

Osvedčený postup č. 1

Intervencie zohľadňujúce traumy: Systematický prehľad

Spracovali: Jan Kochanowski University (Poland)

Autori: Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021)

Kľúčové slová: intervencie zohľadňujúce traumy

1. Kontext

Nerovnosti v oblasti zdravia sú naďalej problémom verejného zdravia. Chronická nepriazeň osudu, ako je diskriminácia alebo rasizmus ako trauma, môže upevňovať nerovnosti v zdraví marginalizovaných skupín obyvateľstva. Existuje čoraz viac literatúry o starostlivosti zohľadňujúcu traumy a kultúrne kompetentnej starostlivosti ako základných prvkoch podpory rovnosti v oblasti zdravia, avšak žiadny predchádzajúci prehľad sa systematicky nezaoberal intervenciami zohľadňujúcu traumy. Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotiť typy, prostredie, rozsah a poskytovanie intervencií zohľadňujúcich traumy a súvisiace výsledky.

2. Postup

Realizovalo sa vyhľadávanie v databázach - PubMed, Embase, CINAHL, SCOPUS a PsycINFO - s cieľom identifikovať kvantitatívne štúdie publikované v angličtine pred júnom 2019. Kritériá oprávnenosti splnilo 32 jedinečných štúdií s jedným sprievodným článkom.

3. Výsledky

Viac ako polovica z 32 štúdií boli randomizované kontrolované štúdie (n = 19). Trinásť štúdií sa uskutočnilo v Spojených štátoch. Najčastejšími typmi traumy, ktorými sa zaoberali, boli zneužívanie detí, domáce násilie alebo sexuálne útoky (n = 16). Hoci intervencie boli zväčša zamerané na zníženie príznakov posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD) (n = 23), depresie (n = 16) alebo úzkosti (n = 10), intervencie zohľadňujúcu traumy boli väčšinou poskytované v ambulantnom prostredí (n = 20) zdravotníckymi pracovníkmi (n = 21). Dve najčastejšie používané intervencie boli desenzibilizácia a reprocesing očnými pohybmi – EMDR (n = 6) a kognitívno-behaviorálna terapia (n = 5). Účinnosťou intervencie sa zaoberalo 16 štúdií. Intervencie informované o traume významne znížili symptómy PTSD v 11 z 23 štúdií. V 15 štúdiách sa zistilo zlepšenie troch hlavných psychologických výsledkov vrátane symptómov PTSD (11 z 23), depresie (9 zo 16) a úzkosti (5 z 10). Kognitívno-behaviorálna terapia konzistentne zlepšila širokú škálu výsledkov vrátane depresie, úzkosti, emocionálnej dysregulácie, interpersonálnych problémov a rizikového správania (n = 5).

4. Závěry

Existujú rozporuplné dôkazy na podporu intervencií informovaných o traume ako účinného prístupu k psychologickým výsledkom. Budúce intervencie informované o traume by mali mať rozšírený rozsah, aby sa zaoberali širokou škálou typov traumy, ako je rasizmus a diskriminácia. Okrem toho by sa mala skúmať širšia škála výsledkov týkajúcich sa posttraumatických reakcií.

Referencia: 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>

Osvedčený postup č. 2

Smútenie pozostalých v čase COVID-19: Prehľad a teoretický rámec

Spracovali: Jan Kochanowski University (Poland)

Autori: Stroebe, M., Schut, H

Kľúčová slová: smútenie, žiaľ, zdravie, COVID-19, pandémia, prehľad, teória, model duálneho procesu

1. Opis štúdie

Prehľad literatúry o adaptácii na smútenie pozostalých počas pandémie COVID-19 bol vykonaný s cieľom posúdiť súčasný stav poznatkov. V databázach Scopus, Web of Science a Google Scholar sa vyhľadali štúdie uverejnené počas prvých 6 mesiacov vypuknutia pandémie COVID-19. Do prehľadu bolo zahrnutých 44 článkov. Naratívna syntéza ukázala, že poznatky boli zväčša založené na expertných hodnoteniach predchádzajúcich výskumov v oblasti smútenia a profesionálnych skúsenostiach; zatiaľ chýbajú empirické dôkazy, ktoré by spájali vlastnosti situácií smútenia v dôsledku COVID-19 so zdravotnými dôsledkami. Závažné negatívne dôsledky autori článkov dôsledne predikovali. Stále sa pomerne málo uvažuje o pozitívnych alebo kompenzačných procesoch alebo o možnosti, že by mohli zmierniť účinok šokujúcich, traumatických okolností. Až na dve významné výnimky sa nevenovala dostatočná pozornosť úlohe teoretických modelov na usmerňovanie výskumu a praxe.

2. Modely intervencie

DPM (pre popis hlavných parametrov: Stroebe & Schut, 1999, 2001, 2010) bol navrhnutý tak, aby reprezentoval zážitok straty blízkej osoby spôsobom, ktorý vychádza z predchádzajúcich modelov, ale zároveň ich rozširuje. Jeho základné parametre zahŕňajú opisy typov stresorov spojených so stratou, ktoré sa chápu buď ako orientované na stratu (LO), alebo ako orientované na obnovu (RO). Orientácia na stratu sa vzťahuje na sústredenie sa na stresujúce aspekty samotného zážitku straty, ich riešenie a spracovanie, najmä v súvislosti so zosnulou osobou (napr. návšteva hrobu s cieľom byť blízko zosnulého; prezeranie jeho fotografií). Orientácia na obnovu sa týka sekundárnych (voči samotnej strate) zdrojov/vyrovňavania sa so stresom. RO sa zameriava na to, čo ďalšie je potrebné riešiť v dôsledku straty a ako sa tieto záležitosti riešia (napr. prijatie zamestnania na kompenzáciu strateného príjmu zosnulého; učenie sa zručnostiam, ktoré vykonával zosnulý). Okrem toho boli postulované procesy zvládania (spôsoby vyrovňavania sa so stresormi), ktoré so sebou prinášajú dynamické zmeny. Ide o proces, ktorý je predpísaný skutočnosťou, že existujú typy stresorov LO aj RO, s ktorými sa treba vysporiadať, čo nemožno robiť súčasne. Keďže každý z týchto typov stresorov sa musí zvládnuť, aby bolo možné prispôbiť sa strate, znížiť stres a negatívne dôsledky, súčasťou procesu zvládania musí byť posúvanie sa sem a tam medzi zvládaním jedného alebo druhého typu stresora. DPM zahŕňa opis výsledkov, následkov zvládania (napr. prispôbenie sa strate, účinky na duševné a fyzické zdravie, pretrvávanie alebo pokles úrovne smútku v priebehu času).

3. Efekt a odporúčania

DPM vedie k iným návrhom na poradenstvo alebo terapiu, ako sú tie, ktoré sa navrhujú vo vyššie skúmaných článkoch. Intervenčné protokoly sa často riadili zásadami KBT a zameriavali sa na vyrovňavanie sa so smrťou blízkej osoby. Ako také sú orientované na stratu. V nadväznosti na všetko, čo bolo uvedené vyššie, by z toho vyplývalo, že by sa mali riešiť aj úlohy orientované na obnovu. Táto argumentácia má podporu. Niektoré nedávne štúdie prijali rámec DPM a zahrnuli doň aj zaobchádzanie so stresormi RO (prehľad: Fiore, 2019). Shear a i. (2005) a Chow a i. (2019) preukázali, že zahrnutie úloh zameraných na zvládanie stresorov RO bolo spojené s väčším zlepšením, ako keď sa intervencia zameriavala len na LO; Nam (2017) ukázal, že intervencia zameraná na RO bola účinnejšia ako psychoedukácia. Tieto štúdie naznačujú, že zvládanie stresorov RO je dôležité pri pomoci pozostalým, ktorí potrebujú odbornú pomoc. V situácii COVID-19 pozostalých by sa po identifikácii špecifických, problematických stresorov LO a RO, ktoré klient zažíva, mohla navrhnúť intervencia na ich systematické zvládanie. Protokoly, ktoré už vypracovali Shear a i. (2005), Chow a i. (2019) a Nam (2017), poskytujú užitočné informácie na navrhovanie intervenčných programov založených na DPM.

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

Referencia: 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



Osvedčený postup č. 3

Posttraumatické stresové symptómy u zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa pracovali s pacientami zasiahnutými pandémiou COVID-19: Systematický prehľad

Spracovali: Jan Kochanowski University (Poland)

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

Kľúčová slová: prevencia, PTSS, pracovníci v zdravotníctve, Covid 19

1. Úvod

Prevencia posttraumatických stresových symptómov (PTSS) u zdravotníckych pracovníkov (HCW), ktorí čelia súčasnej pandémie COVID-19, je celosvetovou výzvou, pretože HCW pravdepodobne zažívajú akútne a chronické, často nepredvídateľné, profesionálne stresory vedúce k PTSS. Cieľom tohto prehľadu je analyzovať literatúru s cieľom zistiť, na ktoré témy sa zamerala pozornosť a aký je najnovší vývoj v oblasti zvládania profesionálneho rizika PTSS u HCW počas súčasnej pandémie. Na účely tohto prehľadu boli prehľadávané publikácie v databáze MEDLINE/Pubmed s použitím vybraných kľúčových slov. Články boli preskúmané a zaradené do jednej alebo viacerých z nasledujúcich kategórií na základe ich predmetu: hodnotenie rizika, riadenie rizika, miera výskytu. Kritériám zaradenia vyhovovalo celkovo 16 publikácií. Rozoberané témy boli nasledovné: "Hodnotenie rizík", "Miera výskytu" a "Riadenie rizík". Zistilo sa, že prediktormi PTSS sú mladý vek, nízka pracovná skúsenosť, ženské pohlavie, veľká pracovná záťaž, práca v nebezpečnom prostredí a nedostatok odbornej prípravy a sociálnej podpory.

2. Výskyt PTSS

V 14 vybraných článkoch analyzujúcich výskyt PTSS u HCW, ktorí sa zaoberali pandémiou COVID-19, sa zistil výskyt od 2,1 % do 73,4 %. Toto široké rozpätie možno pripísať (1) rôznemu načasovaniu štúdií a (2) skúmaným zdravotníckym zariadeniam. Konkrétne Song a kol. v štúdiu uskutočnenej od 28. februára 2020 do 18. marca 2020, keď bola pandémia v Číne pod kontrolou a pracovný tlak HCW bol v porovnaní s vrcholným obdobím epidémie výrazne znížený, zistili nižšiu mieru výskytu PTSS (9,1 %) v porovnaní so štúdiami uskutočnenými počas vrcholného obdobia COVID-19 v Číne. V súlade s týmto zistením štúdia Rossiho a kol. vykonaná v Taliansku v období od 27. do 31. marca, počas vrcholu epidémie v Taliansku, preukázala vyšší výskyt HCW postihnutých PTSS v porovnaní so štúdiami vykonanými neskôr, keď bola pandémia pod kontrolou. Pokiaľ ide o zdravotnícke zariadenia, zvýšená miera PTSS sa zistila v lôžkových zariadeniach (až 70 %), najmä medzi HCW, ktorí sa starali o pacientov s COVID-19 alebo boli zamestnaní na oddeleniach urgentného príjmu nemocníc.

3. Efekt a odporúčania

Zistenia tejto prehľadovej štúdie poukazujú na potrebu krízových intervencií zameraných na ochranu HCW pred psychologickým vplyvom traumatických udalostí súvisiacich s pandémiou a vedúcich k PTSS. Zistil sa súbor dôkazov o týchto prediktorech zvýšeného rizika utrpenia PTSS: mladý vek, ženské pohlavie, neabsolvovanie štúdia, veľká pracovná záťaž, nízke zdravotnícke vzdelanie, nežitie s partnerom a nízka sociálna podpora. Preto by sa zdravotnícke organizácie mali zamerať na podporné zdroje dostupné pre HCW, aby sa predišlo ťažkému psychickému poškodeniu súvisiacemu s PTSS u HCW, ktorí sú priamo súčasťou pandémie COVID-19. PTSS totiž zahŕňa chronickú silnú úzkosť s opätovným prežívaním traumatickej udalosti, flashbacky, nočné mory, zvýšenú vzrušivosť a obmedzenie spoločenského života a môže viesť k PTSD. Keďže ľudia trpiaci PTSD sú výrazne viac (2 - 5-krát) ohrození samovraždami myšlienkami, pokusmi o samovraždu a smrťou v dôsledku samovraždy, prevencia PTSD je osobitným záujmom HCW, vzhľadom na to, že už vykonávajú povolania, ktoré sú vystavené zvýšenému riziku, a ľudia trpiaci PTSS sú náchylní nevyhľadávať starostlivosť kvôli prekážkam, ako je nedostatok informácií, strach zo stigmatizácie alebo presvedčenie, že príznaky sa môžu časom zmierniť. V súčasnosti je potrebné vyvinúť osobitné úsilie na prevenciu PTSD ako sekundárneho účinku pandémie SARS-Cov2 medzi HCW, ktorí sa

stretávajú s pacientmi s COVID-19. Preto je potrebné, aby sa v politikách zdravotnej starostlivosti čo najskôr zohľadnili stratégie prevencie a riadenia smerom k PTSS a súvisiacim psychickým následkom vrátane politik na zavedenie pravidelného skríningu PTSS u HCW. Je tiež potrebné urýchlene zasiahnuť s cieľom identifikovať a liečiť HCW s PTSD, pretože takýto prístup môže znížiť riziko chronického psychického poškodenia.

