnoho podob v závislosti na potřebách klientů a cílech terapeuta. Nejtradičněji se při sebemonitoringu vyžaduje, aby klienti v průběhu týdne zaznamenávali své myšlenky, emoce a z nich vyplývající chování na list papíru nebo do pracovního listu, jakmile prožívají zvýšenou emoci (Huppert 2009). To však může být únavné pro základní pracovníky, kteří jsou vyhořelí a nejsou schopni vyplňovat podrobné formuláře tohoto druhu. Terapeuti mohou své klienty požádat, aby si vedli plynulejší každodenní záznam, do něhož mohou zaznamenávat dobré i špatné události dne. Tento dokument může sloužit jako objektivní měřítko toho, jak klient tráví svůj volný čas a jak to ovlivňuje jeho náladu. Může také pomoci terapeutovi a klientovi společně hledat vzorce, které mohou bránit zapojení do příjemných aktivit, takže se jimi lze také zabývat a upravit je.

4. Účinky

Předběžná analýza intervencí KBT pro krizovou pomoc naznačuje, že základní dovednosti KBT mohou být účinné při léčbě úzkosti a deprese, které mohou být důsledkem zdravotní krize, pokud jsou spojeny s principy psychologické první pomoci.

Odkaz: Benhamou, K., & Piedra, A. (2020). KBT-informed interventions for essential workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50(4), 275-283.

Dobrá praxe 9

Expozice a kognitivní restrukturalizace

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky (Česká republika)

Autoři: Richard A. Bryant, Ph.D., Tanya Sackville, M.Psych., Suzanne T. Dang, M.Psych., Michelle Moulds, M.Psych., and Rachel Guthrie, M.Psych.

Klíčová slova: PTSD, kognitivně-behaviorální terapie, prevence, expozice

1. Popis události

Akutní stresová porucha umožňuje včasnou identifikaci osob, které přežily trauma a u nichž hrozí riziko rozvoje chronické posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Cílem této studie bylo předcházet PTSD včasným poskytnutím kognitivně-behaviorální terapie. Konkrétně tato studie zjišťovala relativní účinnost prodloužené expozice a zvládání úzkosti při léčbě akutní stresové poruchy.

2. Obecné charakteristiky skupiny a opatření

Čtyřicet pět civilních osob, které přežily trauma s akutní stresovou poruchou, absolvovalo během dvou týdnů po traumatu pět sezení 1) prodloužené expozice (N=14), 2) kombinace prodloužené expozice a zvládání úzkosti (N=15) nebo 3) podpůrného poradenství (N=16). Čtyřicet jedna osob, které přežily trauma, bylo hodnoceno při šestiměsíčním sledování.

3. Intervence: zaměření na metodu

Každá skupina absolvovala pět 1,5hodinových individuálně vedených sezení pod vedením jednoho ze čtyř klinických psychologů. Sezení probíhala jednou týdně.

První sezení se skládalo z výuky o reakcích na trauma, nácviku dýchání, progresivní svalové relaxace a cvičení na zvládání situací vyvolávajících úzkost. Po úvodním sezení pacienti plnili každou z těchto technik denně jako domácí úkol a na každém sezení byl sledován pokrok pacientů.

Druhé sezení zahrnovalo zdůvodnění expozice a zahájení dlouhodobé imaginativní expozice traumatickým vzpomínkám. Padesát minut každého ze čtyř závěrečných sezení bylo věnováno tomu, aby pacienti znovu prožili svá traumata tím, že zaměřili pozornost na své vzpomínky a věnovali se svým afektivním reakcím. Tato vyprávění nebyla nahrávána na audiozáznam, ale pacienti byli instruováni, aby tuto expozici absolvovali za každodenní domácí úkol stejným způsobem jako v terapii. Po každém expozičním sezení byla provedena kognitivní restrukturalizace přesvědčení souvisejících se strachem, která byla identifikována během expozice. Kognitivní restrukturalizace spočívala v tom, že se pacienti učili identifikovat iracionální přesvědčení související s ohrožením a posilovat realistické myšlení tím, že vyhodnocovali myšlenky na základě dostupných důkazů.

Sezení 4 a 5 zahrnovala také expoziční cvičení in vivo a cvičení na prevenci relapsu.

(Popis dlouhého protokolu, který zahrnuje techniku KBT – expozici).

4. Účinky

Zjištění studie naznačují, že posttraumatické stresové poruše lze účinně předcházet včasným poskytnutím kognitivně-behaviorální terapie a že prodloužená expozice může být nejdůležitější složkou léčby akutní stresové poruchy.

Odkaz: Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.

Dobrá praxe 10

Intervence zaměřená na strukturování paměti

Odpovědný partner: Asociace klinických psychologů České republiky (Česká republika)

Autoři: Yori Gidron, Reuven Gal, Sara Freedman, Ari Arye Lauden, Irit Twiser, Yoram Snir a Jonathan Benjamin.

Klíčová slova: PTSD; prevence; zpracování paměti; randomizovaná kontrolovaná studie.

1. Popis události

Na základě terapeutických studií, které odhalily pozitivní prognostické faktory, a na základě výsledků výzkumu, které odhalily, jak je trauma zpracováno, byla vyvinuta intervence zaměřená na strukturování paměti (Memory Structuring Intervention; MSI), která se snaží předcházet posttraumatické stresové poruše (PTSD). MSI se pokouší přesunout zpracování traumatické paměti z nekontrolovatelných somatosenzorických a afektivních procesů na více kontrolované jazykové a kognitivní procesy tím, že pacientům poskytuje organizaci, označování a kauzalitu.

2. Obecné charakteristiky skupiny a opatření

Studie se zúčastnilo 17 pacientů (8 žen, 9 mužů), kteří byli postupně přijati na pohotovost v Be'er Sheeva na jihu Izraele. Pacienti splňovali následující kritéria pro zařazení: (1) přežili dopravní nehodu (motor vehicle accident; MVA) během posledních 24 hodin; (2) neměli poškozený mozek; (3) byli propuštěni z nemocnice do 24 hodin po přijetí, což svědčí pouze o lehkém zranění; a (4) při přijetí na pohotovost měli srdeční frekvenci ≥ 95 BPM (prediktor PTSD; Shalev et al., 1998).

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence byly z logistických důvodů prováděny telefonicky. MSI bylo provedeno následujícím způsobem.

1. Časové úseky: Terapeut oslovuje přeživšího trauma s předem připraveným souborem časových úseků v jeho mysli (např. v případě MVA: hodiny před nehodou; první minuty jízdy; nehoda; příjezd lékařské pomoci; příjezd do nemocnice).
2. Vyslechnutí a objasnění podrobností pacienta: Terapeut aktivně naslouchá a zapisuje si detaily pacientova příběhu, přičemž objasňuje věcné, smyslové a afektivní detaily (např. Pacient: "Po pádu jsem křičel"; Terapeut: "Křičel jste v tu chvíli kvůli bolesti?"; Pacient: "Křičel jsem, protože mě bolela záda"). Podrobnosti zaznamenává terapeut do příslušných časových úseků spolu s přesným označením myšlenek a pocitů, aby se zlepšila struktura a kognitivní zpracování smyslových/afektivních reakcí.
3. Strukturování paměti: Terapeut zopakuje traumatický příběh uspořádaným, označeným a logickým způsobem a přidá počáteční důsledky pro pacientův život (vhléd).
4. Strukturovaný popis pacienta: Pacient popisuje traumatickou událost stejným strukturovaným, označeným a logickým způsobem jako terapeut. V této fázi pacienti obvykle přidávají další podrobnosti, popisují událost objektivnějším "novinářským" způsobem a působí méně vzrušeně.
5. Strukturovaný popis praxe: Do dalšího sezení je pacient požádán, aby si nacvičil vyprávění strukturované verze traumatické události přátelům nebo rodinným příslušníkům, aby se posílil pokus o posun vzpomínek.
6. Zkouška s terapeutem: Při druhém setkání si pacienti naposledy vyzkoušeli strukturovaně sdělit traumatickou vzpomínku. Nakonec byl pacient poučen o důležitosti své sociální opory (prediktoru opožděné PTSD u MVA) a byl dotázán na její význam.

4. Účinky

Po 3 až 4 měsících sledování splňovalo 5 ze 17 pacientů (29 %) kritéria DSM-IV pro posttraumatickou stresovou poruchu podle Foa et al. Čtyři z nich patřili mezi kontrolní skupiny a jeden byl po MSI. Při následném sledování pacienti s MSI uváděli významně méně časté celkové příznaky PTSD, méně časté intruzní příznaky a méně časté příznaky vzrušení.

Rozdíly mezi podmínkami v celkových příznacích PTSD zůstaly významné i při oddělené kontrole předchozí psychologické léčby, peritraumatické disociace a počáteční intruze.

Odkaz: Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized–controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 14(4), 773-780.

Dobrá praxe 11

Supervize v oblasti psycho-pedagogické intervence a prevence proti šikaně a kyberšikaně podle adlerovské metody individuální psychologie

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Francie)

Autor: Christelle Schläpfer

Klíčová slova: skupinový výcvik, sanitární humanitární mimořádné události, sociální humanitární mimořádné události, oběti, kyberšikana, adlerovská metoda pro případy nouze ve škole

1. Popis vzdělávací akce v oblasti dohledu

a) Uspořádání

Skupinová supervize online (cca 10/20 vyškolených) je součástí vzdělávacího programu online přes ZOOM ve 2 dnech a je organizována na 2x3 hodiny jako skupinová supervize pro případové diskuse po prvních 2 dnech školení, po dobu několika měsíců, s možností organizování dalších placených supervizí.

Přejděte prosím na příbuznou Případovou studii 2 (sekce IAAP, Christelle Schläpfer).

b) Zapojení

Toto školení je určeno výhradně pro odborníky z oblasti psychologie a pedagogiky: psychology, psychosociální poradce, rodinné poradce, kouče dětí a mládeže, učitele a školní sociální pracovníky, facilitátory rodičovství.

c) Analýza vzdělávacích potřeb

Účastníci musí být obeznámeni s analýzou novou operační situace, protože každá z nich se v různých souvislostech velmi liší. Například pokud kyberšikana vyžaduje okamžitý zásah policie, bude nutné přidat práci se třídou.

Každý případ je však jiný a každá třídní konstelace a každá škola jsou jako jednotlivci: mají své vlastní charakteristiky a dynamiku. Z tohoto důvodu je nutná následná supervize jako u každé systémové terapeutické a/nebo psychoedukační intervence. Součástí tohoto výcviku je tedy také 2x 3hodinová skupinová supervize pro případové diskuse. Účastníci školení získají neomezený přístup k online platformě kurzu s pravidelně aktualizovanými informacemi a materiály a připravenými šablonami.

d) Doba trvání

Supervize je součástí vzdělávacího programu: V rámci výcviku je zahrnuta skupinová supervize v rozsahu 2x 3 hodiny pro diskusi o případu.

e) Následná opatření

Několikrát ročně je možné zúčastnit se skupinového dohledu.

2. Intervence a dohled

a) Kontext

Po pochopení základních linií individuální psychologické teorie podporující mnou navrhovanou intervenci, jako je 1) jak se vše točí kolem sounáležitosti (stěžejní princip individuální psychologie: Gemeinschaftsgefühl) a 2) jak šikanující reagují kompenzačním způsobem z pocitu méněcennosti, 3) holistická intervence; se účastníci dozvědí o různých typech šikany a kyberšikany. Kromě toho školitelé společně vypracují, jak mohou rozpoznat (kyber)šikanu a přehledně ji odlišit od konfliktů. Dále se školitelé seznámí s různými možnostmi intervence a prevence. Mimo jiné se zde pracuje s metaforami, jejichž cílem je senzibilizovat studenty, aktivovat jejich empatii a zapojit je participativně do řešení.

b) Cíle

Nejdůležitější částí práce se třídou je, aby šikanující osoba nebyla považována za jedinou zodpovědnou stranu v situaci šikany. Svou odpovědnost nesou i pasivní přihlížejíci, protože situaci umožňují. Kromě toho je důležité kontrolovat, kdo je skutečně obětí, protože se nezdá, že aktivní/agresivní oběti jsou považovány za problémového žáka/za šikanujícího, ale ve skutečnosti jsou v dané situaci oběťmi. Důležité je přistupovat k řešení s celou třídou, protože všichni žáci nesou v situaci šikany společnou odpovědnost.

Za druhé, nikdy nezasahujeme přímo, ale vždy nepřímo: nechodíme do třídy a neříkáme, že se (kyber)šikana děje a že by měla přestat. Školy často vyvedou oběť i šikanujícího ze třídy a konfrontují je, což je chyba. Tato technika navrhuje pracovat metaforicky s celou třídou, aby se žáci nestali reaktivními. Tím, že upustíme od konfrontace, zabráníme tomu, aby se žáci dostali do defenzivy a vzrostl v nich pocit viny – jinak hrozí, že ztratíme spolupráci směrem k odpovědnosti.

Proto přinášíme videa upravená podle věku a problému a pracujeme se skupinami, které se zaměřují na postavy ve videu. Žáci se zaměřují na postavy ve filmu, aby aktivovali empatii: "Jak se postava cítí?"; "Co očekává od ostatních?". Musíme se oprostít od myšlenky, že nikdo není zodpovědný, zatímco zodpovědní jsou všichni, i ti, kteří nic nedělají. Pracujeme proto na konceptu "občanské odvahy".

Po první skupinové práci se skupiny ve třídě vymění a najdou řešení situace zobrazené na videu. K analýze šikany by neměly sloužit dotazníky, ale metoda pozorování a analýzy toho, co se ve třídě děje během metaforické (skupinové) práce. Nejedná se o skutečný případ ve třídě, protože ten by mohl vyvolat stud a pocit viny a může být velkou překážkou společné práce na zodpovědnosti.

V poslední fázi se velmi pečlivě přenáší do reálné situace a věnuje se pozornost tomu, jaká řešení třída vymyslí, aby se situace šikany vyřešila a oběť se mohla uzdravit. Často stačí jedno odvážné dítě, aby se pohnula celá skupina.

Je také nutné pracovat přímo s obětí v krizi a získat individuální psychologickou podporu organizovanou školou nebo intervenčními pracovníky, kteří se starají i o rodiče.

Pokud hlavní pachatel po intervenci nezmění své chování, je nutná individuální podpora, která by kompenzovala jeho pocit méněcennosti (kontroly nebo moci). V závislosti na typu kompenzace hledáme prosociální alternativu (která snižuje pocit méněcennosti) jako náhradu za šikanování druhých lidí. Právě tento problém se často dostává do supervize.

Zabývali jsme se například případem dvanáctileté dívky, které se podařilo zmanipulovat studenty dvou škol a podněcovat je k útokům na ostatní studenty. Na konci procesu jí bylo nabídnuto, aby se stala "strážcem uznání ve třídě".

V supervizi se také učíme, jak skutečně rozlišit konflikt od šikany, protože pokud obojí zaměňujeme, můžeme situaci ještě zhoršit. Tyto zásahy nejsou vůbec stejné. K hlavním chybám dochází při čistém odhalování a rozlišování mezi šikanou a konfliktem. Školy na toto rozlišování ještě nejsou připraveny.

c) Hodnocení výsledků učení:

Diskuse o účinnosti supervize je možná a plynulá jak se školitelem, tak se skupinou. Na konci diskuse mají supervizanti možnost zdůraznit, co bylo účinné a co zůstává nejasné, aby bylo možné zorganizovat další supervizi.

Zdroj: Christelle Schläpfer, PODCAST, Mobbing and ers angehen (Approach Bullying Differently) – 23 January 2021 – 27 September 2021: Episode 00-11 for 227' minutes listening.