Referencia: 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>

Osvedčený postup č. 4

Integrovaný existenciálny rámec pre teóriu traumy

Spracovali: Jan Kochanowski University (Poland)

Autor: Kaitlin Wilmschurst

Kľúčová slová: trauma, existenciálna, PTSD, teoretická integrácia, rámec

1. Úvod

V tomto článku je predstavený integrovaný existenciálny rámec pre teóriu traumy. Rámec je založený na zoskupení súčasných teórií traumy do fyzických, vzťahových a intrapersonálnych kategórií a na vzťahu týchto troch zoskupení ku konečným existenciálnym problémom Irvina Yaloma: život/smŕť, spojenie/izolácia a sloboda/zodpovednosť.

2. Existenciálny prístup a trauma

Nedávny výskum odhalil vzájomné pôsobenie fyziologických a psychosociálnych aspektov traumatických zážitkov, čo naznačuje, že na úplné riešenie dôsledkov traumy je potrebná teoretická integrácia, ktorá zahŕňa zohľadnenie fyziologických zmien, podmieneného strachu a vzťahových vplyvov. Tvrdí sa, že štvrtý existenciálny problém, zmysel/bezvýznamnosť, je základom všetkých aspektov traumy a tvorí spoločné spojivo medzi všetkými teóriami. Tento článok podniká stručný prehľad súčasných teórií v traumatológii s cieľom ilustrovať platnosť troch teoretických zoskupení, skúma súčasné uplatňovanie existenciálnej teórie na konceptualizáciu traumy a predstavuje zjednocujúci organizačný rámec pre teóriu traumy založený na existencializme.

Výsledkom štúdie je komplexný rámec, ktorý sa zaoberá fyzickými, vzťahovými a intrapersonálnymi aspektmi traumy, podložený existenciálnou perspektívou

3. Odporúčania

Existencializmus predstavuje dôležitý doplnok k bežnejšie uplatňovaným teóriám traumy, pretože uznáva nehmotný vplyv traumy na zmysel, smrteľnosť a identitu. Cieľom tohto rámca je poskytnúť štruktúru ohromnému množstvu teórií traumy a spôsobov liečby a zároveň umožniť sociálnym pracovníkom flexibilitu pri zaraďovaní známych teórií a spôsobov do existencialistickej praxe. Rámec predstavuje určité výzvy pre prax a výskum - najmä to, ako zachovať úctu k bohatej filozofickej histórii existenciálnej teórie a zároveň ju používať a študovať v pozitivistickom prostredí. Ak sa však rámec používa efektívne, môže sa zaoberať hĺbkou dopadov traumy a obsahovať šírku teórií, ktoré sociálni pracovníci používajú na konceptualizáciu a liečbu traumy, čo vedie k dobre štruktúrovanej, profesionálnej ekletickej praxi.

Referencia: Wilmschurst, 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>



Osvedčený postup č. 5

Existenciálne otázky pri traume: implikácie pre posudzovanie a liečbu

Spracovali: Jan Kochanowski University (Poland)

Autori: Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos

Kľúčové slová: trauma, existenčné otrasy

1. Úvod

Trauma je svojou povahou existenciálna, pretože má vplyv na spôsob, akým jednotlivec prežíva svet, na jeho seba pochopenie a na jeho zmysel pre miesto vo svete. Napriek tomu, že sa v poslednom čase rozširuje literatúra o traume, je stále bežné, že sa trauma pri svojom poňatí a liečbe príliš zjednodušuje. Veľká časť liečby sa zameriava najmä na kategorizáciu traumy do diagnóz posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD) alebo poruchy prispôsobenia a následnú liečbu symptómov pomocou liekov a/alebo behaviorálneho poňatia symptómov. Je nevyhnutné, aby sme sa posunuli k diferencovanejšiemu chápaniu traumy. Trauma sa vyskytuje v mnohých formách a rôznych stupňoch závažnosti. Ďalej sa to komplikuje tým, že bude mať rôzne dopady v závislosti od vývoja, odolnosti a interpersonálnej podpory človeka, okrem iných faktorov.

2. Existenciálne otázky pri liečbe traumy

Tento článok je zameraný na úlohu rôznych existenciálnych otázok pri konceptualizácii a liečbe traumy, ktoré sa týkajú najmä Greeningovej koncepcie "existenciálneho otrasu". Pre konceptualizáciu a liečbu je dôležité, či jedinec vystavený traumatickým udalostiam zažíva existenciálne otrasy alebo nie. Traumatické reakcie, ktoré zahŕňajú existenciálne rozbitie, budú pravdepodobne rezistentné alebo nedostatočne liečené liečbou zameranou na symptómy, ktorá sa nezaobrá dôsledkami dekonštrukcie alebo rozbitia vlastného pohľadu na svet, ktorý je dôležitým zdrojom udržiavania zmyslu a odolnosti. Hoci väčšina klientov s traumou môže prospeť zváženie existenciálnych otázok, pre niektorých klientov, ktorých svetonázor a systém zmyslu boli rozbité, je to nevyhnutná súčasť procesu uzdravovania.

3. Odporúčania

Existenciálne rozbitie je dôležitý koncept v liečbe traumy, ktorý má význam vo fáze hodnotenia a liečby psychoterapie. Pozornosť venovaná tomuto konceptu môže pomôcť rozlíšiť rôzne typy reakcií na traumu, ktoré majú dôležité dôsledky pre liečbu. Existenciálna terapia a iné terapie založené na existenciálnej perspektíve sú ideálne vhodné na prácu s klientmi, ktorí zápasili s traumou, a najmä s existenciálnym rozbitím.

Referencia:

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



Osvedčený postup č. 6

Edukačné stretnutia

Spracovali: Association of Clinical Psychologist (Czech Republic)

Autori: Khalida Yasmin, Adnan Yaqoob, Hajra Sarwer

Kľúčové slová: Kognitívno-behaviorálne, intervencie, vyhorenie, odolnosť, zdravotné sestry

1. Kontext

Oddelenie urgentného príjmu je v zdravotníctve mimoriadne rizikovým pracoviskom, kde sa atmosféra často stáva nepredvídateľnou. V takomto prostredí, na sestry vplýva pretrvávajúca úroveň vyššieho stresu na duševnú pohodu, čo vedie k vyčerpaniu. Na oddelení intenzívnej starostlivosti sú sestry potenciálne postihnuté úzkosťou v dôsledku stresujúceho prostredia a pracovnej záťaže, ktorá je hlavným faktorom negatívneho dopadu a vedie k vyhoreniu. Intervencia založená na kognitívno-behaviorálnej terapii (KBT) je jednou z účinných intervencií na zníženie vlastného vyhorenia, ako aj na zvýšenie odolnosti.

2. Opis participantov a merané premenné

Prostredníctvom face-to-face rozhovorov boli zisťované sociodemografické a základné informácie od 50 zdravotných sestier pracujúcich na oddelení intenzívnej starostlivosti. Meranie bolo realizované na začiatku štúdie a po intervencii.

Merané boli:

➔ Syndróm vyhorenia a reziliencia (odolnosť)

3. Intervencia: zameranie na metódu.

Intervencie sa uskutočnili počas rannej zmeny v posluchárni vybraného výskumného zariadenia. Účastníci boli upozornení, aby sa nezúčastnili na žiadnom ďalšom vzdelávacom stretnutí týkajúcom sa špecializácie praxe, aby sa zabránilo rušivým faktorom.

Osemtyždňové sedenia pozostávali z osobnej prednášky prostredníctvom prezentácie vo formáte PowerPoint, audiovizuálnej ukážky a modelovania rolí. Prednáška a audiovizuálna ukážka pozostávali zo zložiek techník KBT zameraných na zníženie vyhorenia. Po ukončení vzdelávacieho sedenia založeného na KBT a audiovizuálnej ukážke, prednáškach, domácich úlohách a tiež modelovaní rolí sa účastníci učili techniky na zníženie vyhorenia a zvýšenie zručností v oblasti sebakompetencií. Po ôsmich týždňoch vzdelávacích stretnutí založených na KBT sa opätovne hodnotil vplyv KBT na vyhorenie a odolnosť účastníkov..

4. Efekt

Táto štúdia ukazuje, že skóre premenných vyhorenia a reziliencie po kognitívno-behaviorálnej terapii dosiahlo významný rozdiel (s p-hodnotou <0,05). Úroveň vyhorenia sa znížila a úroveň odolnosti sa zvýšila.

Rreferencia: 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.

Osvedčený postup č. 7

Normalizácia zameraná na emócie, psychoedukácia, a prístup založený na technikách nácviku dýchania (Dve prípadové štúdie)

Spracovali: Association of Clinical Psychologist (Czech Republic)

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

Kľúčová slová: úzkosť, COVID-19, bránicové dýchanie, psychologická intervencia, dýchanie

1. Kontext

Pacienti trpiaci následkami zápalu pľúc COVID-19 často pociťujú dýchavičnosť alebo dušnosť, čo zvýšilo výskyt respiračnej úzkosti medzi týmito prípadmi. Príznaky pľúcneho ochorenia a úzkosti sa prekrývajú a účinky týchto prvkov sa navzájom zhoršujú.

2. Opis participantov a merané premenné

Na základe klinickej psychologickej liečby 68 pacientov s COVID-19 v akútnej fáze ochorenia na jednotkách štandardnej a intenzívnej starostlivosti, ako aj po COVIDe bolo súčasťou štúdie. Táto štúdia opisuje ciele intervencie aplikované počas 178 sedení počas 3,5 mesiaca vo Fakultnej nemocnici v Plzni v Českej republike.

Skupina pacientov bola značne heterogénna z hľadiska pohlavia, veku, závažnosti respiračného zlyhania, intenzity ventilačnej podpory a počtu sedení, ktorý sa pohyboval od 1 do 12, pričom každé sedenie trvalo od 10 do 60 minút podľa zdravotného stavu a motivácie pacienta.

Výrazná podobnosť sa zistila najmä u tých pacientov, u ktorých sa vyskytla vyššia závažnosť respiračného zlyhania. Títo pacienti boli zvyčajne označovaní ako úzkostliví, bojázliví, nemotivovaní k rehabilitácii alebo sa dokonca aktívne vyhýbali akejkoľvek fyzickej aktivite. U týchto pacientov bol prítomný strach z dýchania alebo dusenia, úzkosť a respiračné zložky úzkosti.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Psychoterapeutický prístup bol podporný a nedirektívny, pričom sa uplatňovala integratívna metodika. Hlavnou súčasťou liečby bola kognitívno-behaviorálna terapia a dýchacie techniky. Klinický psychológ, ktorý poskytoval liečbu, mal tiež skúsenosti s logoterapiou a existenciálnou analýzou a certifikát v oblasti koučovania (neurolingvistické programovanie), krízovej intervencie a psychologickej prvej pomoci.

- 1) Intervencia sa začala podporou pri prijímaní a zmiernení emócií súvisiacich s dýchavičnosťou a nedostatkom dychu (napr. uznanie strachu spojeného s nemožnosťou správne dýchať, problémy spojené s odpojením od umelej ventilácie a prijatie súčasných obáv a úzkosti ako normálnych emócií počas dlhej, náročnej a potenciálne život ohrozujúcej hospitalizácie).
- 2) Druhá časť psychologickej intervencie bola zameraná na poučenie pacienta o úzkosti a jej fyziologických a psychologických účinkoch. Pacient terapeutovi opísal svoje symptómy a spoločne o nich diskutovali, pričom sa zamerali nielen na to, aby teraz prijal úzkosť ako bežnú súčasť svojho života, ale aj ako znak svojho pokroku, keď sa prepracováva cez náročnú a stresujúcu výzvu.
- 3) Tretia hlavná časť prístupu využívala techniku bránicového dýchania (DB), ktorá preukázateľne znižuje fyziologický a psychický stres a úzkosť (napr. Chen et al., 2017; Hopper et al., 2019; Ma et al, 2017). Pri tomto prístupe si pacient položil jednu ruku na hrudník, druhú ruku na brucho (pozdĺž bránice) a zhlboka a dlho sa nadychoval až štyri sekundy. Potom pacient zadržal dych na približne štyri sekundy a nakoniec pomaly vydychoval ďalšie štyri sekundy. Exspírums by malo byť rovnako dlhé a hlboké ako inšpirium.

4. Efekt

U oboch pacientov došlo k zlepšeniu a boli prepustení z nemocnice bez dlhodobej závislosti od vysokých dávok kyslíka a obaja uvádzali zníženie príznakov úzkosti spolu so schopnosťou prekonať subjektívny pocit dýchavičnosti.

V oboch prezentovaných prípadoch bola poskytnutá psychologická starostlivosť veľmi krátka; 3 a 4 sedenia v celkovej dĺžke približne 2 hodiny na pacienta. Konkrétny čas potrebný na jednotlivé kroky (ventilácia emócií, psychoedukácia a DB) závisí od aktuálnych potrieb pacienta a vzhľadom na klinické faktory a prekrývanie jednotlivých krokov sa nedá predpovedať ani zmerať.

Referencia: 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).



Osvedčený postup č. 8

Monitorovanie vlastnej činnosti

Spracovali: Association of Clinical Psychologist (Czech Republic)

Autori: Kathy Benhamou & Alexandra Piedra

Kľúčová slová: Kognitívno-behaviorálne intervencie - CBT - Krízová intervencia - Pandémia - COVID-19 – pracovníci pracujúci v prvej línii pri pandémii

1. Kontext

Pracovníci v prvej línii počas pandémie COVID-19 čelia zvýšenej miere úzkosti a depresie v dôsledku zvýšených pracovných požiadaviek, nedostatku primeraných osobných ochranných prostriedkov, strachu z nákazy vírusom a strachu z jeho šírenia na blízkych. V tomto období je naliehavo potrebná podpora duševného zdravia pracovníkov postihnutých pandemickou krízou. Klinickí pracovníci môžu využívať empiricky podporované intervencie odvodené od kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT).

2. Opis situácie a odporúčani

Odporúča sa, aby klinickí pracovníci pomáhali klientom z radu pracovníkov v prvej línii počas pandémie COVID-19 naplňať ich základné potreby úpravou zdravotných a spánkových návykov, ak je to možné, a pomáhali im obhajovať ich potreby pomocou zručností v oblasti interpersonálnej efektivity. Empatické počúvanie, potvrdenie aktuálnej krízy a objasnenie hodnôt môže pomôcť terapeutickému vzťahu, pomôcť im pocítiť obnovený zmysel a význam v ich kariére a v ich rodinách a uľahčiť zmenu správania v súlade so zvolenými hodnotami. Monitorovanie vlastnej činnosti prostredníctvom písania denníka môže klientom pomôcť sústrediť sa na svoje myšlienky a rozpoznať maladaptívne vzorce v ich myšlienkach a správaní. Spolu s týmito technikami aktivácia správania a stratégie zvládania vrátane relaxácie, tolerance stresu a akceptácie podporujú zapájanie sa do pozitívnych a adaptívnych aktivít. Napokon, terapeuti môžu klientom pomôcť znížiť úzkosť súvisiacu s pandemiou tým, že im pomôžu obmedziť príjem informácií.

Vzhľadom na zvýšenie rizika úzkosti, obáv, depresie a vyčerpania sa odporúča, aby terapeuti pomáhali svojim klientom monitorovať ich vlastné myšlienky, emócie a správanie a vzájomné vplyvy týchto faktorov.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Monitorovanie vlastnej činnosti (sebamonitoring) môže mať rôzne formy v závislosti od potrieb klientov a cieľov terapeuta. Najtradičnejšie sebamonitoring vyžaduje, aby klienti zaznamenávali svoje myšlienky, emócie a z nich vyplývajúce správanie počas celého týždňa na hárok papiera alebo pracovný list, keď prežívajú zvýšenú emóciu (Huppert 2009). To však môže byť únavné pre pracovníkov v prvej línii, ktorí sú vyhorení a nedokážu vyplňať podrobné formuláre tohto druhu. Terapeuti môžu požiadať svojich klientov, aby si viedli plynulejší denník, do ktorého môžu zaznamenávať dobré aj zlé udalosti dňa. Tento dokument môže slúžiť ako objektívne meradlo toho, ako klient trávi svoj voľný čas a ako to ovplyvňuje jeho náladu. Môže tiež pomôcť terapeutovi a klientovi spoločne hľadať vzorce, ktoré môžu brániť zapájaniu sa do príjemných aktivít, takže sa nimi možno tiež zaoberať a upraviť ich.

4. Efekt

Predbežná podpora intervencií KBT pre krízovú intervenciu naznačuje, že základné zručnosti KBT môžu byť účinné pri liečbe úzkosti a depresie, ktoré môžu byť dôsledkom zdravotnej krízy, ak sú spojené so zásadami psychologickej prvej pomoci (PFA).

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



Osvedčený postup č. 9

Expozícia a kognitívna reštrukturalizácia

Spracovali: Association of Clinical Psychologist (Czech Republic)

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

Kľúčové slová: PTSD, kognitívno-behaviorálna terapia, prevencia, expozícia

1. Kontext

Akútna stresová porucha umožňuje včasnú identifikáciu osôb, ktoré prežili traumy a u ktorých existuje riziko vzniku chronickej posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD). Cieľom tejto štúdie bolo predchádzať PTSD včasným poskytnutím kognitívno-behaviorálnej terapie. Konkrétne táto štúdia indexovala relatívnu účinnosť predĺženej expozície a manažmentu úzkosti pri liečbe akútnej stresovej poruchy.

2. Opis participantov

Štyridsaťpäť civilných osôb, ktoré prežili traumy s akútnou stresovou poruchou, absolvovalo do dvoch týždňov po traume päť sedení 1) predĺženej expozície (N=14), 2) kombinácie predĺženej expozície a zvládania úzkosti (N=15) alebo 3) podporného poradenstva (N=16). Štyridsaťjeden osôb, ktoré prežili traumy, bolo hodnotených pri 6-mesačnom sledovaní.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Každá skupina absolvovala päť 1,5-hodinových individuálne vedených sedení, ktoré viedol jeden zo štyroch klinických psychológov. Sedenia sa konali raz týždenne.

Prvé sedenie pozostávalo z edukácie o reakciách na traumy, rekvalifikácie dýchania, tréningu progresívnej svalovej relaxácie a učenia sa cvičení na zvládanie situácií vyvolávajúcich úzkosť. Po úvodnom sedení pacienti denne absolvovali každú z týchto techník ako domácu úlohu a na každom sedení sa sledoval pokrok pacientov.

Druhé sedenie zahŕňalo zdôvodnenie expozície a začatie dlhodobej imaginatívnej expozície traumatickým spomienkam. Päťdesiat minút každého zo štyroch záverečných sedení bolo venovaných tomu, aby pacienti znovu prežívali svoje traumy zameraním pozornosti na svoje spomienky a zapojením svojich afektívnych reakcií. Tieto rozprávania sa nezaznamenávali na audiozáznam, ale pacienti boli poučení, aby túto expozíciu absolvovali rovnakým spôsobom ako v terapii ako každodennú domácu úlohu. Po každom expozičnom sedení sa uskutočnila kognitívna reštrukturalizácia presvedčení súvisiacich so strachom, ktoré boli identifikované počas expozície. Kognitívna reštrukturalizácia zahŕňala učenie pacientov identifikovať iracionálne presvedčenia súvisiace s hrozbou a posilniť realistické myslenie hodnotením myšlienok na základe dostupných dôkazov.

Sedenia 4 a 5 zahŕňali aj expozičné cvičenia in vivo a cvičenia na prevenciu relapsu.

(Opis dlhého protokolu, ktorý zahŕňa techniku VBT - expozíciu).

4. Efekt

Výsledky tejto štúdie naznačujú, že posttraumatickej stresovej poruche možno účinne predchádzať včasným poskytnutím kognitívno-behaviorálnej terapie a že predĺžená expozícia môže byť najdôležitejšou zložkou liečby akútnej stresovej poruchy.

Referencia: 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.



Osvedčený postup č. 10

Intervencia zameraná na štruktúrovanie pamäte

Spracovali: Association of Clinical Psychologist (Czech Republic)

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

Kľúčová slová: PTSD; prevencia; spracovanie pamäti; randomizovaná kontrolovaná štúdia.

1. Kontext

Na základe terapeutických štúdií, ktoré odhalili pozitívne prognostické faktory, a na základe výskumných zistení, ktoré odhalili, ako sa trauma spracúva, sa vyvinula intervencia štruktúrovania pamäte (MSI), ktorá sa snaží predchádzať posttraumatickej stresovej poruche (PTSD). MSI sa pokúša presunúť spracovanie traumatickej pamäte z nekontrolovateľných somatosenzorických a afektívnych procesov na viac kontrolované jazykové a kognitívne procesy tým, že pacientom poskytuje organizáciu, označovanie a kauzalitu.

2. Opis participantov a merané premenné

Na tejto štúdii sa zúčastnilo 17 pacientov (8 žien, 9 mužov), ktorí boli postupne prijatí na pohotovosť v Be'er Sheeba na juhu Izraela. Pacienti spĺňali nasledujúce kritériá zaradenia: (1) prežili dopravnú nehodu (MVA) počas posledných 24 hodín; (2) nemali poškodený mozog; (3) boli prepustení z nemocnice do 24 hodín po prijatí, čo svedčí len o ľahkom zranení; a (4) mali srdcovú frekvenciu ≥ 95 BPM pri prijatí na pohotovosť (prediktor PTSD; Shalev et al., 1998).

3. Intervencia: zameranie na metódu

Intervencie sa z logistických dôvodov uskutočnili telefonicky. MSI sa uskutočnilo takto.

1) Časové úseky: Terapeut pristupuje k osobe, ktorá prežila úraz, s apriórny súborom časových úsekov v mysli (napr. pri MVA: hodiny pred nehodou; prvé minúty jazdy; nehoda; príchod lekárskej pomoci; príchod do nemocnice).

2) Vypočutie a objasnenie podrobností pacienta. Terapeut aktívne počúva a zapisuje si detaily pacientovho príbehu, pričom objasňuje faktické, zmyslové a afektívne detaily (napr. Pacient: "Po páde som kričal"; Terapeut: "Kričali ste v tej chvíli kvôli bolesti? Pacient: "Kričal som, pretože ma bolel chrbát"). Podrobnosti zaznamenáva terapeut v príslušných časových úsekoch spolu s presným označením myšlienok a pocitov, aby sa zlepšila štruktúra a kognitívne spracovanie zmyslových/afektívnych reakcií.

3) Štruktúrovanie pamäti: Terapeut zopakuje rozprávanie o traume usporiadaným, označeným a logickým spôsobom a pridá počiatočné dôsledky pre život pacienta (insight).

4) Pacientov štruktúrovaný opis: Pacient opisuje traumatickú udalosť rovnakým štruktúrovaným, označeným a logickým spôsobom ako terapeut. V tomto bode pacienti zvyčajne pridávajú ďalšie podrobnosti, opisujú udalosť objektívnejším "novinárskym" spôsobom a pôsobia menej vzrušene.

5) Návrat štruktúrovaného opisu: Do nasledujúceho sedenia je pacient požiadaný, aby si precvičil rozprávanie štruktúrovanej verzie traumatickej udalosti priateľom alebo členom rodiny, aby sa posilnil pokus o posun spomienok.

6) Návrat s terapeutom: Na druhom stretnutí si pacienti naposledy nacvičujú odhaľovanie traumatickej spomienky v jej štruktúrovanej podobe. Nakoniec bol pacient poučený o význame a opýtal sa na svoju sociálnu podporu (prediktor oneskorenej PTSD pri MVA).

4. Efekt

Pri 3 - 4 mesačnom sledovaní spĺňalo 5 zo 17 pacientov (29 %) kritériá DSM-IV pre PTSD podľa Foa a kol. Štyria z nich boli v rámci kontrolnej skupiny a jeden bol v skupine po MSI. Pri následnom sledovaní pacienti s MSI uvádzali významne menej časté celkové príznaky PTSD, menej časté príznaky intruzívnych myšlienok a menej časté príznaky nadmerného vzrušenia (hyperarousal).

Rozdiely medzi podmienkami v celkových symptómoch PTSD zostali významné aj pri samostatnej kontrole predchádzajúcej psychologickej liečby, peritraumatickej disociácie a včasnej intruzie.

Referencia: Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Laudén, 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.



Osvedčený postup č. 11

Supervízia

školenie v oblasti psycho-pedagogickej intervencie a prevencie proti šikanovaniu a kyberšikanovaniu podľa adlerovskej metódy individuálnej psychológie

Spracovali: Institut Alfred Adler de Paris (France)

Autori: Christelle Schläpfer

Kľúčová slová: skupinový výcvik, sanitárne humanitárne núdzové situácie, sociálne humanitárne núdzové situácie, obeť, šikanovanie, kyberšikanovanie, adlerovská metóda školských krízových situácií

1) Opis supervízie tréningovej udalosti

a) Situácia

Skupinová supervízia online (približne 10/20 vyškolených) je súčasťou vzdelávacieho programu online cez ZOOM v trvaní 2 dní a je organizovaná v trvaní 3 hodín na 2 krát ako skupinová supervízia na diskusiu o prípadoch po prvých 2 dňoch školenia, po dobu niekoľkých mesiacov a s možnosťou organizovania ďalších platených supervízií.

Prejdite, prosím, na súvisiacu prípadovú štúdiu č. 2 (sekcia IAAP, Christelle Schläpfer)

b) Zapojenie

Toto školenie je určené výlučne pre odborníkov z psychologickkej a pedagogickej oblasti: psychológov, psychosociálnych poradcov, rodinných poradcov, trénerov detí a mládeže, učiteľov a školských sociálnych pracovníkov, facilitátorov rodičovstva.

c) Analýza potrieb odbornej prípravy

Pri analýze novej situácie je potrebné sprevádzať účastníkov školenia, pretože každá situácia sa v jednotlivých kontextoch veľmi líši. Ak si napríklad kyberšikana vyžaduje okamžitý zásah polície, bude potrebné pridať prácu s triedou.

Každý prípad je však iný a každá trieda - konštelácia a každá škola sú ako jednotlivci: majú svoje vlastné charakteristiky a dynamiku. Z tohto dôvodu je potrebná následná supervízia ako pri každej systémovej terapeutickej a/alebo psychoedukačnej intervencii. Preto tento výcvik zahŕňa aj 2x 3h skupinovú supervíziu na diskusie o prípadoch. Účastníci školenia získajú neobmedzený prístup k online platforme kurzu s pravidelne aktualizovanými informáciami a materiálmi a pripravenými šablónami na použitie.

d) Trvanie

Supervízia je zahrnutá v programe odbornej prípravy: 2x 3 hodiny skupinovej supervízie na diskusiu o prípade.

e) Následné obdobie

Niekoľkokrát do roka je možné zúčastniť sa skupinovej supervízie.

2) Intervencia a Supervízia:

a) Kontext: Po pochopení základných línií individuálnej psychologickkej teórie podporujúcej intervenciu, ktorú navrhujeme, ako napríklad 1) ako sa všetko točí okolo spolupatričnosti (kľúčový princíp individuálnej psychológie: Gemeinschaftsgefühl) a 2) ako šikanujúci reagujú kompenzačným spôsobom z pocitu menejcennosti, 3) holistická intervencia; účastníci sa dozvedia o rôznych typoch šikanovania a kyberšikany. Okrem toho školiteľia spoločne vypracujú, ako môžu rozpoznať

(kyber)šikanovanie a elegantne ho odlíšiť od konfliktov. Okrem toho sa školitelia dozvedia o rôznych možnostiach intervencie a prevencie. Okrem iného aj metaforická práca, ktorej cieľom je senzibilizovať študentov, aktivizovať ich empatiu a participatívne ich zapojiť do riešení.

b) Ciele: Najdôležitejšou súčasťou práce s triedou je, že šikanujúci nie je vnímaný ako jediná zodpovedná strana v situácii šikanovania.