Dobrá praxe 12

Webové stránky a výukový filmový dokument o filmu "Un Monde" Laury Wandel (2021) pro senzibilizaci a výcvik v psychologické intervenci a prevenci proti šikaně a kyberšikaně podle Adlerovské metody individuální psychologie.

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Francie)

Autor: Christelle Schlöpfer

Klíčová slova: skupinový výcvik, hygienické mimořádné události, sociální mimořádné události, oběti, šikana, kyberšikana, Adlerovská metoda pro případy nouze ve škole

1. Popis osvědčených postupů jako vzdělávací akce prostřednictvím webové stránky k poučení se o šikaně a kyberšikaně

a) Scénář

Přestože se o šikaně mnohem více mluví a na mnoha školách se výběrově konají hodiny prevence, šikana se obecně nesnížila, ale naopak vzrostla (hodnocení PISA 2018). Během pandemie se navíc kyberšikana celosvětově zvýšila v průměru o téměř 40 %, čímž se počet obětí šikany celosvětově dostal na velmi vysokou úroveň.

b) Zapojení

(Kyber)šikana je skupinový jev a nedochází k ní pouze mezi obětí a šikanujícími.

Je třeba vzít v úvahu celý systém. Obvykle se to omezuje na třídu (oběť, tyran, následovníci, diváci). Nezřídka se stává, že učitel, rodiče, ředitel školy (byť nevědomě) přímo či nepřímo upřednostňují situaci šikany. Kromě toho se také stává, že se šikana vyskytuje napříč systémem.

V případě šikany se nacházíme v krizové situaci a někdy i v nouzi. Tato forma násilí není viditelná, na rozdíl od konfliktů, které vyžadují jiný typ zásahu. Když dojde k šikaně, znamená to, že bylo dosaženo bodu zlomu pro oběť a související systém vztahů. Děti totiž vědí, že je to "špatné", a proto šikanují tajně, na chodbách a na schodech, ale jen zřídka ve třídě před zraky všech a učitelů. Proto to nevidíme a musíme to číst jinak. Obvykle rodiče bijí na poplach.

Z tohoto důvodu je velmi důležité mít webové stránky, které rodičům a zaměstnancům školy umožní porozumět tomuto jevu a požádat o pomoc.

c) Analýza vzdělávacích potřeb

Řada postižených studentů pomoc nevyhledá, protože se obává, že by se situace (kyber)šikany mohla zhoršit (což se také může stát). (Kyber)šikana se velmi liší od krátkodobých konfliktů a hádek.

2. Školení o intervenci na webových stránkách a dokumentace k výukovému filmu

a) Struktura budované NOVÉ WEBOVÉ STRÁNKY: www.edufamily.ch

b) Technika a film "Un MONDE" belgické režisérky Laury Wandel (2021, Dragons Films). Film byl uveden v oficiálním výběru na festivalu v Cannes 2021 v sekci Un certain regard.

c) Dossier je automatické školení nebo samostudium. Uživatelé se dívají na film a čtou dokumentaci krok za krokem. Podněty z doslovu mohou využít při skupinových diskusích.

- Rozsah dokumentace: 22 stran
- Obsah:
- Témata diskuse

Číslo projektu: 2020-1-PL-KA202-082075

- Jak se vyvarovat šikany : čeho by se měli rodiče a školy v souvislosti se šikanou bezodkladně vyvarovat
- Konflikt versus šikana: Jaké jsou mezi nimi rozdíly?
- Co dělat v případě šikany
- Vývoj příběhu (filmu)
- Film den po dni

d) Školitelé: příprava

Film je určen především dospělým a nedoporučuje se pro metaforickou práci se třídami. Filmový dokument je vhodný zejména pro diskusní kola s pracovníky škol a v rodičovských vzdělávacích skupinách, ale také jako informace pro odborníky z psychosociální oblasti.

e) Doba trvání

Film trvá 75 minut a přednáška o formě 60 minut.

Film je k dispozici na DVD ve francouzštině a angličtině. Webové stránky a dokumentace vzdělávacího filmu budou od roku 2023 k dispozici ve čtyřech jazycích (německy, francouzsky, anglicky, španělsky).

f) Následná opatření

Lidé, kteří sledují stránky, se mohou obrátit na Christelle Schläpferovou a požádat ji o intervenci a/nebo o přístup ke školení (bezplatnému i placenému), na jehož základě budou několikrát ročně probíhat supervizní skupiny.

Zdroj: <https://edufamily.ch/wp-content/uploads/2022/04/Un-MONDE-Paedagogische-Dossier-zum-Film-3.pdf>

Dobrá praxe 13

Telefonická jednotka první pomoci v pandemické krizi jako adlerovská sada nástrojů psychologické krizové intervence a prevence podle adlerovské metody individuální psychologie

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Francie)

Autor: Alessandra Zambelli

Klíčová slova: individuální intervence, hygienické mimořádné události, sociální mimořádné události, oběti, pandemická krize, Adlerovská metoda zvládání pandemických krizí, sociální a sanitární podpora

1. Popis události

a. Třístranná struktura IAAP pro psychologickou první pomoc a pohotovost podle adlerovské metody individuální psychologie: Výcvik v oblasti psychologické první pomoci a pohotovosti.

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

Školení prostřednictvím videokonference na následující témata: výuka prostřednictvím 200 teoretických snímků; seznámení s Cestami odolnosti (Resilient Path); seznámení s protokoly první telefonické podpory; cvičení, hraní rolí podle scénářů a simulace; klinické zaměření na konkrétní případy; práce ve dvojici a supervize. Teoretické poznatky: organizační požadavek; Dosah: 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. Přečtěte si prosím související případovou studii.

c. Jednotka první pomoci při pandemii

Při prvním lockdownu jsme pracovali pouze v koordinaci s Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (93 okresek, sousedící s Paříží). V roce 2021 jsme se snažili sociálními sítěmi oslovit více lidí, protože psychické problémy spojené se lockdownem a COVID-19 asociované násilí bylo první problém. Příjemci: 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.

Zaměření se na všechny druhy obětí: komunita a jednotlivci nezasažení přímo pandemickou krizí, přímé oběti, pokud nebyly v naléhavém stavu, tedy téměř všechny druhy obětí, protože jednotka byla otevřena i záchranářům.

Mediální nástroj byl koncipován jako třetí část tryptického komplexního výcvikového programu pro skupinu studentů, kteří se na IAAP připravují na adlerovskou psychanalytiku, a 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 telurická ve svém škodlivém rozměru.

Cesta odolnosti byla spojena s vytvoření podpůrné jednotky, která byla k dispozici zdravotníkům. Studenti sami vytvořili obsah a tvar Cesty odolnosti podle strukturálních a koncepčních indicií, které jim připravili a předložili jejich školitelé. Přečtěte si případovou studii, která s tím souvisí.

S cílem pomoci v souvislosti s pandemií COVID 19 se zmobilizoval tým Institutu Alfreda Adlera v Paříži a studenti navrhli pohotovostní telefonní buňku. Osobě v nouzi byly po vyplnění online dotazníku a registraci nabídnuty 3 bezplatné půlhodinové schůzky, které jí poskytly počáteční podporu a orientaci podle potřeby. V následujícím případě dokumentujeme cestu pacienta, který telefonní buňku kontaktoval.

2. Obecné charakteristiky obětí

Po obdržení kontaktních údajů pacienta byla žádost interně zpracována týmem, aby byl k dispozici kooperující terapeut, který mohl zasáhnout. Jakmile bylo provedeno přidělení, přidělený terapeut zavolal pacientovi k úvodnímu 15' minutovému rozhovoru, aby shromáždil první informace o žádosti.

32letá Klára [všechny údaje o pacientovi byly zcela zkráceny z důvodu ochrany soukromí, jak by tomu mělo být podle psychoterapeutické a lékařské etiky] kontaktovala číslo tísňového volání, které jí poskytla buňka podpory Covid. Volání se odehrávalo během první rozvolnění, kdy se Francie postupně dostávala z dlouhého období lockdownu.

Během patnáctiminutového telefonického rozhovoru sdělila Klára mnoho informací o své minulosti, současnosti, symptomech, traumatech svých rodičů i o různých kontaktech se světem duševního zdraví (hospitalizace, psychiatrii, psychologové atd.). Kontaktovala nás kvůli invazivním úzkostem a nutkavému chování. Tyto příznaky spojovala se svým dětstvím, a ne jenom s pandemickou situací. Měla stabilní vztah a trvající již 6 let, s plánem početí dítěte.

Žádost o pomoc vnímal přidělený terapeut jako intenzivní a měl pocit, že bylo třeba pacienta silně usměrňovat. Uzavření rozhovoru vyžadovalo mnoho energie a terapeut použil empatickou validaci, aby pacientovi poděkoval za toto obtížné sdílení po telefonu s cizí osobou, potvrdil žádost o pomoc a dohodl se na další schůzce.

Po první výměně názorů bylo dohodnuto, že přidělený terapeut přenesle situaci na úroveň podpůrné jednotky a určí, který člen IAAP bude pacienta, oběť typu 5, doprovázet v rámci pandemie během 3 bezplatných 30minutových sezení prostřednictvím videa.

3. Intervence: zaměření na metodu

a. Tři půlhodinové lekce zdarma

Klára absolvovala 2 rozhovory po 45 minutách místo 3 sezení po 30 minutách, a to z důvodu délky a náročnosti rozhovorů, a potíží terapeuta správně uzavřít třicetiminutový rozhovor. Odchylna od rámce již byla informací, kterou bylo třeba zvážit. Klára potřebovala mít pod kontrolou prostředí, čas i terapeuta. Nadměrný kompenzační mechanismus, vůle k moci, sloužil Kláře k nevědomému maskování pocitů méněcennosti.

V době první schůzky byla Klára od předchozího dne zavřená na pokoji, protože měla pozitivní nález na COVID-19. Přidělený terapeut se nejprve pokusil zhodnotit míru vnímání emoční zasažení, kterou pacientka pociťovala. Poté použil prvky Cesty odolnosti, aby pochopil, kde se pacientka nachází na úrovni zdrojů, na úrovni těla atd., aby mohl provést detailní zhodnocení současné situace (určení konfliktů / úrovně vědomí). Na konci první výměny vyšlo najevo mnoho traumat z dětství. Kontakt s tělem při navrhovaných cvičeních byl pro pacientku velmi komplikovaný, aby jej mohla provádět samostatně (srdeční koherence a motýlí objetí), a to i s terapeutem během schůzek.

Vzhledem ke zmírněným celospolečenským opatřením a možnosti obnovení osobních konzultací byl druhý rozhovor veden osobně. Přidělený terapeut byl schopen k pacientce přistoupit jiným způsobem a prožíval tak velkou nejistotu. S ohledem na různé zkušenosti s fyzickým a psychickým násilím a traumaty, o nichž Klára vyprávěla, tak můžeme vidět, že se v její mysli šířil pocit nejistoty, který rezonoval s pocitem přiděleného terapeuta během podpory. Klára během rozhovoru mluvila tajemně a používala lexikální pole související s ohněm, výbuchy. Pociťovala zesílení, když pacientka v touze ukázat terapeutovi fotografie a kresbu vytáhla do té doby skrytý batoh. Akcentoval se strach z možného jednání. Tváří v tvář tísní vyvolané pocitem méněcennosti a nedostatku sounáležitosti se Klára, aby našla pohodlnější polohu a kontrolu, dožaduje mechanismu acting-out. Potřeba najít podporu mimo rozhovory byla v této situaci považována za zásadní. Přidělený terapeut pak požádal podpůrnou buňku o interní supervizi.

b. Supervize prvního stupně

Byl naplánován hodinový pohovor s interním supervizorem. V kontextu péče je důležité si uvědomit, že tři protagonisté (pacient, přidělený terapeut, supervizor) jsou oběti 4. typu, protože jsou všichni oběti stejného společenství, tj. lidstva, poněvadž pandemie je globální. Identifikace typu obětí zapojených do krizové situace umožňuje poznat, na kterých oblastech je třeba pracovat, zejména s ohledem na komunitu (aktivovat pocit sounáležitosti) a hodnoty, které jsou oběti vlastní, a vědět, které zdroje je třeba povolát, aby oběti získaly zpět autonomii. Pacient je během psychodiagnostické fáze také spatřen jako oběť typu 5. Prvním úkolem je tedy zajistit a udržet prostor pro myšlení tváří v tvář danému kontextu. Supervizor i přidělený terapeut proto museli zajistit dostatečnou jistotu, aby byli schopni převzít odpovědnost za druhého. Kromě toho byla zvláštní pozornost věnována vytvoření správného spojení mezi přiděleným terapeutem a supervizorem, neboť oba jsou členy stejné profesní sítě.

Prostor pro přemýšlení bez posuzování (adlerovská technika povzbuzování k zajištění bezpečí druhého prostřednictvím neutrálního postoje ve vztahové autenticitě + koncept edukace zaměřený na převzetí odpovědnosti za vlastní potřeby, který vede k autonomii) při zaujetí správného emočního odstupu, rámec supervize působí jako dočasný prostor, kam se vplížil

strach. První osou bylo přijetí emocí, pocitů a myšlenek přiděleného terapeuta. Podpora tváří v tvář ve znepokojivé situaci pak přechází v analýzu protipřenosu, aby bylo možné pochopit dynamiku terapeutického vztahu.

Následně se připravily podmínky pro vypracování diagnózy, aby se ověřil skutečný nebo fantazijní pocit naléhavosti, který přidělený terapeut pociťuje a který byl zjištěn během supervize. V souvislosti s diagnózou bylo nutné věnovat pozornost přitěžujícím faktorům, jako jsou rodinná výročí (úmrtí, Den matek...), které by mohly pacientku reaktivovat a tlačit ji k nižší kvalitě fungování, než bylo obvyklé.

V této situaci se tedy prolínalo několik úrovní krizí, které bylo třeba mít na paměti (pacienta s COVID-19 / datum výročí / reaktivace traumatu / zdravotní krize...).

c. Supervize druhého stupně jako druhé zvážení

Na konci první supervize se zdálo nezbytné posunout složitý případ na vyšší úroveň, aby bylo možné z pohledu zkušenějšího supervizora upřesnit kroky, které je třeba s Klárou podniknout, a zajistit terapeuta, který by se podílel na doprovázení. Supervize umožňuje získat a pocítit pocit sounáležitosti a sítě pro přiděleného terapeuta a prvního supervizora. Pochopením toho, proč přidělený terapeut pociťuje "stav méněcennosti", tak může supervizor pomoci znovu nastartovat kreativitu tím, že poskytne pocit bezpečí prostřednictvím doprovázení v meta pozici. Otázka diagnózy, která zůstala ve fázi diferenciální, byla upřesněna a osy doprovázení posíleny.

d. Poznámka k psychoterapii

Po dobrovolné péči navržené podpůrnou buňkou a dvou supervizních rozhovorech byl s pacientkou sestaven plán podpory a byla odeslána ke stejnému terapeutovi, s možností svobodného rozhodnutí v pokračování započaté práce. Byly také projednány návrhy na podporu dalších zdravotnických pracovníků.

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.

Účinky byly pozitivní: 1) pro studenty to bylo praktické cvičení, které jim pomohlo konkretizovat pojmy, které byly do té doby 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.

Pokud jsou Klářiny nutkové stavy v reakci na úzkost způsobem, jakým se vnitřní konflikt snaží vyřešit, je pro přiděleného adleriánského terapeuta důležité, aby vzal v úvahu tři dimenze adleriánského paradigmatu: bio-psycho-sociální, holistický přístup k pacientovi. V tomto životním okamžiku totiž projekt dítěte reaktivuje v Kláře nejen kognitivní, ale i emocionální a somatické vzpomínky, kterým je nezbytné s empatií naslouchat.