Pasívni pozorovatelia tiež nesú svoju zodpovednosť, pretože situáciu umožňujú. Okrem toho je dôležité kontrolovať, kto je skutočne obeťou, pretože nie je zriedkavé, že sa objavujú aktívne/agresívne obete, ktoré sú vnímané ako problémový žiak/žiačka, ale v skutočnosti sú v danej situácii obeťami. Je dôležité pristupovať k riešeniu s celou triedou, pretože všetci žiaci majú v situácii šikanovania spoločnú zodpovednosť.

Po druhé, nikdy nezasahujeme priamo, ale vždy nepriamo: nechodíme do triedy a nehovoríme, že (kyber)šikanovanie sa deje a že by sa malo prestať. Školy často odvádzajú obeť a šikanujúceho z triedy a konfrontujú ich, čo je chyba. Táto technika navrhuje pracovať metaforicky s celou triedou, aby žiaci nereagovali. Tým, že upustíme od konfrontácie, zabránime tomu, aby sa žiaci začali brániť a aby u nich stúpil pocit viny - v opačnom prípade riskujeme stratu spolupráce smerom k zodpovednosti.

Preto prinášame videá upravené podľa veku a problému a pracujeme so skupinami, ktoré sa zameriavajú na postavy vo videu. Žiaci sa zameriavajú na postavy vo filme, aby aktivovali empatiu: "Ako sa postava cíti?"; "Čo očakáva od ostatných?". Musíme sa zbaviť myšlienky, že nikto nie je zodpovedný, zatiaľ čo všetci sú zodpovední, dokonca aj tí, ktorí nič nerobia. Preto pracujeme na koncepcii "občianskej odvahy".

Po prvej skupinovej práci sa skupiny v triede vymenia, aby našli riešenie situácie zobrazenej na videu. Na analýzu šikanovania by sa nemali používať dotazníky, ale metóda pozorovania a analýzy toho, čo sa deje v triede počas metaforickej (skupinovej) práce. Nejde o skutočný prípad v triede, pretože ten by mohol vyvolať hanbu a pocit viny a môže byť veľkou prekážkou pri spoločnej práci na zodpovednosti.

Prenos do reálnej situácie sa v poslednej fáze robí veľmi opatrne a pozornosť sa venuje tomu, aké riešenia trieda vymyslí, aby sa situácia šikanovania mohla vyriešiť a obeť sa mohla polepšiť. Často stačí jedno odvážne dieťa, aby sa pohla celá skupina.

V krízovej situácii je potrebné pracovať aj priamo s obeťou a získať individuálnu psychologickú podporu organizovanú školou alebo intervenčnými odborníkmi, ktorí sa starajú aj o rodičov.

Ak hlavný páchateľ po intervencii nezmení svoje správanie, je potrebná individuálna podpora na kompenzáciu jeho pocitu menejcennosti (kontroly alebo moci). V závislosti od typu kompenzácie hľadáme prosociálnu alternatívu (ktorá znižuje pocit menejcennosti) ako náhradu za šikanovanie iných ľudí. Práve tento problém sa často dostáva do supervízie.

Napríklad sme sa zaoberali prípadom 12-ročného dievčaťa, ktorému sa podarilo zmanipulovať žiakov dvoch škôl a podnecovať ich na iných žiakov: Na konci procesu jej bolo ponúknuté, aby sa stala "strážcom uznania v triede".

Pri supervízii sa tiež učíme, ako skutočne rozlišovať konflikt od šikanovania, pretože ak si tieto dve veci pomýlime, môžeme situáciu ešte zhoršiť: Intervencie vôbec nie sú rovnaké. Hlavné chyby sa stávajú pri čistom odhaľovaní a rozlišovaní medzi šikanovaním a konfliktom. Školy ešte nie sú na toto rozlišovanie pripravené.

c) HODNOTENIE výsledkov vzdelávania:

Diskusia o účinnosti supervízie je možná a plynulá tak so školiteľom, ako aj so skupinou. Na konci diskusie majú supervidovaní možnosť zdôrazniť, čo bolo účinné a čo zostáva nejasné, aby bolo možné zorganizovať ďalšiu supervíziu..

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

Osvedčený postup č. 12

WEBOVÁ STRÁNKA A VZDELÁVACÍ FILM o filme "Un MONDE" od Laury Wandel (2021) pre senzibilizáciu a výcvik v psycho- pedagogickej intervencii a prevencii proti šikanovaniu a kyberšikanovaniu podľa adlerovskej metódy individuálnej psychológie

Spracovali: Institut Alfred Adler de Paris (France)

Autori: Christelle Schläpfer

Kľúčová slová: Skupinový tréning, sanitárne humanitárne núdzové situácie, sociálne humanitárne núdzové situácie, obeť, šikanovanie, kyberšikanovanie, Adleriánska metóda krízových situácií v škole

1) Opis osvedčených postupov ako vzdelávacie podujatie ako webová stránka na získanie informácií o šikanovaní a kyberšikanovaní

a) Kontext

Hoci sa o šikanovaní hovorí oveľa viac a na mnohých školách sa výberovo konajú hodiny prevencie, šikanovanie sa vo všeobecnosti neznížilo, ale zvýšilo (hodnotenie PISA 2018). Okrem toho sa počas pandémie kyberšikanovanie celosvetovo zvýšilo v priemere o takmer 40 %, čím sa počet obetí šikanovania na celom svete dostal na veľmi vysokú úroveň.

b) Zapojenie

(Kyber)šikanovanie je skupinový jav a nedochádza k nemu len medzi obeťou a šikanujúcim.

Do úvahy treba brať celý systém. Zvyčajne sa to obmedzuje na triedu (obeť, šikanujúci, nasledovníci, diváci). Nezriedka sa stáva, že učiteľ, rodičia, riaditeľ školy (hoci aj nevedome) priamo alebo nepriamo uprednostňujú situáciu šikanovania. Okrem toho sa stáva aj to, že šikanovanie sa vyskytuje v celom systéme.

V prípade šikanovania sme v krízovej situácii a niekedy aj v núdzovej situácii. Táto forma násilia nie je viditeľná, na rozdiel od konfliktov, ktoré si vyžadujú iný typ zásahu. Keď dôjde k šikanovaniu, znamená to, že sa dosiahol bod zlomu pre obeť a s ňou spojený systém vzťahov. Deti totiž vedia, že je to "zlé", následne šikanujú potajomky, na chodbách a na schodoch, ale zriedkavo aj v triede pred očami všetkých a učiteľov. Preto to nevidíme a musíme to čítať inak. Zvyčajne rodičia bijú na poplach. Z tohto dôvodu je veľmi dôležité mať webovú stránku, ktorá umožňuje rodičom a zamestnancom školy pochopiť tento jav a požiadať o pomoc.

c) Analýza potrieb odbornej prípravy

Mnohí zasiahnutí študenti nevyhľadajú pomoc, pretože sa obávajú, že by sa situácia (kyber)šikanovania mohla zhoršiť (čo sa skutočne môže stať). (Kyber)šikanovanie sa veľmi líši od krátkodobých konfliktov a hádok.

2) WEBOVÁ STRÁNKA Školenie o intervencii a vzdelávací film

a) Štruktúra novej webovej stránky vo výstavbe: www.edufamily.ch

b) TECHNOLOGICKÁ FORMA a FILM "Un MONDE" belgickej režisérky Laury Wandel (2021, Dragons Films). Film bol uvedený v oficiálnom výbere na filmovom festivale v Cannes 2021 v sekcii Un certain regard.

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

c) Sebavzdelávanie. Používatelia si pozrú film a krok za krokom si prečítajú doslov. Návrhy v doslove môžu využiť pri skupinových diskusiách.

Rozsah dokumentácie: 22 strán

- Témy na diskusiu
- Čo nerobiť pri šikanovaní: Čomu by sa mali rodičia a školy naliehavo vyhnúť, keď ide o šikanovanie
- Konflikt verzus šikanovanie: Aké sú rozdiely
- Čo robiť v prípade šikanovania
- Vývoj príbehu (filmu)
- Film deň po dni

d) Školitelia: príprava

film je určený najmä dospelým a neodporúča sa na metaforickú prácu s triedami. Filmový doslov je vhodný najmä na diskusné kolá s pracovníkmi školy a v skupinách vzdelávania rodičov, ale aj ako informácia pre odborníkov z psychosociálnej oblasti.

e) Trvanie

Film trvá 75' minút a prednáška vo forme trvá 60' minút

Film je k dispozícii na DVD vo francúzskom a anglickom jazyku. Webová stránka a dokumentácia vzdelávacieho filmu budú k dispozícii v 4 jazykoch (nemecky, francúzsky, anglicky, španielsky) od roku 2023.

f) Následná fáza

Ľudia, ktorí sledujú stránku, sa môžu obrátiť na Christelle Schläpferovú so žiadosťou o intervenciu a/alebo prístup k školeniam (bezplatným a plateným), na základe ktorých sa niekoľkokrát ročne uskutočnia supervízne skupiny.

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

Osvedčený postup č. 13

Pandemická podporná skupina a supervízia PANDEMICKÁ Telefonická linka PRVEJ POMOCI V PANDEMICKEJ KRÍZE ako ADLERIÁNSKY TOOLKIT psychologickej krízovej intervencie a prevencie podľa adlerovskej metódy individuálnej psychológie

Spracovali: *Institut Alfred Adler de Paris (France)*

Autori: *Alessandra Zambelli, PhD, Psychologist, Psychotherapist, Trainer, Supervisor, President IAAP & TEAM and Students PROMO 1*

Kľúčová slová: *Skupinový výcvik, sanitárne humanitárne krízy, individuálna intervencia; sanitárne humanitárne krízy; sociálne humanitárne krízy; obeť, pandemická kríza; Adleriánska metóda v situácii pandémie, sociálna a sanitárna podpora*

1) Opis prípadu

a. Trojstranná štruktúra IAAP pre psychologickú prvú pomoc a pohotovosť podľa adlerovskej metódy Individuálnej psychológie: Výcvik v psychologickej prvej pomoci a pohotovosti

Implementácia teoretického a praktického online vzdelávacieho modulu (so supervíziou a ko-kontrolou) v kontexte krízovej psychológie vo všeobecnosti.

Školenie prostredníctvom videokonferencie na tieto témy: Výučba prostredníctvom 200 teoretických slajdov; Úvod do ciest odolnosti; Úvod do protokolov prvej telefonической podpory; Cvičenia, hranie rolí podľa scenára a simulácie; Klinické zameranie na konkrétne prípady; Práca vo dvojici a supervízia. Najdôležitejšie teoretické body: Organizačné požiadavky; Výstupy: klinické charakteristiky; Špecifiká partnerov a kontextov; Priority a špecifiká starostlivosti poskytovanej prvej pomoci a zdravotníckeho personálu; Charakteristika COVID-19 a SARS-CoV-2.

b. Cesta Odolnosti v pandémii podľa Individuálnej Psychológie

On-line návod, ktorý krok za krokom pomáha ľuďom v emocionálnej núdzi rozvíjať zručnosti zvládania, pričom využíva integratívnu metódu, ktorá používateľom tejto cesty poskytuje možnosť opätovne sa spojiť so sebou samým, s telom a psychikou, aby sa potom mohli znovu spojiť so svetom a s ostatnými. Prečítajte si prípadovú štúdiu súvisiacu s týmto bodom.

c. Jednotka prvej pomoci v pandémii

Počas prvého lockdownu sme pracovali len v koordinácii s Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (oddelenie 93, susedný Paríž). V roku 2021 sme sa snažili so sociálnymi sieťami osloviť viac ľudí, pretože psychické problémy, ktoré s tým súvisia, a zdalo sa, že prvým problémom je násilie súvisiace s Covidom. Takže príjemcovia boli: Proxy /viacnásobná trauma; Syndróm vyhorenia; Covid ambulantný; Príbuzní chorých alebo zosnulých osôb; Úzkosť, stres, impulzivnosť a dekompenzácia; Zjavná ľahostajnosť vedúca k rizikovému správaniu.

Zameranie na všetky druhy obetí: Komunita a jednotlivec sa nedotýkajú priamo pandemickej krízy, ale aj priamo obetí, ktorí nie sú akútnom stave, teda takmer všetkých druhov obetí, pretože jednotka bola otvorená aj pre záchranárov.

Tento mediálny nástroj, ktorý bol koncipovaný ako tretia časť tryptického komplexného výcvikového programu pre skupinu študentov vo výcviku na adlerovských psychanalytikov na IAAP, bol koncipovaný ako prehĺbenie už prebiehajúceho

psychoanalytického výcviku a mal tiež za cieľ a úlohu udržať triedu študentov a komunitu s ňou spojenú súdržnú v tejto pandémie, takej novej a telurickej vo svojom škodlivom rozmere.

Taktiež bola Cesta Odolnosti spojená s vytvorením podpornej bunky sprístupnenej lekárskeho tímu. Študenti si sami vytvorili obsah a podobu cesty odolnosti podľa štrukturálnych a koncepcných indícií, ktoré im vytvorili a predložili ich školitelia. Prečítajte si prípadovú štúdiu súvisiacu s týmto bodom.

S cieľom pomôcť v súvislosti s pandémiou COVID 19 sa tím Inštitútu Alfreda Adlera v Paríži a študenti propagácie zmobilizovali, aby navrhli núdzovú telefónnu linku. Osobe v núdzi sa po vyplnení online dotazníka a zaregistrovaní ponúknu 3 bezplatné polhodinové sedenia, ktoré jej poskytnú počiatočnú podporu a orientáciu podľa potreby. Následne odporúčame sledovať cestu pacienta, ktorý kontaktoval jednotku.

2) Opis participantov

Po prijatí kontaktných informácií o pacientovi tím interne spracuje žiadosť, aby sa zmobilizoval kooperujúci terapeut, ktorý je k dispozícii na intervenciu. Po pridelení, terapeut zavolá pacientovi na úvodný 15-minútový rozhovor, aby získal prvé informácie o žiadosti.

V tomto prípade Klára, 32 rokov, [všetky informácie o pacientovi sú úplne upravené kvôli ochrane súkromia, ako by to malo byť podľa psychoterapeutickej a lekárskej etiky] kontaktuje číslo tiesňového volania, ktoré poskytnula Covidová jednotka podpory. Telefonát sa uskutočňuje počas prvej vlny. Počas 15-minútového telefonického rozhovoru Klára oznámi množstvo informácií o svojej minulosti, prítomnosti, symptómoch, traumách svojich rodičov, ako aj o rôznych kontaktoch so svetom duševného zdravia (hospitalizácie, psychiatri, psychológovia atď.). Kontaktovala nás kvôli invazívnym úzkostiam a nutkavému správaniu. Tieto symptómy spája so svojím detstvom, a teda nielen s pandemickou situáciou. Má stabilný vzťah a trvá už 6 rokov, s plánovaním dieťaťa.

Žiadosť o pomoc vníma terapeut ako intenzívnu, pretože má pocit, že pacientku treba výrazne upokojiť. Ukončenie rozhovoru si vyžiadalo veľa energie a terapeut použil empatickú validáciu, aby poďakoval pacientke za toto ťažké zdieľanie sa po telefóne s cudzím človekom, potvrdil žiadosť o pomoc a dohodol sa na ďalšom stretnutí.

Po tejto prvej výmene názorov bolo dohodnuté, že pridelený terapeut privedie situáciu na úroveň covidovej jednotky, aby sa určilo, ktorý člen IAAP bude sprevádzať tohto pacienta, obeť typu 5, v kontexte pandémie na 3 bezplatné 30-minútové sedenia prostredníctvom videohovoru.

3) Intervencia: zameranie na metódu

a) Tri bezplatné 30 minútové stretnutia

Klára absolvovala 2 rozhovory v trvaní 45 minút namiesto 3 sedení po 30 minútach z dôvodu dĺžky a množstva informácií a ťažkostí terapeuta správne ich uzavrieť v priebehu tridsiatich minút. Táto odchýlka od rámca bola informáciou, ktorú bolo potrebné zvážiť. Klára potrebovala mať pod kontrolou prostredie, čas a terapeuta. Tento nadmerný kompenzačný mechanizmus, vďaka ktorému, slúžil Kláre na nevedomé maskovanie jej pocitov a stavu menejcennosti.

V čase prvého stretnutia bola Klára od predchádzajúceho dňa uzavretá vo svojej izbe, pretože bola pozitívna na Covid. Pridelený terapeut sa najprv pokúsil zhodnotiť úroveň vnímania emocionálnych zmien, ktoré pacientka pociťovala. Potom použil prvky Cesty Odolnosti, aby pochopil, kde sa pacientka nachádza na úrovni zdrojov, na úrovni tela... atď..., aby mohol jemne zhodnotiť súčasnú situáciu (určiť konflikty/úroveň vedomia prostredníctvom žargónu tela (organ jargon)). Na konci tejto prvej výmeny informácií vyšli najavo mnohé traumy z detstva. Kontakt s telom počas navrhovaných cvičení bol veľmi komplikovaný na to, aby ho pacient mohol vykonávať samostatne (srdcová koherencia a motýlie objatie) a aj s terapeutom počas stretnutí.

Vzhľadom na odľahčené opatrenia a možnosť obnovenia osobných konzultácií sa druhý rozhovor uskutočnil tvárou v tvár. Pridelený terapeut mohol pacienta uchopiť iným spôsobom a cítil sa veľmi neisto. S ohľadom na rôzne zážitky fyzického a

psychického násilia a traumy, ktoré Klára spomína, teda vidíme, že pocit neistoty sa v jej mysli šíri a rezonuje s pocitom neistoty prideleného terapeuta počas poskytovania podpory. Klára totiž počas rozhovoru hovorila záhadným spôsobom a používala lexikálne pole súvisiace s ohňom, výbuchmi. Tento pocit ešte zosilnel, keď pacientka v túžbe ukázať terapeutovi fotografie a kresbu vytiahla z tašky kresbu, ktorú dovtedy ešte nikomu neukázala. Zdôraznil sa tak strach z konania. Tvárou v tvár tiesni vyvolanej pocitom menejcennosti a nedostatku spolupatričnosti si Klára, aby našla pohodlnejšiu polohu a kontrolu, vyžiada mechanizmus acting-out (konania na vonok).

Potreba nájsť podporu mimo rozhovorov bola v tejto situácii vnímaná ako nevyhnutná. Pridelená terapeutka potom požiadala o internú supervíziu z covidovej podpornej jednotky.

b) Supervízia – prvá úroveň

Naplánovaný je hodinový pohovor s interným nadriadeným. V tomto kontexte starostlivosti je dôležité poznamenať, že traja protagonisti (pacient, pridelený terapeut, supervízor) sú obeťami 4. typu, keďže všetci sú obeťami toho istého spoločenstva, t. j. ľudstva, pričom pandémia je globálna. Identifikácia typu obetí zapojených do núdzovej situácie umožňuje zistiť, na ktorých oblastiach treba pracovať, najmä pokiaľ ide o komunitu (aktivizovať pocit spolupatričnosti) a hodnoty, ktoré sú jej vlastné, a vedieť, ktoré zdroje treba použiť, aby sa obetiam vrátili pocit kontroly a autonómia. Pacient je počas psychodiagnostickej fázy tiež rozpoznaný ako obeť typu 5. Prvou výzvou je teda zabezpečiť a udržať priestor na myslenie vzhľadom na kontext. Supervízor aj pridelený terapeut si preto musia zabezpečiť dostatočnú istotu, aby mohli prevziať zodpovednosť za toho druhého. Okrem toho sa osobitná pozornosť venuje vytvoreniu správneho spojenectva medzi terapeutom a supervízorom, keďže obaja sú členmi tej istej profesionálnej siete.

Priestor pre myslenie bez posudzovania (adlerovská technika povzbudzovania k zabezpečeniu druhého prostredníctvom nestranného postoja vo vzťahovej autenticite + koncepcia výchovy zameraná na prevzatie zodpovednosti za vlastné potreby, ktorá má viesť k autonómii) v postoji správneho emocionálneho odstupu, rámec supervízie pôsobí ako prechodný priestor, do ktorého sa vkradol strach. Prvou osou bude prijatie emócií, pocitov a myšlienok prideleného terapeuta. Podpora tvárou v tvár tejto znepokojujúcej situácii potom prechádza analýzou prenosu a proti-prenosu s cieľom pochopiť dynamické stránky terapeutického vzťahu.

Potom sa nastaví práca na vypracovaní diagnózy, aby sa overil skutočný alebo fantazijný pocit naliehavosti, ktorý pridelený terapeut pociťuje a ktorý sa zistil počas supervízie. V súvislosti s diagnózou bolo potrebné venovať pozornosť zhoršujúcim faktorom, ako sú rodinné výročia (úmrť, Deň matiek...), ktoré by mohli pacientku reaktivovať a posunúť ju k nižšej kvalite fungovania ako zvyčajne.

V tejto situácii sa preto prelína niekoľko úrovní kríz, ktoré treba mať na pamäti (kovid pacienta/ dátum výročia/ reaktivácia traumy/ zdravotná kríza...).

c) Supervízia – druhá úroveň

Na konci prvej supervízie sa zdalo, že je potrebné posunúť tento zložitý prípad na vyššiu úroveň, aby pohľad skúsenejšieho supervízora upresnil kroky, ktoré sa majú s Klárou vykonať, a aby sa zabezpečila spolupráca terapeuta pri sprevádzaní. Supervízia umožňuje získať a pociťovať pocit spolupatričnosti a siete terapeuta a prvého supervízora. Pochopením toho, prečo pridelený terapeut pociťuje "stav menejcennosti", tak supervízor môže pomôcť znovu naštartovať kreativitu tým, že poskytne pocit istoty prostredníctvom svojho sprevádzania v meta pozícii. Otázka diagnózy, ktorá zostala v štádiu rozlišovania ako ústredná, bola spresnená a osi sprevádzania posilnené.

d) Smerom k psychoterapii

Po dobrovoľnej starostlivosti navrhutej jednotkou a dvoch supervíznych rozhovoroch bol s pacientom vypracovaný plán podpory a bol odoslaný k tomu istému terapeutovi, ale v rámci dobrovoľného sledovania, aby pokračoval v začatej práci. Prerokovali sa aj návrhy na podporu iných zdravotníckych pracovníkov.

4) Efekt

Hodnotenie výsledkov vzdelávania študentov a vplyvu na používateľov sa uskutočnilo empirickým a priamym spôsobom prostredníctvom diskusie so študentmi aj s pacientmi, ktorí sa obrátili na podpornú jednotku.

Účinky boli pozitívne: 1) pre študentov to bolo praktické cvičenie na konkretizáciu pojmov, ktoré zostali abstraktné (keďže boli na konci posledného ročníka štúdia a na začiatku praxe a posledného ročníka), a ktoré preto veľmi podporilo ich teoretickú prácu s veľkou spokojnosťou. 2) Pacienti, ktorí sa dostavili do podpornej bunky, boli už do stretnutia s nimi odoslaní na Cestu Odolnosti. Všetci pociťovali význam cesty na ich schopnosť znovu sa spojiť so sebou a pokúsiť sa o stabilizáciu na vlastnom tele. Pre niektorých nebolo pochopenie a vykonanie okamžité. Podpora podpornej jednotky s 3 bezplatnými sedeniami dokázala lepšie sprevádzať tých, ktorí to potrebovali.

5) Interdisciplinárna aplikácia

Adlerovská metóda*** predstavuje integráciu troch dimenzií osobnosti podľa biopsychosociálnej paradigmy. Ak sú Kláre nutkania v reakcii na úzkosť spôsobom, ktorým sa vnútorný konflikt snaží vyriešiť a je najviditeľnejší, je pre adlerovského terapeuta dôležité zohľadniť tri dimenzie adlerovskej paradigmy: bio-psycho-sociálnu pre holistický prístup k pacientovi. V tomto okamihu života totiž plánovanie dieťaťa reaktivuje v Kláre nielen kognitívne, ale aj emocionálne a somatické spomienky, ktoré je nevyhnutné vypočítať s empatiou.

Rané a pretrvávajúce životné skúsenosti zohrávajú zásadnú úlohu pri budovaní toho, čo Adler nazve životným štýlom jednotlivca*. Vzťah k sebe, k svetu, ochranné mechanizmy, osobnosť a prípadné pridružené poruchy, úroveň duševného fungovania, ako aj symptómy uvádzané v DSM-V formujú jedinca, ktorý reaguje na genetické dedičstvo, rodinné a sociálne prostredie a vlastnú psychológiu. Preto adleriánsky terapeut využije tieto prvky na stanovenie svojej psychologickéj diagnózy. V reakcii na tento pocit menejcennosti, ktorý bol zvýraznený ponižovaním a zlým zaobchádzaním, si Klára vyvinula stratégie nadmernej kompenzácie, aby znovu získala pocit moci a vnútornej rovnováhy. Adlerovský terapeut bude preto citlivý na stav Klárinho pocitu spolupatričnosti (Gemeinschaftsgefühl), ktorý bol poškodený najmä v rodine, ale aj vzhľadom na spoločnosť, ktorá je prežívaná ako nebezpečná vzhľadom na hospitalizáciu, ktorá je prežívaná ako vynútená. Hoci je pre niektorých potenciálne zdrojom, sociálna väzba je tu prežívaná ako bolestivá, vyvolávajúca úzkosť alebo dokonca ohrozujúca.

Adlerovský terapeut zdôrazňuje základný význam pochopenia celostného spojenia s telom, vrátane somatických reakcií – používaním žargónu tela (organ jargon)**. Neschopnosť počuť, čo telo hovorí, informuje terapeuta o Klárinej osobnosti a patológii. Klára pracuje na vysokej vedeckej úrovni a veľa svojho osobného času venuje tvorivým/umeleckým aktivitám. Napriek zložitej životnej histórii teda dokázala využiť svoju tvorivosť ako zdroj a stratégiu na dosiahnutie rovnováhy. Adlerovský terapeut sa bude snažiť rozpoznať zdroje pacientky a podporiť jej zmysel pre tvorivosť, aby jej pomohol spôsobmi, ktoré sú pre ňu a spoločnosť efektívnejšie a užitočnejšie.

Empatické potvrdenie v nástroji podporuje vytvorenie terapeutického spojenectva, ktoré umožňuje vytvoriť priestor na prežívanie väzby pripútanosti a ochranných mechanizmov v novom svetle a na to, aby sa cítila inak a pozerala na svoju históriu iným spôsobom.

Klárina kompenzácia konaním má korene v tom, čo by Adler nazval mužskou protestnou reakciou na vôľu moci obnovujúcou moc. V Klárinej konštrukcii ju teda podriadenosť, hrozby a ponižovanie viedli k vypracovaniu a nasledovaniu tendenčnej fikcie, podľa ktorej by prevzatie moci prešlo zničením iných. Terapeut používal techniku kognitívnej a emocionálnej podpory prostredníctvom poradenstva a pochvaly, ale tiež a najlepšie zaberal čas na vytvorenie bezpečného priestoru supervízie.