Rané a trvalé životní zkušenosti hrají zásadní roli při vytváření toho, co Adler nazývá životním stylem jedince*. Vztah k sobě samému, ke světu, ochranné mechanismy, osobnost a případné přidružené poruchy, úroveň duševního fungování i symptomy uváděné v DSM-V utvářejí jedince, který reaguje na genetické dědictví, rodinné a sociální prostředí a vlastní psychologii. Proto bude přidělený adleriánský terapeut při stanovení své psychologické diagnózy vycházet právě z těchto prvků. V reakci na tento pocit méněcennosti, který byl zdůrazněn ponižováním a špatným zacházením, si Klára vyvinula strategie nadměrné kompenzace, aby znovu získala pocit moci a vnitřní rovnováhy. Přidělený adleriánský terapeut bude proto citlivý na stav Klářina pocitu sounáležitosti (Gemeinschaftsgefühl), který byl poškozen zejména v rodině, ale také s ohledem na společnost, která je prožívána jako nebezpečná vzhledem k hospitalizaci, jež byla vnímána jako vynucená. Ačkoli je sociální vazba pro některé potenciálně zdrojem, je zde prožívána jako bolestná, vyvolávající úzkost nebo dokonce ohrožující.

Adlerovský terapeut zdůrazňuje zásadní význam pochopení celostního spojení s tělem, včetně somatických reakcí. Neschopnost slyšet, co tělo říká, informuje přidruženého terapeuta o Klářině osobnosti a patologii. Klára pracuje na vysoké vědecké úrovni a hodně svého osobního času věnuje tvůrčí/umělecké činnosti. Navzdory složité životní historii tak dokázala využít svou kreativitu jako zdroj a strategii k dosažení rovnováhy. Přidělený adleriánský terapeut se bude snažit rozpoznat zdroje pacientky a podpořit její smysl pro kreativitu, aby jí pomohl způsobem, který bude efektivnější a užitečnější pro ni i pro společnost.

Empatické potvrzení jako nástroj podporuje vytvoření terapeutického spojení, které umožňuje vytvořit prostor pro prožívání bezpečné vazby a ochranných mechanismů v novém světle a pro jiné pocity a jiný pohled na pacientčinu historii. Klářiina kompenzace jednáním má kořeny v tom, co by Adler nazval maskulinní protest (později vůle k moci), který obnovuje moc. V Klářiině konstrukci tedy podřízenost, hrozby a ponižování vedly k vypracování a následování tendenční fikce, podle níž by převzetím moci došlo ke zničení druhých. Přidělený terapeut používal techniku kognitivní a emocionální podpory prostřednictvím poradenství a pochvaly, ale také a velmi dobře si vzal čas na vytvoření bezpečného prostoru supervize.

Zdroje:

*Bernard H. Shulman, Harold H. Mosak, Manual for Life Style Assessment, Brunner Routledge – Taylor 1 Francis Group Edition, 1990

** Adler, A. (1956). The Individual Psychology: A systematic presentation in selections from his writings (H.H. Ansbacher, H. L., & R.R. Ansbacher, Eds.). New York, NY: Basic Books.

*** Bernard H. Shulman, James Hillman, Secondo Fassino, Gian Giacomo Rovera, Monikz Kruttke Rüping, Andrea Ferrero, Rossana Accomazzo, Laura Recrosio, Lorle Louis Hoffmann, General Aspects of the Analytic Process, SAIGA Edizioni, Individual Psychology Dossier 2 (Bilingual Italian-English)

Dobrá praxe 14

Krizová intervence a prevence sebevražd

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Francie)

Autoři: Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin

Klíčová slova: 2°, 5°, 6° typy obětí, riziko sebevraždy, adlerovská metoda, sociální a sanitární podpora.

1. Popis události

Pan F., 54letý samostatně výdělečně činný muž, musel nečekaně požádat o bankrot. Před rokem přišel o manželku a poté se znovu oženil.

2. Obecné charakteristiky obětí

Pan F. vypráví svůj příběh: "Pět týdnů před bankrotem jsem měl pocit, že jsem sám nevyléčitelně nemocný. Celý můj organismus byl ve velkém zmatku. Fyzicky mnou procházel třes a moje nevyléčitelnost mi byla zřejmá. Cítil jsem beznaděj; útěk na psychiatrii se zdál být skutečným východiskem. Doživotní přijetí do uzavřeného ústavu bylo nyní životním cílem, o který stálo za to usilovat.

O týden později, když jsem poprvé pochopil nevyhnutelnost bankrotu, mě přepadly myšlenky na sebevraždu. Tajně, potichu. Nikdo o nich nevěděl a nikdo o nich neměl vědět. Všechno jsem si v mysli připravil, místo, čas, způsob atd. Vypracoval jsem si skutečnou strategii sebevraždy. Od činu mě dělilo jen několik dní, ne-li pouhých hodin. Manželka mi mezitím denně psala milostné dopisy dlouhé několik stránek, které jsem četl, ale bez přemýšlení. Nikdo o mých úmyslech nevěděl, ani ona. Ale nikdo jiný mi nepomohl, nejspíš také proto, že jsem nebyl schopen se vyjádřit.

Mohl jsem se svěřit pouze přátelské, ale profesionální autoritě. Ta mi přišla do cesty v podobě emeritního profesora doktora B. Doporučení jeho dobrému příteli bylo otázkou několika vteřin, mé rozhodnutí vyhovět jeho vroucí otcovské žádosti bylo pevné.

Nechtěl jsem nechat kámen na kameni. Dokázal bych si poradit s jeho psychologickými triky, nepotřeboval jsem psychologa, sám jsem byl psycholog, potřeboval jsem skutečnou pomoc.... Poté, co jsem mu dal jasně najevo, že mi nemůže pomoci, řekl: „Nemohu, ale mám něco, co ti může pomoci. Deset minut odtud je centrum krizové intervence, já tam nyní zavolám“. A pak jsem tam stál, bez objednání a bez registrace jako takzvaný akutní případ s vysokým rizikem sebevraždy.“

3. Intervence: zaměření na metodu

Terapeut vypráví svůj pohled na věc:

„Když pan F. dorazil, byl tak neklidný, takže během úvodního pohovoru chodil sem a tam více než hodinu. Neklidně vstával a usedal. Velmi brzy se ukázalo, že má silné hendikepy, pokud jde o pocity nedostatečnosti a viny týkající se bankrotu, a silné pocity viny vůči své zesnulé manželce. Ty ho emocionálně blokovaly. Bylo mu umožněno hendikepy zpracovat a on se mohl otevřeně podělit o bolest, zároveň jsem uznal jeho pocity odpovědnosti a viny a agrese vůči sobě.

To byly výsledky prvních sezení, ale na třetí schůzku se nedostavil. Cítil jsem ztrátu a jako by se něco stalo. Necítil jsem se dobře, když jsem nevěděl, co se s ním stalo. Cítil jsem, že jeho sebevražedné myšlenky jsou stále rizikové. Myšlenka na nebezpečí mě strašila.

Poté jsme ho kontaktovali, což zřejmě posílilo jeho důvěru natolik, že přišel ještě před další plánovanou schůzkou. Oscilloval mezi pocitem viny a nezodpovědnosti. Po asi deseti intervencích v průběhu tří týdnů, byl mnohem strukturovanější a vypracoval plány do budoucna. Podařilo se mu získat podporu od dalších lidí, dostal konkrétní nabídku práce a úpadek bylo možné přeměnit na povinné vypořádání.

Obnovení kontaktu po zhruba dvouměsíční přestávce ukazuje, že se mu daří dobře, krizová intervence je ukončena. V průběhu následného kontaktu po třech letech se ukazuje, že pan F. je stabilní: stal se opět otcem a daří se mu profesně i soukromě.“

4. Účinky

Pan A. utrpěl v krátké době dvě ztráty. Přišel o manželku a finanční jistotu. Podle MKN-11 bychom mohli diagnostikovat poruchu přizpůsobení (kód: 6B43). Z této ukázky se dozvídáme čtyři důležité součásti krizové intervence:

1. Nejprve rychlé předání k odborníkovi vyškolenému v krizové intervenci,
2. Za druhé, objasnění a zaměření na citovou bolest způsobenou těmito událostmi,
3. Význam protipřenosového pocitu jako komunikačního aspektu vztahu,
4. Aktivní telefonická intervence za účelem udržení přerušeného vztahu.

5. Globální interdisciplinarita

Kromě těchto obecných zásad intervence v krizi lze postoj doplnit o specifickou adlerovskou perspektivu*. Beznaděj a vnímání duševní nemoci pana F. lze chápat jako pocit méněcennosti. Ztráta a neschopnost konstruktivně řešit problém mu zpočátku přesto umožňovaly kompenzovat pocit méněcennosti. Síla frustrace a následné agrese vstupuje do hry, když se rozvíjí sebevražednost; ačkoli jde o destruktivní způsob kompenzace, je třeba uznat, že sebevražednost je pokusem o překonání beznaděje; jako způsob, jak získat kontrolu a moc nad svým životem (a smrtí), všemocné natažení ruky k obnovení smyslu jednání.

V tomto smyslu je třeba sebevražednost chápat jako lidskou, pochopitelnou reakci, kterou lze sdílet s ostatními. Ačkoli je sebevražednost ve svém povrchním cíli namířena proti spolupráci a proti společenskému zájmu (viděno v odstupu), má také apelativní charakter, který je rozhodující pro mobilizaci pomoci druhých. To je důvod, proč by apelativní charakter suicidality neměl být u sebevražedných jedinců přehlížen nebo bagatelizován. Ačkoli je suicidalita někdy v terapeutických setkáních vnímána na jednu stranu jako manipulativní, z jiného úhlu pohledu je důležitým zdrojem, který umožňuje oslovit a zapojit pomáhající druhé.

Suicidalita je také přechodný a proměnlivý se jev, který se může v jednom sezení zmírnit, ale v jiném zase zintenzivnit; její obecnější odraz v podobě vyhledání pomoci nebo odmítnutí pomocné ruky se může projevit v náhlé nepřítomnosti pacienta na plánovaném sezení. Důležité je pochopit, že protipřenosová reakce pomáhajícího (mohlo se něco stát) popisuje kontinuitu vztahu i v nepřítomnosti. Nepřítomný pacient vyvolává v pomáhajícím strach. Změnou perspektivy můžeme tuto vlastní reakci chápat jako to, co prožívá pacient, a můžeme empaticky pochopit, co to znamená: "Jsem úzkostný, potřebuji vaše potvrzení, že je vše v pořádku!". To umožňuje ilustrovat jeden adlerovský postoj: povzbuzení. Zejména v krizových situacích, kdy se vnitřní svět pacientů zhroutil, prožívá pomáhající ve své empatické beznaději vnitřní pocity pacienta. Bezprostřední pomoc znamená být oporou, povzbuzovat pacientův pohyb směrem ke smířování se, udržovat a představovat naději pro toho, kdo ji ztratil**.

Zdroje:

*Gernot Sonneck, Nestor Kapusta, Gerald Tomandl, Martin Voracek, *Krisenintervention und Suizidverhütung* (Crisis intervention and suicide prevention), Paperback – 25 Oct. 2012

** Nestor Kapusta, Diagnostik in der Individualpsychologie, January 2022, In book: Psychotherapeutische Diagnostik (pp.115-123).

Dobrá praxe 15

Soukromá lékařská podpora pro zmírnění pocitu viny podle adlerovská metoda individuální psychologie

Odpovědný partner: Institut Alfred Adler de Paris (Francie)

Autoři: Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin

Klíčová slova: individuální intervence; hygienické mimořádné události; sociální mimořádné události; oběť typu 4°, 5°, 6°, teroristický útok; adlerovská metoda pomoci v mimořádných událostí, vina oběti, sociální a sanitární podpora.

1. Popis události

Útoky v Paříži v pátek 13. listopadu 2015 byly sérií koordinovaných teroristických útoků na severním předměstí města Saint-Denis. Po 21:15 hodin udeřili tři sebevražední atentátníci před stadionem Stade de France v Saint-Denis během mezinárodního fotbalového utkání poté, co se jim nepodařilo dostat na stadion. Další skupina útočníků pak střílela v přeplněných pařížských kavárnách a restauracích, přičemž jeden z nich rovněž odpálil výbušninu a při tom se zabil. Třetí skupina provedla další masovou střelbu a vzala rukojmí na koncertě Eagles of Death Metal, kterého se zúčastnilo 1 500 lidí v divadle Bataclan, což vedlo ke střetu s policií. Útočníci byli při policejním zásahu v divadle buď zastřeleni, nebo se vyhodili do povětří. Pachatelé zabili 130 lidí, z toho 90 v divadle Bataclan. Dalších 416 osob bylo zraněno, z toho téměř 100 kriticky. Sedm útočníků bylo zabito. Útoky byly nejsmrtelejšími ve Francii od druhé světové války a nejsmrtelejšími v Evropské unii od bombových útoků na vlaky v Madridu v roce 2004. Francie byla v pohotovosti od útoků na redakci Charlie Hebdo a židovský supermarket v Paříži v lednu 2015, při nichž zahynulo 17 lidí.

Zaměřte se na všechny druhy obětí, zejména však na oběti typu 5° a 6°. Popisují zde konkrétní potřebu, kterou dva pacienti vyjádřili svým praktickým lékařům, když hledali podporu a objevili se měsíc po útoku v Bataclanu. Oba se nemohli obrátit na pohotovostní službu, která byla obětím a jejich rodinám poskytnuta zdarma. Bolest z teroristického útoku, spojená se ztrátou kolegy, v nich vyvolávala pocit viny, pokud by využili bezplatné pomoci. Tento typ prožitku se v péči o oběti v krizových situacích často nebere v úvahu.

2. Obecné charakteristiky obětí

První pacient, starší, ale ještě ne důchodce se stabilní rodinnou situací, přišel o stážistku, která pracovala v podniku jeho syna, a představuje zdravou strukturu osobnosti s předchozím traumatem souvisejícím s jeho účastí jako vojáka v násilné válce před 35 lety.

Má všechny příznaky posttraumatické stresové poruchy a je pod dojmem, že obsah nočních můr a invazivní myšlenky nesouvisí s teroristickým útokem v Bataclanu, ale se vzpomínkami na válku.

Druhá pacientka, mladá žena kolem čtyřicítky se stálým vztahem, manažerka v technických službách, přišla při útoku v Bataclanu o přímého kolegu a zároveň jí zemřel věrný pes. Přichází se všemi příznaky posttraumatické stresové poruchy (zejména závratě a nespavost) a navíc s významnými disociativními příznaky, halucinacemi a "psychotickými" nočními můrami. Diferenciální diagnóza je založena na analýze údajů z dětství a z rodiny, které ukazují na psychotický problém u matky (s pokusy o sebevraždu, z nichž poslední byl úspěšný před deseti lety) a na disociativní příznaky. Zvažovali jsme tedy možnost komplexní posttraumatické stresové poruchy a/nebo krátké psychotické poruchy v rámci BPD (hraniční porucha osobnosti).

3. Intervence: zaměření na metodu

a) První pacient (typ 6°)

Postupné pochopení jeho životního stylu strukturovaného na kompenzační a kontrolní mechanismy spojené se strachem ze smrti, který zažil před 35 lety ve válce jako jediný přeživší z jeho týmu, umožnilo pacientovi získat lepší odstup od záchrany určitého nutkavého chování.

b) Druhý pacient (typ 5°)

Možnost pacientky navázat vztah důvěry a pracovní spojení s terapeutem jí poprvé umožnila sdělit halucinační zážitky a děsivé noční můry, což ji uklidnilo. Zjevná závažnost symptomů sice podnítila strukturování dlouhodobé terapie, ale zvládání halucinací jak pomocí cvičení na zvládání disociace, tak pomocí farmakologické terapie (pacientka byla proti užívání léků a návštěva lékaře v ní vyvolávala paniku) vedlo u pacientky téměř k měsíční nepřítomnosti v práci (a to i přesto, že nechtěla přestat pracovat navzdory závažným disociativním příznakům). Pochopení a začlenění symptomů jako odolné součásti životního stylu pacientky ji umožnilo, aby je spíše vítala, než aby je trpěla jako "dotěrné nepřátele", a naučila se je chápat a zvládat, zlepšovat a rozvíjet.