Referencie:

*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)



Osvedčený postup č. 14

Krízová intervencia a prevencia samovrážd

Spracovali: Institut Alfred Adler de Paris (France)

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

Kľúčové slová: Individuálna intervencia, sanitárne humanitárne krízy, sociálne humanitárne krízy, 2°, 5°, 6° typy obetí, riziko samovraždy, adlerovská metóda, sociálna a sanitárna podpora

Opis prípadu

Pán F., 54-ročný samostatne zárobkovo činný muž, musel nečakane vyhlásiť konkurz. Pred rokom prišiel o manželku a potom sa znovu oženil.

Opis participantov

Pán F. rozpráva svoj príbeh: "Päť týždňov pred bankrotom som mal pocit, že som sám nevyliciteľne chorý. Celý môj organizmus bol vo veľkom chaose. Fyzicky mi prechádzal mráz po chrbte a moja nevyliciteľnosť mi bola zrejmá. Psychicky som cítil beznádej; únik na psychiatriu sa zdal byť skutočným východiskom. Doživotné prijatie do uzavretého ústavu bolo teraz životným cieľom, o ktorý sa oplatilo usilovať.

O týždeň neskôr, keď som prvýkrát pochopil nevyhnutnosť bankrotu, ma prepadli samovražedné myšlienky. Tajne, potichu. Nikto o tom nevedel a nikto o tom nemal vedieť. Všetko som si psychicky pripravil, miesto, čas, spôsob atď. Vypracoval som si skutočnú stratégiu samovraždy. Od činu ma delilo len niekoľko dní, ak nie len hodín. Medzitým mi manželka denne písala milostné listy, ktoré mali niekoľko strán a ktoré som čítal, ale bez rozmyšľania. Nikto o mojich úmysloch nevedel, dokonca ani ona. Ale nikto iný mi nepomohol, pravdepodobne aj preto, že som sa nevedel vyjadriť.

Dokázal som sa artikulovať len pred priateľskou, ale profesionálnou autoritou. Tá mi prišla do cesty v podobe emeritného profesora doktora B. Odporúčanie jeho dobrému priateľovi bolo otázkou niekoľkých sekúnd, moje rozhodnutie vyhovieť jeho vrúcnej otcovskej žiadosti bolo pevné.

Nechcel som nechať kameň na kameni. S jeho psychologickými úskokmi by som si vedel poradiť, nepotreboval som psychológa, sám som bol psychológ, potreboval som skutočnú pomoc... Keď som mu dal jasne najavo, že mi nemôže pomôcť, povedal: "Nemôžem, ale mám niečo, čo ti môže pomôcť. Desať minút odtiaľto je centrum krízovej intervencie, zatiaľ tam zavolám". A potom som tam stála bez objednania a bez registrácie ako takzvaný akútny prípad s vysokým rizikom samovraždy.

Intervencia: zameranie na metódu

Terapeut hovorí o svojom pohľade:

Keď pán F. prišiel, bol taký nepokojný, že počas úvodného rozhovoru chodil hore-dole viac ako hodinu. Nepokojne hore a dole vyše hodiny. Veľmi skoro sa ukázalo, že má vážne nedostatky týkajúce sa pocitov nedostatočnosti a viny v súvislosti s bankrotom a silné pocity viny voči svojej zosnulej manželke. Tie ho emocionálne blokovali. Bolo možné túto nedostatočnosť spracovať a on sa mohol otvorene podeliť s bolesťou, prečo som zároveň uznal jeho pocity zodpovednosti a viny a agresiu voči sebe.

To boli výsledky prvých sedení, ale na tretie stretnutie už neprišiel. Cítila som stratu a akoby sa niečo stalo. Necítila som sa dobre, keď som nevedela, čo sa s ním stalo. Cítila som, že jeho samovražedné myšlienky sú stále rizikom. Myšlienka na nebezpečenstvo vo mne strašila.

Potom sme ho kontaktovali, čo zrejme posilnilo jeho sebadôveru do takej miery, že prišiel pred ďalším plánovaným stretnutím. Oscilloval medzi pocitom viny a nezodpovednosti. Po asi desiatich intervenciách, zásahoch v priebehu troch

týždňov, bol oveľa štruktúrovanejší a vypracoval plány do budúcnosti. Podarilo sa mu získať podporu od iných ľudí, dostal konkrétnu pracovnú ponuku a konkurz bolo možné premeniť na nútené vyrovnanie.

Obnovený kontakt po približne dvojmesačnej prestávke ukazuje, že sa mu darí, krízová intervencia je ukončená. V priebehu následného kontaktu po troch rokoch sa pán F. ukazuje ako stabilný: opäť sa stal otcom a darí sa mu v pracovnej aj súkromnej oblasti.

Efekt

Pán A. zažil v krátkom čase dve straty. Jeho manželka a jeho finančné zabezpečenie. Podľa MKCH-11 by sme mohli diagnostikovať poruchu prispôsobenia (kód: 6B43). Z tejto vinety sa dozvedáme štyri dôležité zložky krízovej intervencie:

- 1) Najprv rýchle odporúčanie odborníkovi vyškolenému v krízovej intervencii,
- 2) Po druhé, objasnenie a zameranie sa na emocionálnu bolesť spôsobenú incidentmi,
- 3) význam protiprenosového pocitu ako komunikačného aspektu vzťahu,
- 4) aktívna telefonická návšteva s cieľom udržať prerušený vzťah.

Interdisciplinárna aplikácia

Okrem týchto všeobecných zásad intervencie v krízových situáciách možno tento postoj doplniť o špecifickú adlerovskú perspektívu*. Beznádej a vnímanie duševnej choroby pána F. možno chápať ako pocit menejcennosti. Strata a neschopnosť konštruktívne vyriešiť problém mu spočiatku dovoľujú napriek tomu kompenzovať pocit menejcennosti. Sila frustrácie a následnej agresie vstupuje do hry, keď sa rozvíja samovražednosť; hoci ide o deštruktívny spôsob kompenzácie, treba uznať, že samovražednosť je pokusom o prekonanie beznádeje; ako spôsob získania kontroly a moci nad svojím životom (a smrťou), všemocné siahnutie po znovunastolení pocitu vlastnej moci.

V tomto zmysle treba samovražednosť chápať ako ľudskú, pochopiteľnú reakciu, ktorú možno zdieľať s ostatnými. Hoci je samovražednosť vo svojom povrchnom celi namierená proti spolupráci a proti spoločenskému záujmu (videnému v stiahnutí sa), má aj apelatívny charakter, ktorý je rozhodujúci pri mobilizácii pomoci od iných. To je dôvod, prečo by sa apelatívny charakter suicidality nemal u suicidálnych osôb prehliadnuť alebo bagatelizovať. Hoci sa niekedy v terapeutických stretnutiach vníma ako manipulatívna v jednom zmysle, z iného uhla pohľadu je dôležitým zdrojom, ktorý umožňuje osloviť a zapojiť pomáhajúcich iných.

Suicidálnosť je tiež prechodný a dynamický jav, ktorý sa môže v jednom sedení zmierniť, ale v druhom zosilniť; jej všeobecnejší odraz v podobe vyhľadania pomoci alebo odmietnutia pomocnej ruky sa môže prejaviť v náhlej neprítomnosti pacientov na plánovanom sedení. Dôležité je pochopiť, že protiprenosová reakcia pomáhajúceho (mohlo sa niečo stať) opisuje kontinuitu vzťahu aj v neprítomnosti. Neprítomný pacient vyvoláva v pomáhajúcom strach. Prepnutím perspektívy môžeme túto vlastnú reakciu pochopiť ako to, čo prežíva pacient, a môžeme empaticky porozumieť, čo to znamená: "Som znepokojený, potrebujem vaše potvrdenie, že je všetko v poriadku!". To umožňuje ilustrovať jeden adlerovský postoj: postoj povzbudenie. Najmä v krízových situáciách, keď sa vnútorný svet pacientov zrútil, prežíva pomáhajúci vo svojej empatickej beznádeji vnútorné pocity pacienta. Bezprostredná pomoc znamená byť oporou, povzbudzovať pacientov pohyb k zmiereniu, udržiavať a predstavovať nádej pre toho, kto ju stratil**.

Referencie:

*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).

Osvedčený postup č. 15

PODPORA na zmiernenie pocitu viny podľa adlerovskej metódy individuálnej psychológie

Spracovali: *Institut Alfred Adler de Paris (France)*

Autori: *Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin*

Kľúčové slová: *Individuálna intervencia; sanitárne humanitárne núdzové situácie; sociálne humanitárne núdzové situácie; typ obete 4°, 5°, 6°, teroristický útok; adlerovská metóda núdzových situácií, vina obete, sociálna a sanitárna podpora*

1) Opis prípadu

Útoky v Paríži v piatok 13. novembra 2015 boli sériou koordinovaných teroristických útokov na severnom predmestí mesta Saint-Denis. Od 21.15 hod. zaútočili traja samovražední atentátnici pred štadiónom Stade de France v Saint-Denis počas medzinárodného futbalového zápasu, keď sa im nepodarilo dostať na štadión. Ďalšia skupina útočníkov potom strieľala v prepĺnených parížskych kaviarňach a reštauráciách, pričom jeden z nich tiež odpálil výbušninu a zabil sa pritom. Tretia skupina uskutočnila ďalšiu masovú strelbu a vzala rukojemníkov na koncerte Eagles of Death Metal, na ktorom sa zúčastnilo 1 500 ľudí v divadle Bataclan, čo viedlo k roztržke s políciou. Útočníci boli zastrelení alebo sa vyhodili do vzduchu, keď polícia vtrhla do divadla. Páchatelia zabili 130 ľudí, z toho 90 v divadle Bataclan. Ďalších 416 ľudí bolo zranených, z toho takmer 100 kriticky. Sedem útočníkov bolo tiež zabitých. Išlo o najsmrteľnejšie útoky vo Francúzsku od druhej svetovej vojny a najsmrteľnejšie v Európskej únii od bombových útokov na vlaky v Madride v roku 2004. Francúzsko bolo v stave vysokej pohotovosti od útokov na redakciu Charlie Hebdo a židovský supermarket v Paríži v januári 2015, pri ktorých zahynulo 17 ľudí.

A. Nastavnie

Zamerajte sa na všetky druhy obetí, ale najmä na obeť typu 5° a 6°. Opisujeme tu konkrétnu potrebu, ktorú dvaja pacienti vyjadrili svojim všeobecným lekárom pri hľadaní podpory, ktorá sa objavila mesiac po útoku v Bataclane. Obaja sa nemohli obrátiť na pohotovostné služby, ktoré boli bezplatne k dispozícii obetiam a ich rodinám. Bolesť z teroristického útoku, spojená aj so stratou kolegu, v nich vyvolávala pocit viny, tak využili bezplatnú pomoc. Tento typ pocitu prežívania sa pri starostlivosti o obeť v krízových situáciách často nezohľadňuje.

2) Opis pacientov

Prvý pacient, starší, ale ešte nie dôchodca so stabilnou rodinnou situáciou, prišiel o praktikanta, ktorý pracoval v podniku jeho syna, a predstavuje zdravú štruktúru osobnosti s predchádzajúcou traumou súvisiacou s jeho účasťou ako vojaka v násilnej vojne pred 35 rokmi.

Má všetky príznaky posttraumatickej stresovej poruchy a je pod dojmom, že obsah nočných mór a invazívne myšlienky nesúvisia s teroristickým útokom v Bataclane, ale so spomienkami na vojnu.

Druhá pacientka, mladá žena okolo štyridsiatky so stabilným vzťahom, manažérka v technických službách, prišla pri útoku v Bataclane o priameho kolegu v rovnakom čase, ako zomrel jej verný pes. Prichádza so všetkými príznakmi posttraumatickej stresovej poruchy (najmä závraty a nespavosť) a navyše s veľkými disociatívnymi príznakmi, halucináciami a "psychotickými" nočnými morami. Diferenciálna diagnóza je založená na analýze údajov z detstva a rodiny, ktoré poukazujú na psychotický problém u matky (s pokusmi o samovraždu, z ktorých posledný bol úspešný pred desiatimi rokmi) a na disociatívne príznaky. Zvažovali sme teda možnosť komplexnej posttraumatickej stresovej poruchy a/alebo krátkej psychotickej poruchy pri BPD (hraničnej poruche osobnosti).

3) Intervencia: zameranie na metódu

a) Prvý pacient (obeť typ 6°)

Postupné chápanie jeho životného štýlu štruktúrovaného na kompenzačné a kontrolné mechanizmy spojené s úzkosťou zo smrti, ktorú zažil pred 35 rokmi vo vojne ako jediný preživší zo svojho tímu, umožnilo pacientovi získať lepší odstup od určitého nutkavého správania.

b) Druhý pacient (obeť typ 5°)

Možnosť pacientky nadviazať vzťah dôvery a pracovného spojenectva s terapeutom jej umožnila po prvýkrát komunikovať o halucinačných zážitkoch a desivých nočných morách, čo ju upokojilo. Zjavná závažnosť symptómov podnietila štruktúrovanie dlhodobej terapie, ale zvládnutie halucinácií prostredníctvom cvičení na zvládnutie disociácie aj farmakologickej terapie (pacientka bola proti užívaniu liekov a návšteva lekára v nej vyvolávala paniku) umožnilo pacientke takmer mesačnú neprítomnosť v práci (a to napriek tomu, že napriek závažným disociatívnym symptómom nechcela prestať pracovať). Pochopenie a integrácia symptómov ako odolnej súčasti životného štýlu pacientky jej umožnili, aby ich skôr privítala, než aby ich trpela ako "dotieravých nepriateľov", a naučila sa ich chápať a zvládať, zlepšovať a rozvíjať ich.

4) Efekt

Účinky boli pozitívne: 1) u prvého pacienta s traumami spojenými so starou vojnou stačilo 6 terapeutických stretnutí na to, aby sa zbavil symptómov posttraumatickej stresovej poruchy. Pacient dokázal hlbšie pochopiť svoj životný štýl a akceptovať, že je potrebné ešte na sebe pracovať, ale mimo negatívnej naliehavosti symptómov. 2) U druhej pacientky s predchádzajúcimi traumami spojenými s postavami pripútania (komplexná PTSD) sa podarilo symptómy regresovať vďaka integrácii farmakologickej terapie riadenej psychiatrom, ktorého mohla kontaktovať (pod vedením psychoterapeuta), a psychologickým technikám integrujúcim jednotlivé časti (medzi nimi aj EMDR) spojeným s adlerovskou holistickou terapiou, ktorá pracovala na 3 biopsychosociálnych dimenziách*.

5) Interdisciplinárna aplikácia

Adlerovská metóda spája tri holistické dimenzie osobnosti podľa biopsychosociálnej paradigmy**. Dôležitosť, ktorá sa pripisuje telu a dialógu orgánov, umožňuje terapeutovi sprevádzať pacienta, aby sa spojil s telesnými pocitmi a naučil sa postupne lepšie stabilizovať telo. Len postupne je pacient vedený k tomu, aby zväčšil svoje psychické obranné mechanizmy. Nadmerné kompenzačné mechanizmy sa spájajú s "vôľou k moci", slúžia pacientom na maskovanie jeho pocitov menejcennosti spájajú sa nevedome a odolne s aktuálnou traumatickou krízou alebo prežitými traumami. Analýza pacientovho životného štýlu mu umožňuje pozorovať jeho mechanizmy a vycítiť ich účinnosť a efektivitu podľa ich vnútornej logiky***. To však upozorňuje aj na maladaptáciu a preťaženie, na zlú rovnováhu medzi vnútornými zdrojmi a vonkajšími riešeniami. Adlerovský terapeut bude preto citlivo vnímať stav pacientovho pocitu spolupatričnosti (Gemeinschaftsgefühl)**, ktorý je skutočným vyrovnáateľom neregulovaných fikcií (presvedčení) v životnom štýle, ale ktorý môže byť prvým poškodeným prvkom v traumatických situáciách, najmä pri chronických.

Referencie:

*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.

Osvedčený postup č. 16

Posttraumatická obeť a skupinová analytická terapia: Intersubjektivita, empatické svedectvo a inakosť

Spracovali: Institute of Group Analysis Athens (Greece)

Autori Berman, A.

Kľúčové slová: skupinová analýza, stavy seba, obeť, posttrauma, empatické svedectvo, inakosť

1. Kontext

V tomto článku Berman opisuje vinetu skupinovej analytickej skupiny s cieľom vysvetliť, ako sa posttraumatická agresia môže presunúť z reálneho agresora v minulosti na členov skupiny (uzavreté) osoby v súčasnosti. Autor hovorí o "posttraumatickej obeť" ako o stave seba v zmysle koncepcie viacnásobného ja... Z vnútra akéhokoľvek určitého stavu seba má človek osobnú skúsenosť autenticity ("toto som ja" - skúsenosť), zatiaľ čo akýkoľvek náznak akéhokoľvek iného stavu seba je prežívaný ako "nie ja" (s. 245). Keď je disociácia hlavným obranným mechanizmom, seba-stavy môžu byť navzájom disociované. Posttraumatický seba-stav obeť možno rozpoznať v 4 vzorcoch správania obeť, v skupine, ktoré sú opakovanými interpersonálnymi prejavmi: 1. nárokovanie si uznania za obeť; 2. vytesnenie agresie obeť; 3. transformácia osobného utrpenia na dominanciu, kontrolu a požadovanie kompenzácie; 4. pozastavenie záujmu a empatie voči iným.

2. Opis participantov/skupiny

Opísanú skupinovú analytickú skupinu tvorí 8 členov, mužov a žien, vo veku 30-50 rokov. Eva je členkou skupiny už dlhší čas. Nedávno sa rozviedla po mnohých rokoch sťažovania sa a frustrácie vo vzťahu s manželom. Pracuje na strednej škole; kolegovia obdivujú jej výkonnosť a schopnosť vytvárať okolo seba dobrú atmosféru. V detstve, po rozvode rodičov, sa jej matka vydala za iného muža, ktorý ju týral, väčšinou slovne. Nikdy sa nestážovala a nehovorila o svojich zážitkoch z detstva, až kým sa nestala členkou skupiny. Členovia terapeutickej skupiny oceňovali jej humor, pozorný a citlivý vzťah k ostatným a schopnosť vyrovnávať sa s ťažkosťami. Vo chvíľach trápenia sa stávala zraniteľnou, potrebnou a vyžadovala od skupiny a všetkých v nej viac pozornosti, očakávala, že sa s ňou všetci stotožnia. Očakávala, že ostatní členovia sa stanú empatickými svedkami jej utrpenia. Akýkoľvek prejav inakosti zo strany ktoréhokoľvek člena pociťovala ako zneužitie a opustenie a jej reakciou bol hnev a urážka. Ak sa niekto zmienil o tom, koľko času si počas sedenia vzala pre seba, cítila sa dotknutá. Ostatní členovia začali byť opatrní a báli sa, keď s ňou hovorili.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Na jednom sedení hovorí, že jej vzťah s najlepšou kamarátkou je narušený. Boli v krčme, keď sa do ich rozhovoru zapojil mladý muž. Eva mala dojem, že sa o ňu ten mladý muž zaujíma, jej kamarátka neustúpila a ona sa cítila veľmi zranená a ignorovaná. Všetci traja odišli z krčmy v aute Evinej kamarátky. Jej kamarátka nečakane odviezla Evu domov a pokračovala s mladým mužom. Eva sa cítila ponížená, porazená a opustená. Členovia skupiny reagujú stotožnením, útechou, úprimným smútkom. Jedna žena s ňou rezonovala tak hlboko, že nemohla prestať plakať a rozprávala o podobnej skúsenosti, ktorú mala. Dvaja muži zo skupiny odsúdili správanie Evinho priateľa. Rachel, jedna z najmladších v skupine, povedala, že chápe jej bolesť, "ale svet randenia je svetom konkurencie. Tvoja kamarátka ho tiež chcela. Bola to príležitosť aj pre ňu. Prečo by mala kvôli tebe ustúpiť? ..." (p.252). Eva sa cítila Rachel urazená, prirovnala ju k svojej kamarátke, Rachel sa cítila zranená, vzájomná podpora, ktorú si zvyčajne poskytovali, sa vytratila. Rachel sa utíšila, plakala a zdala sa byť úplne sama. Dvaja členovia sa snažili Evu upokojiť, rozprávali sa s ňou nežne a diskretné a pokúšali sa obnoviť rozhovor medzi Evou a Rachel. Iná žena, ktorá sa stotožnila s Rachelinou bolesťou, opísala Evinu správanie ako agresívne a trestajúce. Keď iná žena prirovnala výmeny názorov v skupine k boju medzi pohlaviami slovami: "Hádame sa tu kvôli správaniu mužov. Oni sa nám dvoria a napriek tomu sú egocentrickí a agresívni a my na to doplácame" (s. 253), potom iný muž povedal: "Aj mňa zranilo odmietnutie žien. Nepáči sa mi, že sa súťažím o to, kto bol viac zranený. Tu v skupine som si tiež vypočul ťažkú spätnú väzbu a stále som počúval. Počúval som aj teba, Eva. Eva mu

s nenávisťou odpovedala: "Namiesto toho, aby ste ma podporili, kritizujete ma za to, že som vyjadrila svoje utrpenie" (s. 253). Po tejto ťažkej výmene názorov sa skupina obrátila na facilitátora/terapeuta so žiadosťou o pomoc. Jeho intervencia sa týkala jeho pocitov empatického reagovania, jeho stotožnenia sa s každým členom v rôznych momentoch. Skupina pokračuje v rozhovore o potrebe niektorých členov otvorene vyjadriť svoje pocity a ukázať, kto sú, a uznať "koexistenciu rôznych emócií a názorov" (s. 253).

Čo sa stalo na tomto stretnutí? Eva si v skupine zopakovala stav obete, skutočne sa cítila opustená a ponížená ako v detstve. V skupine sa odvážila sťažovať, vyjadriť svoje pocity, že sa s ňou zle zaobchádza, a obviňovala ľudí, ktorí ju podľa jej názoru urazili. Počas rekonštrukcie sa v rámci jej sebestavu obete jej utrpenie pretavilo do premáhajúcej sa a vytesnenej agresie voči Rachel, členke, ktorá jej bola najbližšia, ktorá ju zvyčajne podporovala. Okrem toho v tomto sedení Eva neopätovala empatické reakcie a starostlivosť, ktorú dostala. V rámci rezonancie v skupine (rezonancia je terapeutickým faktorom skupinovej analýzy) sa skupina ako celok posúva do stavu sebaobete (páchatelia a obete v skupine). V rámci skupiny vyjadrenie nespravodlivosti a zraniteľnosti poskytuje priestor pre kolektívnu identitu a základ pre nevedomú súťaž medzi členmi. Zdá sa, že agresia obete je prenosná: členovia očakávajú, že budú svedkami a budú podporovaní. Emocionálna schopnosť skupiny zadržiavať inakosť sa znížila. "Pojem 'inakosť' sa vzťahuje na prítomnosť akejkoľvek osoby ako odlišnej, inej ľudskej bytosti" (s. 250).

4. Efekt

Terapeutický kontext, ktorý uznáva utrpenie, ktoré osoba prežila, obsahuje prvky empatie, kompenzácie a afirmatívneho konania, umožňuje procesy zotavenia. Terapeutická skupina ponúka liečivé prostredie, ktoré vytvára uznanie, zadržanie a súcit s traumatizovanou osobou. Kontext skupiny je bezpečným priestorom, v ktorom sa osoba cíti byť súčasťou, pochopená a chránená. Členovia skupiny sa stávajú empatickými svedkami traumatickej skúsenosti, ktorú niekto prežil sám. V analytickej skupine môžu byť disociované sebestavy rozpoznané, pripomenuté a poukázané ostatnými účastníkmi (s. 247). V tomto podpornom a bezpečnom kontexte môže obeť znovu zažiť posttraumatickú disociáciu a popreté pocity poníženia, hanby a hnevu. Pri práci s týmito pocitmi sa posttraumatická osoba cíti znovu posilnená, sily ega sa môžu čiastočne obnoviť a vnútorné zdroje sa reaktivujú.

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



Osvedčený postup č. 17

Učenie sa od cudzincov: Etnopsychiatria v praxi

Spracovali: Institute of Group Analysis Athens (Greece)

Autor: Grandsard, C.

Kľúčové slová: klinické prostredie, etnopsychiatria, psychoterapia s imigrantmi a utečencami, sociálne väzby

1. Kontext

Toto je kľúčová prednáška Catherine Grandsardovej na 17. sympóziu GASI v Berlíne v roku 2017. Názov podujatia bol Prekračovanie hraníc - sociálne, kultúrne a klinické výzvy. Prednáška sa týka klinickej práce v Centre Georges Devereuxa v Paríži vo Francúzsku. Toto centrum je výskumná klinika, ktorú vedie a v roku 1993 založil profesor Tobie Nathan. Ľuďmi, ktorým táto klinika pomáha, sú rodičia cudzinci a ich deti (narodené alebo nenarodené vo Francúzsku), maloletí cudzinci bez sprievodu, osoby, ktoré prežili holokaust (bývalé ukryté deti), a ich rodiny a rodiny žijúce v manželstve. Na začiatku bola etnopsychiatria špecifickou oblasťou výskumu v rámci antropológie, ako ju definoval Georges Devereux (1908 - 1985), francúzsky etnológ a psychoanalytik maďarského pôvodu. Etnopsychiatria sa zameriavala na kultúrne spôsoby interpretácie a liečby porúch. Podľa Devereuxa každá ľudská spoločnosť určuje normatívne správanie a definuje odchýlky od kultúrne prípustného správania. Tieto kultúrne repertoáre deviantného správania a s nimi súvisiacu liečbu definoval aj ako "psychiatrie". Liečebné postupy súvisiace so špecifickými sociálnymi skupinami a kultúrami sú "etnopsychiatrie". Tobie Nathan bol Devereuxovým doktorandom a blízkym spolupracovníkom. Nathanovým cieľom bolo vytvoriť klinické prostredie fungujúce na princípoch etnopsychiatrie, ktoré by zahŕňalo všetky liečebné metódy bez toho, aby niekoho diskvalifikovalo.

V rámci tohto osvedčeného postupu bude opísaný ako jeden z dvoch príkladov prípadov uvedených v článku. Príklady ilustrujú, ako v takomto klinickom prostredí musí terapeut a pracovník s prípadom odložiť svoje vlastné predpoklady, aby pochopil liečebné postupy prirodzenej skupiny ľudí a následne našiel nové riešenia problému s pacientom a jeho prirodzenou skupinou.

2. Opis prípadu

Abdoulaye bol 17-ročný dospelý utečenec zo Senegalu. Pred rokom prišiel do Francúzska ako maloletý bez sprievodu, teraz žije v náhradnom domove a stále hovorí len trochu po francúzsky. Po násilnej hádke s kamarátom, maloletým bez sprievodu z Afganistanu, ho jeho opatrovník vzal na kliniku. Pred týmto incidentom nikdy nebol násilný.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Intervencia pozostávala zo 4 sedení, z ktorých každé trvalo 2 hodiny, počas 5 mesiacov. Tím sa skladal zo štyroch odborníkov: dvoch psychológov, sociálneho pracovníka a prekladateľa/kultúrneho mediátora alebo "etnoklinického mediátora". Tu je opis prvého sedenia/stretnutia.