4. Účinky

Účinky byly pozitivní: 1) u prvního pacienta s traumaty spojenými se starou válkou stačilo 6 terapeutických nastavení, aby se zbavil příznaků posttraumatické stresové poruchy. Pacient byl schopen hlouběji porozumět svému životnímu stylu a přijmout, že je třeba na tom ještě pracovat, ale již mimo negativní naléhavost symptomů. 2) U druhé pacientky s předchozími traumaty spojenými s postavami attachmentu (komplexní PTSD) se podařilo příznaky regresovat díky integraci farmakologické terapie vedené psychiatrem, kterého mohla kontaktovat (pod vedením psychoterapeuta), a integrujícím psychologickým technikám (mezi nimi EMDR) spojeným s adlerovskou holistickou terapií, která pracovala na 3 biopsychosociálních dimenzích*.

5. Globální interdisciplinarita

Adlerovská metoda se zabývá integrací tří celostních dimenzí osobnosti podle biopsychosociálního paradigmatu**. Důležitost přikládání tělu a dialektu orgánů umožňuje terapeutovi doprovázet pacienta, aby se spojil s tělesnými pocity a naučil se tělo postupně lépe stabilizovat. Teprve postupně je pacient veden k tomu, aby zvážil své psychické obranné mechanismy. Nadměrné kompenzační mechanismy navazují na "vůli k moci", slouží pacientům k maskování jeho pocitů méněcennosti, navazují nevědomě a odolně na aktuální traumatickou krizi nebo prožitá traumata. Analýza pacientova životního stylu mu umožňuje pozorovat jeho mechanismy a vycítit jejich účinnost a efektivitu podle jejich vnitřní logiky***. To však také upozorňuje na špatnou adaptaci a přetížení, na špatnou rovnováhu mezi vnitřními zdroji a vnějšími řešeními. Adlerovský terapeut bude proto citlivý na stav pacientova pocitu sounáležitosti (Gemeinschaftsgefühl)**, který je skutečným vyvažovatelem neregulovaných fikcí (přesvědčení) v životním stylu, ale který může být prvním poškozeným prvkem v traumatických situacích, zejména těch chronických.

Zdroje:

*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.

Dobrá praxe 16

Posttraumatická oběť a skupinová analytická terapie: Intersubjektivita, empatické svědectví a jinakost

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

Autor: *Berman, A.*

Klíčová slova: *skupinová analýza, stavy Já, oběti, posttrauma, empatické svědectví, jinakost.*

1. Popis události

V tomto článku Berman popisuje příklad skupinové analytické skupiny, aby vysvětlil, jak může být posttraumatická agrese přesunuta ze skutečného agresora v minulosti na členy skupiny / blízké osoby v současnosti. Autor hovoří o "posttraumatické oběti" jako o stavu Já ve smyslu konceptu vícenásobného já... Zevnitř každého určitého stavu Já má člověk osobní zkušenost autenticity (zkušenost "to jsem já"), zatímco jakýkoli náznak jiného stavu Já je prožíván jako "ne Já" (s. 245). Pokud je disociace hlavním obranným mechanismem, mohou být stavy Já od sebe navzájem disociovány. Posttraumatický stav Já oběti lze rozpoznat ve 4 vzorcích chování oběti, ve skupině, které jsou opakovanými interpersonálními projevy:

1. nárok na uznání oběti
2. vytěsnění agrese oběti
3. přeměna osobního utrpení v nadvládu, kontrolu a požadavek na kompenzaci.
4. pozastavení zájmu a empatie vůči druhým.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Popsaná skupinová analytická skupina se skládá z 8 členů, mužů a žen, ve věku 30-50 let. Eva je členkou skupiny již dlouhou dobu. Nedávno se rozvedla po mnoha letech stěžování a frustrace ve vztahu s manželem. Pracuje na střední škole; její kolegové obdivují její výkonnost a schopnost vytvářet kolem sebe dobrou atmosféru. V dětství, po rozvodu rodičů, se její matka provdala za jiného muže, který ji týral, většinou slovně. Nikdy si nestěžovala a nemluvila o svých zážitcích z dětství, dokud se nestala členkou skupiny. Členové terapeutické skupiny oceňovali její humor, pozorný a citlivý vztah k ostatním a schopnost vyrovnat se s těžkostmi. Ve chvílích trápení se stávala zranitelnou, potřebnou a vyžadovala od skupiny a všech ve skupině více pozornosti, očekávala, že se s ní všichni ztotožní. Očekávala, že se ostatní členové stanou empatickými svědky jejího utrpení. Jakýkoli projev jinakosti ze strany kteréhokoli člena pociťovala jako zneužití a opuštění a její reakcí byl hněv a urážky. Pokud se někdo zmínil o tom, kolik času si na sezení vzala pro sebe, cítila se dotčena. Ostatní členové začali být opatrní a bázlívi, když s ní mluvili.

3. Intervence: zaměření na metodu

Na jednom sezení říká, že její vztah s nejlepší kamarádkou je narušen. Byly v hospodě, když se do jejich rozhovoru zapojil mladý muž. Eva měla dojem, že se o ni mladík zajímá, její kamarádka neodešla a ona se cítila velmi zraněná a ignorovaná. Všichni tři odjeli z hospody autem Eviny kamarádky. Její kamarádka nečekaně odvezla Evu domů a pokračovala s mladíkem. Eva se cítila ponížena, poražena a opuštěná. Členové skupiny reagují ztotožněním, útechou, upřímným smutkem. Jedna žena s ní rezonovala tak hluboce, že nemohla přestat plakat a vyprávěla o podobné zkušenosti, kterou zažila. Dva muži ze skupiny chování Eviny kamarádky odsoudili. Rachel, jedna z nejmladších ve skupině, řekla, že chápe její bolest, "ale svět randění je světem konkurence. Tvoje kamarádka ho také chtěla. Byla to pro ni také příležitost. Proč by měla kvůli tobě ustupovat? ..." (p.252). Eva se cítila Rachel uražená, přirovnala ji ke své kamarádce, Rachel se cítila dotčena, vzájemná podpora, kterou si obvykle poskytovaly, se vytratila. Rachel se odmlčela, plakala a připadala si úplně sama. Dva členové se snažili Evu uklidnit, mluvili na ni něžně a diskrétně a pokoušeli se obnovit konverzaci mezi Evou a Rachel. Jiná žena, která se ztotožnila s Rachelinou bolestí, popsala Evino chování jako agresivní a trestající. Když jiná žena přirovnala výměnu názorů ve skupině k boji mezi pohlavími slovy: "Hádáme se tu kvůli chování mužů. Oni se nám dvoří, a přesto jsou egocentrickí a agresivní, a my na to doplácíme" (s. 253), pak jiný muž řekl: "I mě zranilo odmítnutí ze strany žen. Nelíbí se mi, že se soutěží

o to, kdo byl více zraněn. Tady ve skupině jsem si také vyslechl obtížnou zpětnou vazbu, a přesto jsem ji vyslechl. I já jsem ti naslouchal, Evo.“ Eva mu s nenávistí odpověděla: "Místo abys mě podpořil, kritizuješ mě za to, že jsem vyjádřila své utrpení" (s. 253). Po této těžké výměně názorů se skupina obrátila na průvodce/terapeuta s prosbou o pomoc. Jeho intervence se týkala jeho pocitů empatického svědectví, jeho ztotožnění se s každým členem v různých momentech. Skupina dále hovoří o potřebě některých členů otevřeně vyjádřit své pocity a ukázat, kým jsou, a uznat "koexistenci různých emocí a úhlů pohledu" (s. 253).

Co se stalo na tomto setkání? Eva si ve skupině přehrávala stav oběti, skutečně se cítila opuštěná a ponížená jako v dětství. Ve skupině se odvážíla stěžovat si, vyjádřit své pocity, že s ní bylo špatně zacházeno, a obviňovala lidi, kteří jí podle jejího názoru ublížili. Během reenactmentu se v rámci stavu Já oběti její utrpení proměnilo v přemáhající se a vytěsňenou agresi vůči Rachel, člene, která jí byla nejbližší a která ji obvykle podporovala. Navíc v tomto sezení Eva neopětovala empatické svědectví a starostlivost, které se jí dostalo. V rámci rezonance ve skupině (rezonance je terapeutickým faktorem skupinové analýzy) se skupina jako celek přechází do stavu oběti (pachatelé a oběti ve skupině). V rámci skupiny dává vyslovení nespravedlnosti a zranitelnosti prostor pro kolektivní identitu a základ pro nevědomé soupeření mezi členy. Zdá se, že agrese oběti je přenosná: členové očekávají svědectví a podporu. Emocionální schopnost skupiny zvládat jinakost se snížila. "Pojem 'jinakost' se vztahuje k přítomnosti jakékoli osoby vnímané jako odlišné, jiné lidské bytosti" (s. 250).

4. Účinky

Terapeutický kontext, který uznává utrpení, jež člověk prožil, a který obsahuje prvky empatie, kompenzace a afirmativního jednání, umožňuje zotavení. Terapeutická skupina nabízí léčebné prostředí, které vytváří uznání, porozumění a soucit s traumatizovanou osobou. Kontext skupiny je bezpečným prostorem, v němž se člověk cítí sounáležitý, pochopený a chráněný. Členové skupiny se stávají empatickými svědky traumatické zkušenosti, kterou někdo prožil sám. V analytické skupině mohou být disociované stavy Já rozpoznány, připomenuty a ostatní účastníci na ně mohou poukázat (s. 247). V tomto podpůrném a bezpečném kontextu může oběť znovu prožít posttraumatickou disociaci a popírané pocity ponížení, studu a vzteku. Při práci na těchto pocitech se posttraumatická osoba cítí znovu posílena, síly Já mohou být částečně obnoveny a vnitřní zdroje reaktivovány.

Zdroj: Berman, A. (2014). Post-Traumatic Victimhood and Group Analytic Therapy: Intersubjectivity, Empathic Witnessing and Otherness. *Group Analysis*, 47(3): 242–256.

Dobrá praxe 17

Učení od cizích lidí: Etnopsychiatrie v praxi

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

Autor: *Grandsard, C.*

Klíčová slova: *klinické prostředí, etnopsychiatrie, psychoterapie s imigranty a uprchlíky, sociální vazby.*

1. Popis události

Jedná se o hlavní přednášku Catherine Grandsardové na 17. sympoziu GASI v Berlíně v roce 2017. Název akce zněl Crossing Borders—Social, cultural and clinical challenges (Překračování hranic – sociální, kulturní a klinické výzvy). Přednáška odkazuje na klinickou práci v Georges Devereux Centre v Paříži ve Francii. Toto centrum je výzkumná klinika, kterou vede a v roce 1993 založil profesor Tobie Nathan. Lidé, kterým tato klinika pomáhá, jsou rodiče cizinci a jejich děti (narozené ve Francii i mimo ni), nezletilí cizinci bez doprovodu, přeživší holocaustu (bývalé ukryté děti) a jejich rodiny a rodiny žijící v manželství. Na počátku byla etnopsychiatrie specifickou oblastí výzkumu v rámci antropologie, jak ji definoval Georges Devereux (1908-1985), francouzský etnolog a psychoanalytik maďarského původu. Etnopsychiatrie se zaměřovala na kulturní způsoby interpretace a léčby poruch. Podle Devereuxe každá lidská společnost určuje normativní chování a definuje odchylky od kulturně přípustného chování. Tyto kulturní repertoáry deviantního chování a související léčbu definoval také jako "psychiatrie". Léčebné postupy vztahující se ke specifickým sociálním skupinám a kulturám jsou "etnopsychiatrie". Tobie Nathan byl Devereuxův doktorand a blízký spolupracovník. Nathanovým cílem bylo vytvořit klinické prostředí fungující na etnopsychiatrických principech, které by zahrnovalo všechny léčebné metody, aniž by někoho diskvalifikovalo. V této Dobré praxi bude popsán jako jeden ze dvou příkladů, které jsou v článku uvedeny. Příklady ilustrují, jak v tomto druhu klinického prostředí musí terapeut a pracovník případu odložit své vlastní předpoklady, aby pochopil léčebné postupy přirozené skupiny lidí a následně našel nová řešení problému s pacientem a jeho přirozenou skupinou.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Abdoulaye byl 17letý mladistvý uprchlík ze Senegalu. Před rokem přicestoval do Francie jako nezletilý bez doprovodu, nyní žije v pěstounské rodině a stále mluví trochu francouzsky. Po násilné hádce s kamarádem, nezletilým bez doprovodu z Afghánistánu, ho jeho opatrovník odvezl na kliniku. Před tímto incidentem se nikdy nechoval násilnický.

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence se skládala ze 4 sezení, z nichž každé trvalo 2 hodiny, po dobu 5 měsíců. Tým se skládal ze čtyř odborníků: dvou psychologů, sociálního pracovníka a překladatele/kulturního mediátora neboli "etnoklinického mediátora". Zde je popis prvního sezení/setkání.

Autorka Catherine Grandsardová byla pověřena vedením všech sezení. Všechna sezení se účastnil také Abdoulayeho případový pracovník. Na prvním sezení před Abdoulayem Grandsardová v roli vedoucí požádala pracovníka případu, aby ho představil týmu. Řekla jim, že je to "seriózní mladý muž, který se snaží co nejlépe přizpůsobit své situaci nezletilého cizince bez doprovodu ve Francii" (s. 273), že přijel před rokem a až dosud nikdy nebyl násilný. Navíc když se Abdoulayeho zeptala na rvačku, nebyl schopen tuto epizodu vysvětlit. Místo toho hovořil o otřesných zážitcích během cesty lodí na cestě do Evropy a o problémech se spánkem. Kolega z týmu, který pocházel ze Senegalu a měl roli etnoklinického mediátora, překládal do Soninke, Abdoulayova rodného jazyka.

Později požádali Abdoulayeho, aby popsal svou cestu do Evropy. Po otcově smrti opustil své rodné město. Byl nejstarší z pěti dětí, chtěl uživit své sourozence a matka řekl, že si najde práci ve větším městě, aniž by jí o svém zámořském plánu řekl. Několik měsíců pracoval v pobřežním městě, aby si mohl zaplatit cestu lodí na Kanárské ostrovy. Loď byla přetížená migranty bez dokladů. Motor se zastavil. Bylo velké horko, 5 mladých lidí v Abdoulayově věku zemřelo na úpal a dehydrataci a jejich těla byla hozena přes palubu. Když byl motor opraven, podařilo se jim doplnout do španělských vod, kde byli zachráněni.

Tým se ptal na jeho příznaky: Abdoulaye uvedl, že když se na sebe podíval do zrcadla, viděl jizvy po slané vodě a pálícím slunci. Ale "před očima se mu objevovaly tváře mrtvých chlapců. Cítil, že se jeho osobnost změnila: neustále myslel na smrt, přál si, aby těch pět chlapců bylo řádně pohřbeno, a ne hozeno přes palubu; měl noční můry a často se cítil deprimovaný"

(s. 274). V té chvíli se autorka článku zeptala své kolegyně – etnoklinické mediátorky, jestli v Soninke existuje slovo, které by popsalo Abdoulayovy příznaky. Ten odpověděl, že jedno existuje, a sice slovo "Kany", které "znamená strach, takový strach, který vytěsňuje duši člověka" (s. 274). Abdoulaye se zasmál, když slyšel toto slovo ve svém rodném jazyce, ale byl překvapen a ulevilo se mu, když viděl zájem týmu o slovo, které je mu známé. Autoři se pak etnoklinického prostředníka zeptali: "Kdo umí léčit účinky Kany?" "Jaaranda," odpověděl a použil slovo Soninke, které označuje léčitele nebo lékaře" (s. 274). Abdoulaye vysvětlil, že jeho matka se před odjezdem poradila s Jaarandou. Jaaranda jí řekl, že bude cestovat velmi daleko, ale ujistil ji, že udělal všechna potřebná cvičení, aby jejího syna ochránil. Abdoulaye si byl jistý, že přežil díky Jaarandově jednání a matčinu požehnání. Tým se rozhodl kontaktovat Abdoulayovu matku a požádat ji, aby znovu navštívila stejného Jaarandu a řekla mu, že její syn zřejmě trpí Kany. Slíbila, že to udělá, ale doufala, že jejímu synovi předepíší nějaké léky na nespavost, což také udělali.

Tým nejprve připustil, že Abdoulaye nepovažuje za účinné léčebné metody Jaarandy, ani léky či rozhovory. Terapeutická strategie spočívala v tom, že se znovu spojil se svou rodinou a sociální skupinou, do níž patří a je na ni napojen svými "přirozenými" sociálními skupinami. Bylo nutné definovat podstatu problému, tedy jeho posttraumatické symptomy. To však nestačilo. Je třeba vědět, zda pro tyto symptomy existuje název v jeho rodném jazyce a jak tyto obtíže chápe jeho kulturní skupina. Při zkoumání pojmu Kany, který je označován jako porucha vyvolaná extrémním strachem, tým neinterpretoval tento stav jako psychický stav, který se zlepší pomocí léků a/nebo verbalizace zážitku, ale připustil možnost zapojení léčebných zdrojů jeho rodiny a jeho sociální skupiny. Akceptovali, že pokud má pojem Kany pro Abdoulayovu zkušenost smysl, pak je zapotřebí odborníka na Kany, kolegu Jaaranda, a také to, že by tato léčba mohla být pro Abdoulaye účinná. Nabízejí klinické prostředí, v němž je všem léčebným metodám věnována stejná pozornost, "odkládají pojem víry" a zapojují osoby, které žádají o pomoc, "do procesu výběru pojmového kontextu, který bude podkladem pro jejich terapii" (s. 276). Autor také zdůrazňuje roli tlumočnicka Soninke jako kulturního prostředníka; umí prezentovat sebe i tým podporující důvěru. K tomu musí být tlumočnick nejen znalý kulturních způsobů společnosti Soninke, ale také francouzských reálií a institucí.

4. Účinky

Po měsíci, při druhém setkání, Abdoulaye neměl žádné příznaky. Na otázku, zda užívá lék, odpověděl francouzsky: "Na co? Ted', když moje matka šla k Jaarandovi a on udělal, co bylo třeba, už je nepotřebuji!" (s. 274-275).

Zdroj: Grandsard, C. (2018). Learning from strangers: ethnopsychiatry in practice. *Group Analysis*, 51(3):271-282.

Dobrá praxe 18

Kontaminace traumatem.

Traumatizované mysli, rozvrácené rodiny a dysfunkční pracovní skupiny: Organizační a mezilidská dynamika ve složitých soudních řízeních týkajících se péče o děti

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

Autor: *Stevenson, S.*

Klíčová slova: *trauma, skupinová práce, skupinová dynamika, rodina, zadržování.*

1. Popis události

Článek se zabývá traumatem a jeho dopadem na pracovní skupinu a důvody, proč byl tento proces narušen nezvládnutou úzkostí, která vyústila v profesní konflikt. Profesionální pracovní skupiny zabývající se traumatizovanými a dysfunkčními rodinami jsou vystaveny nepřiměřené výzvě již tak nevyhnutelně bolestivého procesu, který může být překážkou vyváženého rozhodování v nejlepším zájmu dětí. Trauma, zneužívání a zanedbávání mohou ovlivnit profesionální kulturu, která se kolem těchto rodin sráží. K tomu dochází častěji u nejnáročnějších rodin s možnou historií profesionálního selhání, které má za následek profesionální konflikty, impulzivní a špatné rozhodování v důsledku příležitostí, kdy se tato destruktivní dynamika stala nezvládnutelnou.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Předložená případová studie se týká traumatizované pracovní skupiny, kde byly tři malé děti vážně zneužívány svými rodiči. Trauma bylo ústřední zkušeností všech členů této rodiny, která pramenila z několika generací. Dětství rodičů bylo obzvláště traumatické a oba rodiče byli v době, kdy byli v péči vlastní rodiny, těžce zneužíváni a zanedbáváni. Rodiče se seznámili a vybudovali si vztah v době, kdy byli oba zapleteni do závažného zneužívání drog a dealerství. Oddělení sociálních služeb, které pracovalo s touto rodinou, současně vedlo jinou rodinu, která byla předmětem soudního řízení o ochraně dětí, jehož výsledek vyvolal v oddělení velkou úzkost a obviňování.

3. Intervence: zaměření na metodu

Celá pracovní matrice byla ovlivněna mezigeneračním traumatem, a to jak aktuálním traumatem rodičů vůči vlastním dětem, tak traumatem odborné pracovní skupiny, které bránilo jednotlivcům přemýšlet a uvažovat o nejlepším zájmu dětí. Zdálo se, že paralelně probíhá proces symbolického ztotožňování špatných a zneužívajících rodičů s neadekvátními odborníky, kterým oběma nelze věřit, že by zajistili bezpečnost dětí, protože jsou tak zaujati svými vlastními bitvami. Aby bylo možné zvládnout a udržet vhodné psychologické procesy v pracovních skupinách a umožnit členům dokončit jejich pracovní úkoly, je třeba vytvořit vhodný prostor pro reflexi a supervizi, který členům umožní pozorovat dynamiku utvářenou nevědomými procesy a zabývat se jí.

4. Účinky

Nerozpoznání těchto aspektů pracovního prostředí má potenciál znečistit a kontaminovat matici pracovní skupiny ve smyslu nezpracovaných projekcí, projektivních identifikací nebo zkreslení odborných vstupů na úkor blaha dítěte. Vzhledem k neuvěřitelnému tlaku, který je na odborníky v rámci tohoto procesu vyvíjen, aby došlo k nápravě, je pro odborníky zapojené do složitých soudních řízení týkajících se péče o dítě nezbytné poskytnout prostor pro reflexi, aby bylo možné přijímat vhodná rozhodnutí.

Zdroj: Stevenson, S. 2022. The contamination of trauma. Traumatized minds, broken families and dysfunctional work groups: Organizational and interpersonal dynamics in complex child welfare court proceedings.

Dobrá praxe 19

Úvahy o podpůrné skupině pro zotavující se lékaře po dlouhém COVID-19

Odpovědný partner: Institute of Group Analysis Athens (Řecko)

Autor: Harte, V

Klíčová slova: skupinová analýza, podpůrné skupiny, trauma, zdravotnický personál, zotavení

1. Popis události

V říjnu 2020 byla Vivienne Harteová vyzvána Dr. Clare Geradovou, aby jako předsedkyně charitativní organizace Doctors in Distress (DiD) zprostředkovala on-line podpůrnou skupinu pro lékaře, kteří zažívají příznaky dlouhého COVID-19. Skupina byla prostřednictvím charity zdarma určena lékařům v jakékoli fázi jejich kariéry pracujícím ve Spojeném království.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Na úvodní webinář se přihlásilo a zúčastnilo asi 70 lékařů a následně byly zřízeny 3 on-line podpůrné skupiny, které probíhaly paralelně v místnostech s přestávkami. Tito lékaři prožívali velké trápení kvůli obrovské nejistotě a strachu z fyzických příznaků a jejich dopadu na celý jejich život, nejen na jejich profesní roli. Nemocniční lékaři a praktičtí lékaři, stejně jako ostatní zdravotníci a sociální pracovníci v první linii, byli rovněž postiženi kvůli nedostatečným znalostem o viru a nedostatečným vhodným osobním ochranným prostředkům (OOP), jako jsou masky, kukly a oblečení.

3. Intervence: zaměření na metodu

Struktura podpůrné skupiny sestávala z 10 sezení týdně po 1 hodině a 15 minutách. Prvním sezením byl webinář, kterého se mohli zúčastnit lékaři, kteří měli o takovou skupinu zájem, aby si vyslechli, co se bude nabízet, a položili případné úvodní otázky. Následovalo 8 facilitovaných sezení a končilo se dalším webinářem. Závěrečný webinář byl závěrečným sezením a příležitostí pro facilitátory a lékaře, aby poskytli zpětnou vazbu všem zúčastněným. Dvě skupiny vedli skupinový analytici (jeden lékař v důchodu) a jednu praktický lékař NHS, který zároveň pracuje pro NHS Practitioner Health. Tři facilitátoři se před každým sezením a po něm na několik minut před a po kontrole setkali online s Clare Geradovou a koordinátorkou DiD Marií Searlesovou.

Podpůrné skupiny byly ze skupinově-analytického hlediska homogenní v tom smyslu, že byly nabízeny osobám s určitou identitou, lékařem, navštěvujícím určitý problém – dlouhý Covid-19.

Podpůrná skupina, navíc tak krátká, má své vlastní technické obtíže, pokud jde o dosažení rovnováhy mezi hloubkou emocionálního záběru a praktickým vzdělávacím/psychoedukačním šířením informací. Jedním z jasných rozdílů v této skupině bylo, že všichni členové byli velmi zkušený a většinou starší lékaři a autor jako nelékařský analytik skupiny měl jen malou znalost používaných lékařských termínů nebo popisovaných stavů. Fyzikální lékařské zaměření bylo pro autora zpočátku novým jazykem, přestože mnoho let pracoval ve službách duševního zdraví NHS.

4. Účinky

Síla sdílení v bezpečném a otevřeném reflexivním skupinovém prostoru jim umožnila začít nacházet emocionální sílu k rozvoji soucitu k sobě navzájem a potenciálně se uzdravit a znovu vytvořit soucitnější lékařskou matici pro sebe.

Zdroj: Harte, V. 2021: Reflections on a Support Group for Doctors Recovering from Long Covid.

www.groupanalyticssociety.co.uk/contexts/issue-91/articles/reflections-on-a-support-group-for-doctors-recovering-from-long-covid

Dobrá praxe 20

Budování empatických mostů: Mezikulturní "mateřské" naladění ve skupinové psychoterapii pro přistěhovalce a uprchlíky

Odpovědný partner: Institute of Group Analysis Athens (Řecko)

Autor: Schermer, V.L

Klíčová slova: uprchlíci, trauma, skupinová práce, imigranti, kulturní faktory, skupinová dynamika.

1. Popis události

S rostoucím počtem přistěhovalců, kteří přicházejí do Evropy, Spojeného království, Spojených států a dalších zemí, přinášejí s sebou své odlišné kultury, jazyky a rituály a někdy vyhledávají psychoterapii u lékařů v zemi, kde se usadili, se zacházení s přistěhovalci ze strany zdravotnických pracovníků, a zejména skupinových psychoterapeutů, stalo důležitým problémem.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Je důležité zdůraznit, že mezikulturní vztahy a dilemata, kterým přistěhovalci čelí, zahrnují mnoho sociálních, ekonomických, politických, vývojových a jazykových sil, které se objevují v průběhu celého životního cyklu. A to, co platí pro jednu skupinu přistěhovalců, nemusí platit pro jiné. Tento osvědčený postup odkazuje zejména na klinickou kazuistiku, kterou poskytl Leo Leiderman, a to případ 40letého svobodného hispánského muže (José), která odhaluje některé druhy traumat, jež mohou imigranti zažívat.

3. Intervence: zaměření na metodu

Jose se díky počátečnímu zadržování posunul od obranné nedůvěry ke vzájemné náklonnosti, péči, spolupráci a praktickému řešení problémů ve skupině. Schermer se pokouší vnést do probíhajícího dialogu smysluplný způsob chápání neverbálních interakcí a souvislostí a význam modelu mateřské péče při léčení utrpení, s nímž se setkávají cestovatelé hledající nový život v obtížných a náročných podmínkách. Doufáme, že takové porozumění bude mít určitou hodnotu pro skupinové analyticky pracující s lidmi vysídlenými z místa jejich původu. Sledované intervence spočívají v pojmech a jejich vzájemném působení, jako jsou: kultura jako rozšíření a rozvinutí vztahu matka-dítě, mateřské aspekty skupiny a terapeuta, specifické funkce mateřské vazby a jejich užitečnost pro přistěhovalce, připoutání a péče, společnost a spolupráce, tvůrčí a praktické vědomí, psychologické trauma a zadržování. Klinická supervize a povědomí o konkrétním kontextu jsou při léčbě těchto skupin obyvatelstva klíčové.

4. Účinky

Tento článek o dobré praxi poukazuje na důležitost předsymbolických ztělesněných aspektů kulturního projevu. Práce s přistěhoveckou populací vyžaduje bdělost a schopnost reagovat na předverbální druhy interakcí, které charakterizují dvojici matka-dítě, jak se znovu aktivuje ve skupině. Tyto interakce nemusí být nutně regresivní; jsou spíše základem všech lidských vztahů. Jsou zvláště důležité v případě kulturních rozdílů, které se vyskytují například ve skupinách přistěhovalců.

Zdroj: Schermer, V.L. 2021. Building empathic bridges: Cross-cultural 'maternal' attunement in group psychotherapy for immigrants and refugees. Group Analysis, Vol. 54 (2): 226-243.

Dobrá praxe 21

Posttraumatická stresová porucha u zdravotnických pracovníků během pandemie Covid-19 v Itálii

Odpovědný partner: Association for EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Isabel Fernandez, Marco Pagani, Eugenio Gallina

Klíčová slova: zdravotničtí pracovníci, EMDR, PTSD, COVID-19, humanitární krize.

1. Popis případové studie

Účastníci jsou součástí výběrového souboru, který tvoří 744 zdravotnických pracovníků (lékaři, zdravotní sestry, administrativní pracovníci, pomocný personál intenzivní péče, psychologové): V tomto vzorku bylo 587 zdravotníků léčeno pomocí EMDR, zatímco zbylých 157 léčeno nebylo. Účastníci pocházeli z 18 různých nemocnic a pečovatelských domů zapojených do mimořádné události COVID-19. Vzorek byl shromažďován po celé období pandemické mimořádné události od listopadu 2020 do března 2021.

2. Obecné charakteristiky obětí/vzorku

Obecné charakteristiky zdravotníků byly zjišťovány pomocí dvou dotazníků, které si sami vyplnili. Účastníci byli požádáni, aby poskytli:

1. sociodemografické informace;
2. posttraumatická symptomatologie byla hodnocena pomocí Impact of Event Scale- Revised (IES-R).
3. pro zjištění úrovně intenzity emoční aktivace byl použit The Emotion Thermometer (THERMO Mitchell et al., 2010) ve dvou časových bodech (před léčbou a po léčbě): vizuální analogová sebehodnotící škála ke zjištění úrovně intenzity emoční aktivace na Likertově škále od 1 do 10 týkající se některých hlavních emočních prožitků (stres, depresivní nálada, úzkost, hněv, problémy se spánkem, potřeba pomoci).

Za zmínku stojí, že 68 % vyšetřovaných osob mělo před EMDR patologické skóre IES-R (>33).

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervenční protokol byl navržen pro online skupiny přibližně 4-6 účastníků a online prostřednictvím EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Integrative Group Treatment Protocol) (Jarero et al., 2006). Sezení se mohou pohybovat v rozmezí 1 až 1 h a 30 min.

Účastníci byli provedeni cvičeními pro vytvoření bezpečného místa nebo dechovými cvičeními. Vedoucí EMDR-IGTP je požádal, aby přemýšleli o nejhorší části události (současné krize) a poté tento obraz nakreslili na poskytnutý papír. Poté byli požádáni o související hodnocení subjektivních jednotek narušení (Subjective Units of Disturbance; SUD) a bylo jim řečeno, aby na svůj obrázek napsali odpovídající číslo. Poté byli požádáni, aby se podívali na svůj obrázek a poskytli vlastní střídavou oboustrannou stimulaci pomocí Motýlího objektů. Poté byli účastníci instruováni, aby nakreslili další obrázek podle vlastního výběru související s danou událostí a ohodnotili jej podle míry distresu. Zpracování pokračovalo pohledem dospělých na druhý obrázek a použitím Motýlího objektů. Proces se opakoval ještě dvakrát, takže každý účastník nakreslil čtyři obrázky a u každého uvedl hodnocení SUD. Konečná úroveň distresu spojená s aktuální krizí pak byla vyhodnocena žádostí o zaměření se na kresbu, která byla nejvíce znepokojující, a o určení aktuální úrovně SUD.

Kresba a věta pak byly spojeny s Motýlími objekty. Klienti byli instruováni, aby zavřeli oči, prohlédli si své tělo a provedli Motýlí objekt nebo uzemňovací techniky pro stabilizaci. A de visu individuální sezení prostřednictvím standardního protokolu EMDR (Shapiro, 2018). Všechny typy intervencí vycházely z terapie EMDR. Každá intervence trvala 3 setkání po cca 2 h prováděná po dobu jednoho měsíce, přibližně jednou týdně.

Intervence byly vedeny jedním psychoterapeutem (na sezení), který se specializoval na terapii EMDR s cílem zmírnit příznaky posttraumatické stresové poruchy.

4. Výsledky

Studie prokázala, že intervence pomocí EMDR u této populace měla pozitivní vliv na významné snížení symptomů posttraumatické stresové poruchy a příznaků, jako je stres, depresivní nálada, úzkost, hněv, problémy se spánkem a potřeba pomoci.

To potvrzuje, že práce s EMDR v nouzových situacích přináší okamžitou úlevu a zabraňuje chronizaci.

Studie také potvrdila, že protokol EMDR ve všech svých modalitách, online i de visu, může zdravotnické pracovníky chránit před následky akutního stresu.

Zdroj: Fernandez, I., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). Post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Effectiveness of an eye movement desensitization and reprocessing intervention protocol. *Frontiers in Psychology*, 13.

Dobrá praxe 22

Podpora zdravotnických pracovníků v době COVID-19 pomocí metody EMDR Online: pilotní studie

Odpovědný partner: Association for EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Elisa Faretta, M. Ignazia Garau, Eugenio Gallina, Marco Pagani a Isabel Fernandez

Klíčová slova: zdravotničtí pracovníci, EMDR, PTSD, COVID-19, online.

1. Popis případové studie

Nouzové situace vyvolávají stav aktivace, který umožňuje rychlé pokusy o záchranu. Nepřekvapí tedy, že terapeutické zkušenosti s touto kategorií pracovníků dokládají emoční reakce, které zahrnují strach, úzkost a hněv, zhoršené a komplikované objektivními, subjektivními a organizačními rizikovými faktory. Ačkoli to platí obecně pro terénní pracovníky ve zdravotnictví, u zdravotnických pracovníků působících v domovech pro seniory (RSA) jde o obzvláště akutní problém. Obyvatelé jsou starší, slabí nebo zranitelní a potřebují pomoc a podporu v oblasti fyzických, emocionálních, vztahových a zdravotních/zdravotních potřeb, a právě v těchto strukturách byl náhlý výbuch epidemie nejvíce zdrcující. Jakmile pandemie udeřila, byli pracovníci pečovatelských domů vystaveni nepřetržitým kumulovaným traumatickým zážitkům, které vedly k opakované aktivaci extrémních stresových reakcí.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Zúčastnilo se jí 11 účastníků: z toho 7 žen a 4 muži v průměrném věku 46 let, kteří byli rozděleni do dvou skupin po 6, resp. 5 účastnících. Všichni se rozhodli pro izolaci v rámci domova pro seniory po dobu 30 dnů od 1. dubna do 30. dubna 2020. Impact of Event Scale-Revised (IES-R) v souladu s kritérii DSM IV-TR (Weiss a Marmar, 1997) validovaná a přeložená do italštiny (Pietrantonio et al., 2003). Tento psychometrický test se skládá z 22 položek. Obsahuje tři subškály měřící následující dimenze: narušení, vyhýbání se a nadměrné aktivace. Účastníci byli požádáni, aby ohodnotili úroveň svých posttraumatických příznaků pomocí pětibodové Likertovy škály v rozmezí od 0 (= "vůbec ne") do 4 (= "hodně") s ohledem na předchozích 7 dní. Celkové skóre se pohybovalo mezi 0 a 88 body. Hraniční hodnota 33 upozorňuje na vysoké riziko PTSD; v souladu s literaturou neexistují žádné specifické hraniční hodnoty pro interpretaci škály. Emoční teploměr, nestandardizovaný nástroj, který slouží k měření subjektivního prožívání šesti emocí a jejich důsledků účastníky na stupnici 1-10: stres, úzkost, depresivní nálada, hněv, potíže se spánkem a potřeba pomoci.

3. Intervence: zaměření na metodu

Současná mimořádná situace vede k použití skupinového protokolu EMDR, který byl již použit v mnoha zemích světa po hromadných neštěstích. Skupinová EMDR byla použita jak u dospělých, tak u dětí a v mnoha případech byla upravena tak, aby vyhovovala konkrétním podmínkám a kontextu (Wilson et al., 2000; Korkmazlar-Oral a Pamuk, 2002; Fernandez, 2007; Gelbach a Davis, 2007; Zaghrou-Hodali et al., 2008). Skupinový protokol (EMDR-IGTP) kombinuje standardní osmifázovou terapii EMDR s modelem skupinové terapie (Jarero et al., 1999; Artigas et al., 2000) a využívá formu bilaterální stimulace nazvanou Butterfly Hug (Artigas a Jarero, 2014; Jarero, 2020) spolu s kresebnými úkoly (Maxfield, 2008). Vzhledem k přínosům skupinové terapie a prokázané účinnosti protokolu EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) jsme testovali online adaptaci skupinového protokolu EMDR, která měla reagovat na potřeby vyvolané současnou mimořádnou situací, jak se uvádí i v nedávné literatuře (Luber, 2020; Pérez et al., 2020; Tarquinio et al., 2020; Fisher, 2021). Byly realizovány dva programy skupinové terapie. Každý z nich se skládal z pěti setkání: úvodního předtestového a psychoedukačního setkání, následovaných třemi setkáními skupinové terapie EMDR a závěrečného posttestového a debriefingového setkání.

Intervence prováděli terapeuti vyškolení v EMDR na úrovni konzultantů (certifikovaní Evropskou asociací EMDR). Všechna setkání probíhala na virtuální konferenční platformě, aby byl zachován sociální odstup.

1. První setkání (setkání 1) v každé intervenci bylo věnováno představení účastníků, představení projektu a provedení úvodního předtestu úrovně emocí a posttraumatického stresu (škála IES-R a emoční teploměr) a orientaci na kritický stresový incident. Fáze CISO setkání 1 byla zahájena normalizací emočních reakcí účastníků pomocí symptomové mřížky, následovalo představení technik prevence distresu v důsledku akutních reakcí na stres a posttraumatické stresové poruchy.
2. Následující tři setkání (setkání 2, 3 a 4) byla zaměřena na trápení a potřeby týmu a byl proveden skupinový léčebný protokol EMDR (EMDR-IGTP). Účastníci uváděli pocity bezmoci, nemožnosti vidět své blízké a při ztrátě běžných zvyklostí z období před COVID-19 pocity absurdity. Sezení mohou trvat od 1 h do 1 h a 30 min. Účastníci byli vedeni cvičením bezpečného/bezpečného místa nebo dechovými cvičeními. Vedoucí EMDR-IGTP je požádal, aby přemýšleli o nejhorší části události (současné krize) a poté tento obraz nakreslili na poskytnutý papír. Poté byli požádáni o související hodnocení subjektivních jednotek narušení (SUD) a bylo jim řečeno, aby na svůj obrázek napsali odpovídající číslo. Poté byli požádáni, aby se podívali na svůj obrázek a poskytli vlastní střídavou oboustrannou stimulaci pomocí Motýlího objektů. Poté byli účastníci instruováni, aby nakreslili další obrázek podle vlastního výběru související s danou událostí a ohodnotili jej podle míry distresu. Zpracování pokračovalo pohledem dospělých na druhý obrázek a použitím Motýlího objektů. Proces se opakoval ještě dvakrát, takže každý účastník nakreslil čtyři obrázky a u každého uvedl hodnocení SUD.
3. Poslední setkání (setkání č. 5) probíhalo stejným postupem jako předchozí tři, ale určitý čas byl věnován posttestové administraci škály IES-R a emočního teploměru a tomu, aby se účastníci s EMDR mohli podělit o své dojmy z této zkušenosti. Intervence byla ukončena závěrečnými komentáři a shrnutím.

4. Výsledky

Průměrné skóre testu IES-R. Je vidět, že skóre před testem bylo vysoké u narušení $M = 16,18$ ($SD = 6,65$), vyhýbavosti $M = 10,18$ ($SD = 8,96$) a nadměrné aktivity $M = 11,18$ ($SD = 6,11$). Všechna průměrná skóre po testu jsou nižší: vyhýbavost $M = 1,18$ ($SD = 1,25$); narušení $M = 1,91$ ($SD = 1,64$); nadměrná aktivace $M = 1,09$ ($SD = 1,04$). Rozdíl mezi průměrným skóre před a po léčbě je statisticky významný (významnost $p < 0,05$): vyhýbavost $p = 0,005$; narušení $p = 0,0000$; nadměrná aktivace $p = 0,0000$.

Účastníci dosáhli vysokého skóre v subškálách teploměru emocí, které měřily psychosomatické poruchy, jako je stres ($M = 7,36$; $SD = 2,73$), úzkost ($M = 6,73$; $SD = 3,52$), problémy se spánkem ($M = 7,91$; $SD = 2,51$). Vysoké průměrné skóre potřeby pomoci ukazuje, že intervence EMDR by byla skutečně potenciálně velmi užitečná. Průměrné skóre u stejných dimenzí bylo po intervenci nižší. Rozdíl mezi skóre před a po intervenci je statisticky významný (významnost $p < 0,05$): stres $p = 0,0000$; úzkost $p = 0,0003$; nálada $p = 0,005$; hněv $p = 0,001$; spánek $p = 0,0000$; pomoc $p = 0,001$.

Skóre IES-R po intervenci bylo u účastníků významně nižší v subškálách narušení, vyhýbání se a nadměrné aktivity. Skóre po intervenci na dílčích škálách emocí rovněž vykazovalo významné snížení úrovně stresu, úzkosti, depresivní nálady, hněvu, problémů se spánkem a vnímané potřeby pomoci. Ačkoli jsou tyto výsledky předběžné, jsou statisticky významné a ukazují, že námi prováděný protokol EMDR byl účinný při snižování účinků stresem vyvolané posttraumatické stresové poruchy v důsledku izolace během pandemie COVID-19.

Zdroj: Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., & Fernandez, I. (2022). Supporting healthcare workers in times of COVID-19 with eye movement desensitization and reprocessing online: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 13.

Dobrá praxe 23

Dvojitá infanticida

Odpovědný partner: Association for EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Giada Maslovarich

Klíčová slova: skupinová intervence v nouzových situacích, oběti typu 4° a 5°, sociální krizová situace, děti,

1. Popis případové studie

Otec zabije své dva syny ve věku 8 a 2 let, kteří se narodili různým matkám.

Komunita v malém severoitalském městečku, kde k události došlo, je rozrušená.

Zejména škola vyžaduje intervenci od Association for EMDR in Italia na podporu rodičů, učitelů a dětí.

Je nutné vytvořit protokol EMDR v nouzovém prostředí tím, že se určí, s kým se má pracovat (různé typy obětí), co se má nabídnout (CISO a skupina EMDR) a kdy se má nabídnout.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

114 dětí ve věku 6-10 let testovaných prostřednictvím

- Revidovaná škála dopadu událostí na děti (Child Revised Impact of Event Scale-Children and War Foundation; 1998): 13 položek k testování posttraumatické aktivity narušení, vyhublosti, nadměrné aktivity, hyperaktivity.
- Teploměr emocí, ve kterém lze na šesti nakreslených teploměrech testovat úroveň stresu, úzkosti, depresivní nálady, hněvu, poruch spánku a potřeby pomoci na stupnici od 0 do 10.

Průměrné hodnoty narušení, vyhublosti a nadměrné aktivity jsou 7,07; 6,72 a 5,93.

3. Intervence: zaměření na metodu

Léčebný protokol se může velmi lišit v závislosti na tom, o jakou chorobu se jedná.

1. dostupné zdroje (např. záchranáři, pohotovostní psychologické týmy),
2. logistické potřeby (např. prostor, čas na setkání s oběťmi),
3. charakteristiky traumatické události (např. náhodná, úmyslná),
4. povaha události (např. přírodní katastrofy, pohromy, lidská chyba, napadení, vražda),
5. úroveň vystavení traumatu (např. oběti prvního, druhého ... šestého typu).
6. cíle intervence (např. intervence psychosociální a psychologické první pomoci nebo intervence zaměřená na trauma).

V tomto konkrétním případě bylo po pečlivém čtení s ředitelkou základní školy a koordinátorkou mateřské školy rozhodnuto navrhnout:

V tomto konkrétním případě bylo po pečlivém čtení s ředitelkou základní školy a koordinátorkou mateřské školy rozhodnuto navrhnout:

- 2 psychoedukační setkání CISO s rodiči a učiteli zapojených škol.
- 1 až 3 skupinová sezení EMDR ve třídách dětí na základní škole.
- 1 CISD (debriefing) a skupinové setkání EMDR s pracovníky záchranné služby.
- 1 skupinové setkání EMDR se skupinou matek.
- 1 skupinové setkání EMDR se sekundárními oběťmi (např. učiteli, otci, prarodiči, zaměstnanci školy...).

4. Zaměření na skupinový protokol EMDR: příprava, hodnocení a informovanost

Fáze 1: Skupina EMDR: klinická anamnéza a údaje. Vytvoření konceptualizace postupu se skupinou EMDR.

Fáze 2: Příprava skupiny EMDR.

prezentace, psychoedukace o reakcích na trauma, stabilizace pomocí hlubokého dýchání, uzemnění a bezpečného místa.

Fáze 3: Posouzení stavu paměti. Čtyři kvadranty s kresbou a hodnocením poruchy SUD.

Fáze 4 skupiny EMDR: desenzibilizace.

Oboustranný pohyb, Motýlí objetí a vyhodnocení počáteční paměti reprodukované na dalších třech kvadrantech přehodnocením SUD.

Fáze 5 skupiny EMDR: Instalace.

Posílení pozitivního aspektu: identifikování pozitivní myšlenky nebo příjemného pocitu, který se objevil v předchozích krocích. Nakreslení pozitivního pocitu na zadní stranu papíru a zvolení klíčového slova. Volitelně: možnost sdílet klíčová slova a napsat společnou větu v malých podskupinách po 4-5 lidech.

Fáze 6 skupiny EMDR: Skenování těla. Pozorování těla a hlavních stresových bodů. Navrnutí cvičení "oklepávání" nebo "pejsek z vody", aby se tyto stresové body setřásl.

Fáze 7 skupiny EMDR: Ukončení. Zápis z volné diskuse, zpětná vazba ze sezení, rozpočet, prvky psychoedukace, možné termíny dalších sezení.

Fáze 8 skupiny EMDR: přehodnocení vzpomínek z předchozího sezení prostřednictvím SUD. Pokud je obraz rušivý od 0 do 2, je navrženo vzpomínku změnit a přejít k jiné rušivé události, jinak se práce na předchozí vzpomínce opakuje.

5. Výsledky

Ve vzorku po testování jsou průměrné hodnoty narušení, vyhublosti a nadměrné aktivace 3,28; 3,32 a 3,14. Rozdíl mezi průměrnými hodnotami před a po léčbě je statisticky významný.

Na konci práce bylo shromážděno hodnocení větší pohody pomocí kvalitativních metod, jako jsou kresby pozitivních zdrojů, které se objevily během práce, a plakátová tabule s kresbami a klíčovými slovy pozitivních zdrojů.

Zdroj: Maslovaric, G. (2020). EMDR di Gruppo. Insieme Verso il Benessere. Protocolli di Intervento.

Dobrá praxe 24

Stabilizační sezení pro ukrajinské psychology a psychoterapeuty během války v období únor-květen 2022

Odpovědný partner: Association for EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Alessandra D'Abramo, Eugenio Gallina

Klíčová slova: oběti typu 4° a 5°, humanitární mimořádné události s globálním dopadem, válka, EMDR

1. Popis případové studie

24. února Rusko zahajuje vojenskou kampaň na Ukrajině. Association for EMDR in Italia pod koordinací EMDR Europe nabízí ukrajinským psychologům a psychoterapeutům online stabilizační skupiny. Informace o této iniciativě byly šířeny prostřednictvím The EMDR Europe Association a prostřednictvím místních orgánů (Centrum pro psychologické poradenství a traumatoterapii "Otevřené dveře"). Účast byla dobrovolná a bezplatná jak pro účastníky, tak pro vedoucí skupin.

2. Obecné charakteristiky obětí/skupiny

Byly shromážděny pouze kvalitativní ukazatele výchozího stavu účastníků skupiny. Konkrétně se na začátku stabilizačního sezení a na jeho konci zjišťoval SUD (Subjective unit of disturbance). Na škále od 0 do 10 při měření poruchy je průměrné skóre SUD shromážděné ze 100 případů v počáteční fázi intervence SUD <8 (7,58).

3. Intervence: zaměření na metodu

23 italských psychoterapeutů z Association for EMDR in Italia, vyškolených ve skupinovém protokolu EMDR, vedlo v období od 4. března do 3. května 2022 každodenní online setkání mezi 16.00 a 17.30 hodinou. Bylo uspořádáno 46 sezení, kterých se zúčastnilo 111 účastníků od sezení pro 2 do 5 účastníků.

Byl poskytnut skupinový protokol EMDR:

Fáze 1 Skupina EMDR: klinická anamnéza a údaje. Vytvoření konceptualizace postupu se skupinovou EMDR.

Fáze 2 skupiny EMDR: příprava. Prezentace, psychoedukace o reakcích na trauma, stabilizace pomocí hlubokého dýchání, uzemnění a bezpečného místa.

Fáze 3: Posouzení stavu paměti. Čtyři kvadranty s kresbou a posouzením poruchy SUD. Cíle, na kterých účastníci pracovali, nebyly verbalizovány.

Fáze 4 skupiny EMDR: desenzibilizace.

Oboustranné poklepávání, motýlí objekty a vyhodnocení počáteční paměti reprodukované na dalších třech kvadrantech přehodnocením SUD.

Fáze 5 skupiny EMDR: Instalace.

Posílení pozitivního aspektu: identifikování pozitivní myšlenky nebo příjemného pocitu, který se objevil v předchozí fázi. Nakreslení pozitivního pocitu na zadní stranu papíru a volba klíčového slova. Volitelně: možnost sdílet klíčová slova a napsat společnou větu v malých podskupinách po 4-5 lidech.

Fáze 6 skupiny EMDR: Skenování těla. Pozorování těla a hlavních stresových bodů. Navržení cvičení "oklepávání" nebo "pejsek z vody", aby se tyto stresové body setřásl.

Fáze 7 skupina EMDR: Uzavření. Zápis o průběhu sezení, prvky psychoedukace, možné termíny dalších sezení.

Fáze 8 skupiny EMDR: přehodnocení obrazu z předchozího setkání prostřednictvím SUD. Pokud je obraz rušivý od 0 do 2, je navrženo změnit obraz a přejít k další rušivé události, v opačném případě se práce na předchozím obrazu opakuje.

4. Účinky

Některá klíčová slova, o která se kolegové chtěli podělit během části věnované pozitivním zdrojům (fáze 5): nejčastěji se opakovala tato slova:

- Klid
- Síla
- Ochrana
- Naděje
- Lásky

dalšími byli:

- domov, teplo, moře, radost, vděčnost, přijetí, růst, pohoda, přátelé, slunce, důstojnost, květiny, život, rodina, být naživu, NADĚJE, budoucnost, znovuzrození, uzdravení, vítězství.

Ve fázi 7 byly shromážděny i další komentáře:

- "Děkujeme, že jste se s námi podělili o tyto techniky"
- "Dokázala jsem plakat, měla jsem velmi silné emoce, teď se cítím lehčí" "emoční napětí se snížilo"
- "Cítila jsem teplo, představovala jsem si své děti na slunci."
- "Moje město je obsazeno Rusy, z města se nedá odejít, některé deportují do vzdálených měst (od ukrajinských hranic), vypínají elektřinu, benzinové pumpy a internet, slyšel jsem, že mnoho lidí, kteří se v těchto dnech pokoušeli utéct, a kteří byli zabiti. Problém je, že nemáme peníze a prostředky. Mnozí byli na straně Ruska, ale když pak viděli, co se děje, pochopili."
- "Každý den se modlím, abych mohla znovu obejmout svého syna, který se přihlásil jako dobrovolník."

Zdroje: <https://notizie.tiscali.it/salute/articoli/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-profughi-supperto-esperti-locali/>
https://www.adnkronos.com/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-a-profughi-e-supperto-a-esperti-locali_6Kj9Cdd6MsBAO3GiHldl5E

Fernandez I., Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra. Il contributo della terapia EMDR in Rivista di Psicoterapia EMDR, anno XX, settembre 2022, n°42, pp. 27-30

Dobrá praxe 25

Psych.E.In. Nadnárodní setkání ke psychologické včasné intervenci: Modely a přístupy ve třech fázích krize

Odpovědný partner: Association for EMDR in Italia (Itálie)

Autor: Serena Zucchi, Francesca Bascialla, Isabel Fernandez

Klíčová slova: výcvik pro psychology a psychoterapeuty, oběti, mimořádné události, PTSD, intervence EMDR

1. Scénář

Psychologická včasná intervence se stává stále více nepostradatelnou dovedností v profesní dráze psychologa. To do značné míry souvisí s nečekanou situací pandemie Covid-19 a s válkou na Ukrajině, kvůli nimž bylo nutné rychle připravit obrovské množství kvalifikovaného personálu, který by zmírnil psychické potíže a traumata spojená s těmito událostmi.

Psychological Early Interventions: Clinical Training (Psych.E.In.) je evropský projekt financovaný z výzvy Erasmus plus KA 202 - budování strategických partnerství pro odbornou přípravu a odborné vzdělávání v období 2020-2023 (číslo projektu: 2020-1-PL-KA202-082075). Vychází z rostoucí poptávky, která začala v roce 2020, po přípravě psychologů a psychoterapeutů pro naléhavou terénní práci v oblasti psychologické včasné intervence. Projekt vede polská Univerzita Jana Kochanowského v Kielcích, která je vedoucím partnerem, a podílí se na něm konsorcium šesti dalších partnerů z pěti členských zemí Evropského společenství: Association for EMDR in Italy (IT), Asociace klinických psychologů České republiky (CZ), Prešovská univerzita (SK), Institut Alfred Adler de Paris (F), Institut of Group Analysis Athens (EL) a Pixel Cultural Association (IT).

Do projektu je zapojeno více než čtyřicet evropských i mimoevropských přidružených partnerů (univerzity, školy psychoterapie, vědecké asociace, vědecká nakladatelství), kteří sdílejí cíle projektu a zasazují se o jeho šíření mezi svými členy, klienty a studenty.

Konsorcium Psych.E.In. vytváří tři intelektuální výstupy (I.O.):

- I.O. 1: MOOC, masivní otevřené online kurzy
- I.O. 2: Toolkits, sady nástrojů
- I.O. 3: Sbírka případových studií

Za účelem šíření teoretických a metodologických předpokladů raných psychologických intervencí uspořádala Association for EMDR in Italy ve dnech 29.-31. května 2022 otevřené online školení pro partnery a přidružené partnery projektu Psych.E.In.

2. Zapojení účastníci

Cílovou skupinou online nadnárodního vzdělávacího kurzu jsou členové konsorcia Psych.E.In. a přidružení partneři. O akci se šíří zpravodaj, sociální média a místní noviny.

Analýza vzdělávacích potřeb

"Sdílení je péče" je posláním, které inspirovalo konsorcium Psych.E.In. a konkrétně Association for EMDR in Italy jako výsledek analýzy potřeb provedené mezi jeho členy, členy přidružených partnerů a místními zúčastněnými stranami. Analýza datových toků o vzdělávacích potřebách provedená jak ve fázi návrhu projektu, tak ve fázi návrhu vzdělávací akce byla nástrojem pro zjištění potenciálního dopadu akce.

3. Nastavení školení

Online školení se konalo v rámci projektu Psych.E.In. Training Course pořádané v Miláně ve dnech 31. května až 1. června 2022 Association for EMDR in Italy. Kurz zahrnoval uzavřené osobní zasedání vyhrazené pro partnery Psych.E.In. a

předvečerní online zasedání otevřené všem zúčastněným členům příjemců. Akce probíhala v angličtině se simultánním překladem do italštiny.

4. Zúčastněné osoby

Tři dnů se zúčastnilo celkem 1 600 psychologů a psychoterapeutů: V první den (neděle) se jich zúčastnilo 800 a v dalších dvou dnech stejný počet.

5. Školitelé: příprava

Konsorcium Pych.E.In. chce prostřednictvím tří uvedených vzdělávacích kurzů (MOOC, Toolkit a Případové studie) nabídnout transteoretický rámec pro základní klinické a organizační znalosti, dovednosti a schopnosti v oblasti rané psychologické intervence. V tomto rámci byli přizváni odborníci různých přístupů jako klíčoví lektori, aby ilustrovali tři fáze krizové reakce: předfázi, akutní fázi a následnou fázi.

Konkrétně předfázi intervence v nouzové situaci ilustrovali Carla Penna, psychoanalytička, skupinová analytička (Brazílie) a Roger Solomon, ředitel EMDR USA (USA). Akutní fázi popsali Dorota Merecz-Kot, Univerzita v Lodži (Polsko) a Gary Quinn, EMDR Institute (Izrael) a následnou fázi intervence a výsledky popsaly Marina Mojovich, výcviková skupinová analytička Gas Belgrad (Srbsko) a Isabel Fernandez, prezidentka EMDR Europe and Italy (Itálie).

6. Doba trvání

Tři dny od 16.15 do 19.00 hodin. Celkem hodin: 8.15

7. Následná opatření

Následné setkání nebylo plánováno. Ukazatele dopadu akce byly shromážděny prostřednictvím registrace přístupů k intelektuálním výstupům, které byly v době konání akce k dispozici online. Po akci bylo zaregistrováno 350 nových přístupů jako uživatelů.

8. Účinky: hodnocení výsledků učení

Vnímaná spokojenost

V souvislosti s touto akcí nebyly předloženy žádné dotazníky spokojenosti. Připomínky a dotazy však byly shromažďovány prostřednictvím otevřeného chatu v průběhu kurzu. Každý řečník mohl odpovědět na několik otázek a ty nezodpovězené byly zveřejněny na stránce projektu věnované této akci: <https://psychein.pixel-online.org/conferences.php>

Výsledky

Kurz rozvíjí odlišné a vzájemně se doplňující jazyky a metodické přístupy, jakož i nástroje řízení, které posilují vytváření sítí a multidisciplinární práci při reakci na různé typy žádostí o záchranu.

Zvláštní pozornost je věnována zranitelným skupinám obyvatelstva, jako jsou děti, mladiství, těhotné ženy, starší osoby, osoby s tělesným a mentálním postižením a záchranáři v různých fázích zásahu: příprava, akutní fáze a následná opatření.

Řečníci se zaměřili na hodnoty rovnosti, lidských práv a dostupnosti zdrojů a na rychlé obnovení nové rovnováhy v životě a v komunitě po hromadných neštěstích nebo kritických událostech a na podporu odolnosti komunity v jakékoli fázi krize: předkrizové fázi, akutní krizové fázi a následné fázi.

- Předkrizová fáze: je to fáze před kritickou událostí, která je zásadní pro snížení rizik a zmírnění dopadu krize.
- Akutní krizová fáze: je to fáze krize, která představuje podstatu zásahu v případě mimořádné události, pohybuje se od doby bezprostředně následující po události až po prvních 72 hodin. U rekurentních událostí (např. epidemie) může akutní fáze trvat delší dobu.
- Následná fáze: je to čas, kdy je třeba využít poznatky získané při mimořádných zásazích k definování budoucích strategií a politik. Fáze po krizi umožňuje zvýšit citlivost komunity na preventivní kulturu.

Některé protokoly intervencí kompetencí psychologa a psychoterapeuta, které se rozvíjejí v rámci kurzu a projektu, mohou být významné v oblasti duševního zdraví, podpory veřejného zdraví a prevence.

Dobrá praxe 26

Kognitivní restrukturalizace, posttraumatická stresová porucha a závažné duševní onemocnění

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Kim T. Mueser, Jennifer D. Gottlieb, Haiyi Xie a kol.

Klíčová slova: individuální intervence, typ oběti 1°, různé typy traumatu, závažné duševní onemocnění, posttraumatická stresová porucha, kognitivní restrukturalizace.

1. Popis události

Léčba posttraumatických reakcí a posttraumatické stresové poruchy u osob se závažnými duševními onemocněními jako je schizofrenie nebo bipolární porucha, by mohla být problematická a obtížnější. Přístup KBT se při léčbě posttraumatických reakcí a PTSD široce uplatňuje a zdá se být účinný. Často se uplatňuje krátká intervence KBT (3 sezení) složená z nácviku dýchání a psychoedukace. Plná KBT intervence (12 až 16 sezení) je rozšířena zejména o kognitivní restrukturalizaci. Kognitivní restrukturalizace je technika, která pomáhá lidem změnit způsob myšlení o věcech, které je znepokojují nebo frustrují, a to pomocí několika kroků, např. sokratovské metody nebo identifikace a prevence "chyb v myšlení".

2. Obecné charakteristiky skupiny a měření

201 osob se závažným duševním onemocněním jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, deprese nebo bipolární porucha a posttraumatická stresová porucha na základě SCID pro DSM-IV, bylo randomizováno pomocí metody RCT na léčebnou intervenci KBT v délce 3 sezení nebo 12 až 16 sezení. Primárním měřeným výsledkem byla závažnost symptomů PTSD (pomocí CAPS, Weathers et al., 2013). Sekundárními výsledky, které byly měřeny, byly znalosti o PTSD, posttraumatická kognice (PTCI, Foa et al., 1999), úzkost (BAI, Beck & Steer, 1993), deprese (BDI-II, Beck et al., 1996), pozitivní a negativní afektivita (PANASS, Kay et al., 1987), kvalita života (QOLI, Lehman et al., 1995) a globální fungování (GAF, Jones et al., 1995). Měření bylo provedeno na začátku léčby, po léčbě a 6 a 12 měsíců po léčbě.

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence se třemi sezeními byla navržena tak, aby poskytovala stejný trénink dýchání a vzdělávací složku přístupu KBT, ale bez kognitivní restrukturalizace. Kromě toho bylo použito video a diskuse o příčinách a povaze posttraumatické stresové poruchy. Intervence o 12 až 16 sezeních byla rozšířena o kognitivní restrukturalizaci a po prvních třech stejných sezeních se zbývajících 8-12 sezení zaměřilo např. na identifikaci, vyhodnocení a změnu nepřesných a znepokojujících myšlenek, včetně přesvědčení souvisejících s traumatem.

4. Účinky

Studie ukazuje, že u pacientů, kteří absolvovali kompletní KBT s kognitivní restrukturalizací v rozsahu 12 až 16 sezení, došlo k významně většímu snížení symptomů PTSD, nižšímu počtu diagnóz PTSD a většímu zlepšení znalostí o PTSD, globálního a sociálního fungování ve srovnání s pacienty, kteří absolvovali krátkou KBT v rozsahu 3 sezení bez kognitivní restrukturalizace.

Odkaz: Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., Silverstein, S. M., Duva, S. M., Minsky, S., Wolfe, R. S., & McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 206(6), 501–508.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>

Dobrá praxe 27

Restrukturalizace kognitivních funkcí a modifikace představ

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Regina Steil, Kerstin Jung, Ulrich Stangier

Klíčová slova: individuální intervence, typ oběti 1°, mimořádné sociální situace, sexuální zneužívání dětí, posttraumatická stresová porucha, kognitivní restrukturalizace a modifikace představ.

1. Popis události

Sexuální zneužívání v dětství (Childhood sexual abuse; CSA) je traumatizující událost, která často způsobuje psychické problémy v pozdější dospělosti. V klinické praxi se ukazuje, že mnoho osob, které přežily CSA, trpí pocitem kontaminace (feeling of being contaminated; FBC). Osoby, které přežily CSA, mohou například pociťovat znechucení, když se dotýkají vlastního těla, dívají se na něj nebo na něj myslí. Kromě toho se osoby, které přežily CSA, často obávají, že ostatní mohou vidět, že byly zneužívány. Účinným přístupem k nápravě dysfunkčního hodnocení pacientů týkajícího se FBC je kognitivní restrukturalizace. Modifikace představ je účinná při úpravě implicitně uložených asociací souvisejících s afektivními reakcemi.

2. Obecné charakteristiky skupiny a měření

Studie zahrnuje devět pacientek, které splňovaly následující kritéria: věk mezi 18-65 let; PTST hodnocené klinickým pohovorem podle DSM-IV; trpící FBC - operacionalizováno jako pocit špíny kvůli CSA, znechucení vlastním tělem nebo částmi těla souvisejícími s traumatem nebo přesvědčení, že v jejich těle nebo v jejich těle jsou stále zbytky tělesných tekutin pachatele; CSA definovaná podle American Psychological Association - CSA jako sexuální útok na nezletilou osobu nebo sexuální aktivita mezi nezletilou a starší osobou, kdy starší osoba využívá dominantní postavení k donucení nebo donucení mladší osoby. Vylučovací kritéria byla: podstupování psychologické intervence v době studie; celoživotní diagnóza schizofrenie; schizoafektivní poruchy nebo bipolární poruchy podle DSM-IV; index tělesné hmotnosti menší než 16,5; drogová závislost v době studie; mentální retardace.

Třikrát - a) před intervencí, b) po intervenci, c) šest týdnů po intervenci byla pomocí sebehodnotících škál měřena intenzita, živost a nekontrolovatelnost FBC, související distress s FBC a také symptomy PTSD podle PDS (Griesel et al., 2006).

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence se skládá z léčebného sezení a posilovacího sezení. Během prvního intervenčního sezení: a) terapeut a pacient prozkoumají charakteristiky FBC; b) pacient poučený terapeutem provede vlastní průzkum na internetu o tom, jak často se pacientovy kožní a s traumatem spojené buňky zcela obnovily od posledního kontaktu s pachatelem; c) probere tyto informace s terapeutem; d) vypracuje vlastní představy o obnově kůže; e) řízeně aktivuje FBC a související tísnivé představy a používá vlastní idiosynkratické představy o obnově kůže; f) jako domácí úkol - alespoň jednou denně po dobu sedmi dnů poslouchá nahrávku modifikace řízené představy a vyplňuje protokoly s domácími úkoly.

Na posilovacím sezení (asi 11 dní po léčebném sezení) se diskutovalo o účincích léčby, problémech při používání metody a o její implementaci do každodenního života.

4. Účinky

Studie ukazuje, že se významně snížila intenzita, živost, nekontrolovatelnost FBC, distress spojený s FBC a také symptomy PTSD s velkou velikostí účinku (Cohenovo d se pohybovalo v rozmezí 0,99 - 2,79) při porovnání měření před intervencí a po šesti týdnech.

Odkaz: Steil, R., Jung, K., & Stangier, U. (2011). Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.01.008>

Dobrá praxe 28

Terapie přijetím a závazkem v léčbě rezistentní posttraumatické stresové poruchy

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Michael P. Twohig

Klíčová slova: individuální intervence, typ oběti 1°, různé typy traumatu, rezistentní na léčbu, posttraumatická stresová porucha, přijetí a závazek.

1. Popis události

Léčba a intervence založená na KBT v případě PTSD vykazují velkou sílu efektu v porovnání stavu před léčbou a po léčbě a zdá se, že jsou účinné při snižování symptomů PTSD u téměř dvou třetin lidí s těmito duševními problémy (Bradley et al., 2005). U jedné třetiny osob, které přežily trauma a mají problémy spojené s PTSD, je třeba hledat nějakou jinou léčbu, která by pro ně mohla být účinná. Terapie přijetí a odhodlání (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes et al. 1999) se dostává do zvýšené pozornosti jako léčebný přístup, který by mohl být užitečný pro osoby, které jsou rezistentní vůči standardním přístupům KBT. ACT rozšiřuje tradiční přístup KBT tím, že se zaměřuje na funkci myšlenek, pocitů a tělesných vjemů pomocí postupů akceptace a všímavosti.

2. Obecné charakteristiky skupiny měření

Účinek ACT byl zkoumán u Tracy – 43leté bělošky, která v posledních 20 letech absolvovala různá psychoterapeutická sezení u tří různých terapeutů. Tracy byla v dětství zneužívána matkou a její otec zneužíval alkohol. Matka Tracy pravidelně a nepředvídatelně fyzicky a slovně týrala. V důsledku tohoto zneužívání se u ní objevovaly flashbacky a vtíravé vzpomínky a sny na zneužívání, trpěla psychickým strádáním, nadměrnou aktivací a dalšími příznaky souvisejícími s posttraumatickou stresovou poruchou. Absolvovala 20 individuálních jednorodinových sezení KBT pro PTSD, po kterých se u ní během terapie postupně snižovala závažnost PTSD, ale snížení nebylo klinicky významné a po ukončení léčby se vrátila na úroveň před léčbou. Byla tedy definována jako pacientka rezistentní na tradiční léčbu PTSD. Na počátku léčby byla Tracy diagnostikována PTSD, depresivní porucha (MDD), rekurentní porucha nálady a porucha příjmu potravy v plné remisi pomocí SCID podle DSM-IV. Před zahájením ACT vyplnila Tracy sebehodnotící opatření: úzkost (BAI; Beck et al., 1988), deprese (BDI-II; Beck, 1996), PTSD (PCL-C; Ruggiero et al., 2003), psychologická flexibilita (AAQ; Hayes et al., 2004) a posttraumatické kognice (PTCI; Foa et al., 1999). Sebehodnocení bylo měřeno také po 8. sezení, 16. sezení a po ukončení léčby (po 21 sezeních).

3. Intervence: zaměření na metodu

Tracy původně absolvovala 12 sezení ACT pro posttraumatickou stresovou poruchu s tím, že pokud pro ni bude ACT užitečné, bude možné přidat další sezení. První dvě sezení pomohla Tracy objasnit, že pokusy o kontrolu myšlenek, emocí a tělesných pocitů (vnitřních prožitků) byly obecně neúspěšné a narušovaly kvalitu jejího života. Na dalších dvou sezeních si Tracy všimla, že se neustále snaží kontrolovat své vnitřní prožitky prostřednictvím vyhýbání se a samomluvy. Od 5. sezení se zaměření intervence přesunulo na procesy přijetí a všímavosti, jako je přijetí, defúze, já jako kontext a zaměření na přítomnost. Tracy začala s cvičením přijetí, defúze a behaviorálního odhodlání. Od 10. sezení Tracy pokračovala ve cvičeních a na každém sezení s terapeutem přezkoumávala svůj týden a probírala místa, kde jí její vnitřní prožitky bránily v zapojení do smysluplných aktivit. Sezení 17-21 byla udržovací sezení s docházkou na sezení každé 3 týdny, to pomáhá s přechodem z léčby.

4. Účinky

Výsledky ukázaly významné snížení všech ukazatelů v průběhu léčby, s výjimkou myšlenek a přesvědčení souvisejících s traumatem, které se snížily až ke konci léčby.

Odkaz: Twohig, M.P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.

Dobrá praxe 29

Kognitivně-behaviorální společná terapie a posttraumatický růst

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Anne C. Wagner, Lindsey Torbit, Tiffany Jenzer a kol.

Klíčová slova: individuální intervence, typ oběti 1°, různé typy traumatu, posttraumatická stresová porucha, posttraumatický růst, spokojenost se vztahem.

1. Popis události

Prožité trauma vede k vyšší míře psychického stresu a u disponovaných osob může vést k závažným psychickým problémům, jako je posttraumatická stresová porucha. Na druhou stranu přežití traumatu a boj s traumatem by mohl u člověka vést k pozitivním změnám. Tyto pozitivní změny jsou definovány jako posttraumatický růst (posttraumatic growth; PTG). Během zpracování traumatu je důležitá sociální podpora. Sociální opora je jedním ze zdrojů, které by mohly pomoci snížit příznaky posttraumatické stresové poruchy a usnadnit PTG. Kognitivně-behaviorální terapie rozšířená o zaměření na zlepšení fungování intimních vztahů (CBCT; Monson & Fredman, 2012) se zdá být účinná při zvládání posttraumatických reakcí.

2. Obecné charakteristiky skupiny a měření

40 intimních párů rekrutovaných z ambulance U.S. Veteran's Affairs outpatient clinic a z univerzitního výzkumného centra bylo randomizováno do dvou skupin – skupiny, která podstoupila CBCT, a skupiny s tříměsíčním čekáním. Kritéria pro zařazení do studie byla 18-75 let; jeden z partnerů měl splňovat diagnostická kritéria pro aktuální PTSD podle CAPS (Blake et al., 1995). Vylučovacími kritérii bylo bezprostředně hrozící sebevražedné, vražedné nebo sebepoškozující chování v posledních 6 měsících, splnění diagnostických kritérií pro aktuální závislost na návykových látkách, nekontrolovaná psychotická nebo bipolární porucha hodnocená podle SCID pro DSM-IV, oba partneři splňující kritéria pro aktuální PTSD nebo potvrzení závažné sexuální nebo fyzické agrese ze strany intimního partnera v posledních 12 měsících. Na začátku léčby, v polovině léčby/4 týdny čekání a po léčbě/12 týdnů čekání byly měřeny PTSD pomocí CAPS, PTG pomocí PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) a spokojenost ve vztahu pomocí DAS (Spanier, 1976).

3. Intervence: zaměření na metodu

Jako cílová intervence byla použita kognitivně-behaviorální společná terapie PTSD (Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD; CBCT). CBCT je třífázová, patnáct sezení trvající, manualizovaná, na trauma zaměřená párová terapie, jejímž cílem je současně snížit symptomy PTSD a zlepšit fungování intimních vztahů (Monson & Fredman, 2012). V první fázi je představen léčebný protokol a zdůvodnění a je poskytnuta psychoedukace o symptomech PTSD a vztazích. Druhá fáze je zaměřena na zlepšení komunikace, snížení emoční otupělosti a vyhýbání se spojené s PTSD a zvýšení spokojenosti ve vztahu. Třetí fáze je zaměřena na získání významu traumatické události přehodnocením traumatu s cílem dospět k adaptivní interpretaci události. Kromě toho léčba zahrnuje plnění úkolů mezi sezeními, které usnadňují získávání dovedností, a na jednom z posledních sezení se diskutuje o PTG a jeho překážkách.

4. Účinky

Studie ukazuje, že CBCT snižuje symptomy PTSD, zvyšuje spokojenost ve vztahu a usnadňuje PTG, a to i při omezeném zaměření na PTG v této společné intervenci.

Odkaz: Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). The Role of Posttraumatic Growth in a Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 379–383. <https://doi.org/10.1002/jts.22122>

Dobrá praxe 30

Kognitivně-behaviorální intervence pro PTSD a posttraumatický růst

Odpovědný partner: Prešovská univerzita (Slovensko)

Autor: Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl, Andreas Maercker

Klíčová slova: individuální intervence, typ oběti 1°, různé typy traumatu, PTSD, posttraumatický růst, kognitivně-behaviorální intervence.

1. Popis události

Zkušenost s traumatickou událostí může vést k narušení základních přesvědčení týkajících se světa, druhých a sebe sama. Takový zážitek by mohl způsobit významné negativní změny v duševním zdraví, např. posttraumatické reakce, jako je posttraumatická stresová porucha, deprese nebo úzkost. Narušená základní přesvědčení mohou vést také k pozitivním změnám, známým jako posttraumatický růst (PTG). Kognitivně-behaviorální přístup, zejména sezení zaměřená na kognitivní restrukturalizaci, se zdá být účinný při obnově a novém definování roztržitých základních přesvědčení a pomáhá k zotavení po traumatu a zvýšení odolnosti.

2. Obecné charakteristiky skupiny a měření

Devadesát šest účastníků ve věku 18 až 68 let, kteří zažili traumatickou událost, k níž došlo nejméně jeden měsíc před zahájením léčby, a splňovali kritéria DSM-IV pro PTSD, bylo náhodně zařazeno buď do léčby, nebo do kontrolní skupiny. Na začátku a po léčbě byly měřeny posttraumatické stresové reakce (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); deprese a úzkost (BSI; Derogatis, 1992); posttraumatický růst (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996); optimismus (LOT-R; Scheier et al., 1994); otevřenost vůči zkušenosti (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992).

3. Intervence: zaměření na metodu

Intervence se skládala ze tří fází léčby: (1) konfrontace se sebou samým, (2) kognitivní rekonstrukce, (3) sociální sdílení a rituál na rozloučenou. V první fázi byli pacienti poučeni o mechanismu expozice a byli instruováni, aby popsali a napsali nejbolestivější obrazy a myšlenky související s traumatem. Měli psát v první osobě a v přítomném čase a podrobně popsat všechny smyslové detaily, které během traumatických událostí zažili. Ve druhé fázi pacienti absolvovali psychoedukaci o principech kognitivní restrukturalizace. Cílem této fáze bylo vytvořit si nový pohled na traumatickou událost a znovu získat pocit kontroly. Účastníci napsali podpůrný dopis imaginárnímu příteli, který prošel stejným zážitkem. Měli reflektovat pocity viny a studu, zpochybnit dysfunkční automatické vzorce myšlení a chování a opravit nerealistické předpoklady. Ve třetí fázi pacienti absolvovali psychoedukaci o pozitivních účincích sociálního sdílení. V závěrečném dopise se symbolicky rozloučili s traumatickou událostí. Pacienti shrnuli, co se jim stalo, reflektovali terapeutický proces a popsali, jak se s ním hodlají vyrovnat nyní i v budoucnu.

4. Účinky

Studie ukazuje, že absolvování kognitivně-behaviorální intervence vede k významnému zvýšení posttraumatického růstu a pomáhá zlepšit symptomy posttraumatických reakcí, které významně předpovídají posttraumatický růst po léčbě. Vliv kognitivně-behaviorální intervence na stabilnější faktory (optimismus a otevřenost vůči zkušenosti) nebyl pozorován.

Odkaz: Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Intervention on Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295.