Autorka Catherine Grandsardová bola určená ako vedúca všetkých stretnutí. Na všetkých sedeniach sa zúčastnil aj Abdoulayeho prípadový pracovník. Na prvom sedení pred Abdoulayom Grandsardová v úlohe vedúcej požiadala pracovníka prípadu, aby ho predstavil tímu. Povedala im, že je to "seriózny mladý muž, ktorý sa snaží čo najlepšie prispôsobiť svojej situácii ako maloletý cudzinec bez sprievodu vo Francúzsku" (s. 273), že prišiel pred rokom a doteraz nikdy nebol násilný. Okrem toho, keď sa Abdoulayeho pýtala na bitku, nebol schopný túto epizódu vysvetliť. Namiesto toho hovoril o hroznom zážitku počas cesty loďou na cestu do Európy a o problémoch so spánkom. Kolega z tímu, ktorý pochádzal zo Senegalu a mal úlohu etnoklinického mediátora, preložil do Soninke, Abdoulayovho rodného jazyka.

Neskôr požiadali Abdoulayeho, aby opísal svoju cestu do Európy. Po otcovej smrti opustil svoje rodné mesto. Bol najstarší z piatich detí, chcel podporiť svojich súrodencov a povedal matke, že si nájde prácu vo väčšom meste bez toho, aby jej povedal o svojom námorskom pláne. Niekoľko mesiacov pracoval v pobrežnom meste, aby si zaplatil cestu loďou na Kanárske ostrovy. Loď bola preplnená migrantmi bez dokladov. Motor sa zastavil. Bolo veľmi horúco, 5 mladých ľudí v

Abdoulayovom veku zomrelo na úpal a dehydratáciu a ich telá boli hodené cez palubu. Keď motor opravili, podarilo sa im dostať do španielskej vody, kde ich zachránili.

Tím sa pýtal na jeho príznaky: Abdoulaye uviedol, že keď sa na seba pozrel do zrkadla, videl jazvy, ktoré mu zanechala slaná voda a pálivé slnko. Ale "pred očami sa mu objavovali tváre mŕtvych chlapcov. Cítil, že sa jeho osobnosť zmenila: neustále myslel na smrť, stále si želal, aby tých päť chlapcov riadne pochovali, a nie hodili cez palubu; mal nočné mory a často sa cítil deprimovaný" (s. 274). Vtedy sa autorka článku spýtala svojej kolegyne - etnoklinickej mediátorky, či v Soninke existuje slovo, ktoré by opisalo Abdoulayove príznaky. Ten povedal, že jedno existuje, a to slovo "Kany", ktoré "znamená strach, taký strach, ktorý vytesňuje dušu človeka" (s. 274). Abdoulaye sa zasmial, keď počul toto slovo vo svojom rodnom jazyku, ale prekvapilo ho a uľavilo sa mu, keď videl záujem tímu o slovo, ktoré mu bolo známe. Potom sa autori spýtali etnoklinického sprostredkovateľa: "Kto vie liečiť účinky Kany?" "Jaaranda", odpovedal, pričom použil slovo Soninke označujúce liečiteľa alebo lekára" (s. 274). Abdoulaye vysvetlil, že jeho matka sa pred odchodom poradila s Jaarandom. Jaaranda povedal, že bude cestovať veľmi ďaleko, ale ubezpečil ju, že urobil všetky potrebné cvičenia na ochranu jej syna. Abdoulaye si bol istý, že prežil vďaka Jaarandinmu konaniu a matkinmu požehnaniu. Tím sa rozhodol kontaktovať Abdoulayovu matku a požiadať ju, aby opäť navštívila toho istého Jaarandu a povedala mu, že jej syn zrejme trpí Kany. Prisľúbila, že to urobí, ale dúfala, že jej synovi predpíšu nejaké lieky proti nespavosti, ako to urobili.

Tím najprv pripustil, že Abdoulaye nepovažuje za účinné liečebné metódy Jaaranda, ani lieky či rozhovory. Terapeutická stratégia spočívala v tom, aby sa znovu spojil so svojou rodinou a sociálnou skupinou, do ktorej patrí a je naviazaný na svoje "prirodzené" sociálne skupiny. Bolo potrebné definovať podstatu problému, ktorým boli jeho posttraumatické symptómy. To však nestačí. Je potrebné vedieť, či v jeho rodnom jazyku existuje názov pre tieto symptómy a ako jeho kultúrna skupina chápe tieto ťažkosti. Pri skúmaní konceptu Kany, ktorý sa vzťahuje na poruchu vyvolanú extrémnym strachom, tím neinterpretoval tento stav ako psychický stav, ktorý sa zlepší pomocou liekov a/alebo verbalizáciou zážitku, ale prijal možnosť zapojiť liečebné zdroje jeho rodiny a jeho sociálnej skupiny. Akceptovali, že ak má pojem Kany zmysel pre Abdoulayovu skúsenosť, potom je potrebný odborník na Kany, kolega Jaaranda, a tiež, že táto liečba by mohla byť pre Abdoulayeho účinná. Ponúkajú klinické prostredie, v ktorom sa venuje rovnaká pozornosť všetkým liečebným metódam, "odkladajúc bokom pojem viery" a zapájajúc osoby, ktoré žiadajú o pomoc, "do procesu výberu pojmového kontextu, ktorý bude informovať o ich terapii" (s. 276). Autor tiež zdôrazňuje úlohu tlmočníka Soninke ako kultúrneho sprostredkovateľa; vie, ako prezentovať seba a tím podporujúci dôveru. Na to musí byť mediátor nielen znály kultúrnych spôsobov spoločnosti Soninke, ale aj francúzskych reálií a inštitúcií.

4. Efekt

Po mesiaci, na druhom stretnutí, Abdoulaye nemal žiadne príznaky. Na otázku, či užíva liek, odpovedal po francúzsky: "Na čo? Teraz, keď moja matka išla k Jaarandovi a on urobil, čo bolo potrebné, už ich nepotrebujem!" (s. 274 - 275).

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

Osvedčený postup č. 18

Kontaminácia traumou.

Traumatizované mysle, rozbité rodiny a dysfunkčné pracovné skupiny: Organizačná a medziľudská dynamika v zložitých súdnych konaniach v oblasti starostlivosti o deti

Spracovali: Institute of Group Analysis Athens (Greece)

Autor Stevenson, S.

Kľúčové slová: trauma, skupinová práca, skupinová dynamika, rodina, zadržiavanie

1. Kontext

Tento článok sa zaoberá traumou a jej vplyvom na pracovnú skupinu a dôvodmi, prečo bol tento proces narušený nevládnutou úzkosťou, ktorá vyústila do profesionálneho konfliktu. Profesionálne pracovné skupiny, ktoré sa zaoberajú traumatizovanými a dysfunkčnými rodinami, sú vystavené neprimeranej výzve už aj tak nevyhnutne bolestivého procesu, ktorý môže byť prekážkou vyváženého rozhodovania v najlepšom záujme detí. Trauma, zneužívanie a zanedbávanie môžu ovplyvniť profesionálnu kultúru, ktorá sa zhlučuje okolo týchto rodín. K tomu dochádza častejšie v prípade najnáročnejších rodín s možným profesionálnym zlyhaním v minulosti, ktoré vedie k profesionálnym konfliktom, impulzívnemu a zlému rozhodovaniu v dôsledku príležitostí, keď sa táto deštruktívna dynamika stala nevládnuteľnou.

2. Opis participantov/skupiny

Prezentovaná prípadová štúdia sa týka traumatizovanej pracovnej skupiny, v ktorej boli tri malé deti vážne zneužívané svojimi rodičmi. Trauma bola ústrednou skúsenosťou všetkých členov tejto rodiny, ktorá pramenila v niekoľkých generáciách. Detstvo rodičov bolo obzvlášť traumatizujúce a obaja rodičia boli počas starostlivosti vo vlastných rodinách vystavení vážnemu zneužívaniu a zanedbávaniu. Rodičia sa zoznámili a vybudovali si vzťah v čase, keď boli obaja zapletení do závažného zneužívania a obchodovania s drogami. Oddelenie sociálnych služieb, ktoré pracovalo s touto rodinou, súčasne viedlo inú rodinu, ktorá bola predmetom súdneho konania o ochrane dieťaťa, ktorého výsledok vyvolal v oddelení veľkú úzkosť a obviňovanie.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Celá pracovná skupina bola ovplyvnená medzigeneračnou traumou, a to aktuálnou traumou rodičov voči vlastným deťom, ako aj traumou profesionálnej pracovnej skupiny, ktorá bránila jednotlivcom rozmyšľať a uvažovať o najlepšom záujme detí. Zdá sa, že paralelne prebiehal proces symbolického stotožňovania zlých a násilníckych rodičov s neadekvátnymi odborníkmi, pričom obidvom nebolo možné dôverovať, že zabezpečia bezpečnosť detí, pretože boli veľmi zaujatí vlastnými bojmi. Aby bolo možné riadiť a udržiavať primerané psychologické procesy v pracovných skupinách a umožniť členom dokončiť ich pracovné úlohy, je potrebné vytvoriť vhodný priestor na reflexiu a supervíziu, ktorý členom umožní pozorovať dynamiku formovaných nevedomými procesmi a zaoberať sa ňou.

4. Efekt

Neuznanie týchto aspektov pracovného prostredia má potenciál znečistiť a kontaminovať atmosféru pracovnej skupiny v zmysle nespracovaných projekcií, uplatňovaných projektívnych identifikácií alebo skreslenia odborných vstupov na úkor blaha dieťaťa. Vzhľadom na neuveriteľný tlak, ktorý je v rámci tohto procesu vyvíjaný na odborníkov, aby dosiahli nápravu,

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

je poskytovanie priestoru na reflexiu a supervíziu pre odborníkov zapojených do zložitých súdnych konaní týkajúcich sa starostlivosti o dieťa nevyhnutné na umožnenie primeraného rozhodovania.

Referencia: 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.

Osvedčený postup č. 19

Úvahy o podpornej skupine pre zotavujúcich sa lekárov z dlhodobého Covidu

Spracovali: Institute of Group Analysis Athens (Greece)

Autor: Harte, V

Kľúčové slová: Skupinová analýza, podporné skupiny, trauma, personál pracujúci v zdravotníctve, zotavenie

1. Kontext

V októbri 2020 Vivienne Harteovú pozvala Dr. Clare Gerada ako predsedníčka charitatívnej organizácie Lekári v núdzi (DiD), aby sprostredkovala on-line podpornú skupinu pre lekárov, ktorí pociťujú príznaky Long Covid. Skupina bola prostredníctvom charity bezplatná pre lekárov v akejkoľvek fáze ich kariéry pracujúcich v Spojenom kráľovstve.

2. Opis participantov/skupiny

Na úvodný webinár sa zaregistrovalo a zúčastnilo približne 70 lekárov a následne boli vytvorené 3 on-line podporné skupiny, ktoré prebiehali paralelne v miestnostiach s prestávkami. Títo lekári prežívali veľké utrpenie v dôsledku obrovskej neistoty a strachu z telesných príznakov a ich vplyvu na celý ich život, nielen na ich profesionálne úlohy. Nemocniční lekári a všeobecní lekári, ako aj ostatní zdravotnícki pracovníci a pracovníci v oblasti sociálnej starostlivosti v prvej línii, boli tiež postihnutí v dôsledku nedostatočných vedomostí o víruse a nedostatočných vhodných osobných ochranných prostriedkov (OOP), ako sú masky, kukly a oblečenie.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Štruktúra podpornej skupiny bola 10 týždenných stretnutí v trvaní 1 hodiny a 15 minút. Prvé stretnutie bolo webovým seminárom, na ktorom sa mohli zúčastniť lekári, ktorí mali záujem o takúto skupinu, aby si vypočuli, čo sa bude ponúkať, a položili akékoľvek úvodné otázky, po ktorom nasledovalo 8 facilitovaných stretnutí a skončilo sa ďalším webovým seminárom. Záverečný webinár bol záverečným stretnutím a príležitosťou pre facilitátorov a lekárov poskytnúť spätnú väzbu všetkým zúčastneným na tejto skúsenosti. Dve skupiny viedli skupinoví analytici (jeden lekár na dôchodku) a jednu praktický lekár NHS, ktorý pracuje aj pre NHS Practitioner Health. Traja facilitátori sa stretli online s Clare Geradovou a koordinátorkou DiD Marie Searlesovou pred a po každom sedení na niekoľko minút pred a po kontrole.

Podporné skupiny boli zo skupinovo-analytického hľadiska homogénne v tom zmysle, že boli ponúkané osobám s konkrétnou identitou, lekárom, spájaj ich konkrétny problém, Long Covid.

Podporná skupina, navyše taká krátka, má svoje technické ťažkosti, pokiaľ ide o dosiahnutie rovnováhy medzi hĺbkou emocionálneho zamerania a praktickým vzdelávacím/psychologicko-edukačným šírením informácií. Jedným z jasných rozdielov v tejto skupine bolo, že všetci členovia boli veľmi skúsení a väčšinou starší lekári a autor ako nemedicínsky analytik skupiny mal len malé znalosti používaných lekárskeho termínov alebo opisovaných stavov. Fyzikálne medicínske zameranie bolo pre autora spočiatku novým jazykom napriek tomu, že dlhé roky pracoval v službách duševného zdravia NHS.

4. Efekt

Sila zdieľania v bezpečnom a otvorenom reflexívnom skupinovom priestore im umožnila začať nachádzať emocionálnu

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

silu na rozvíjanie vzájomného súcitu a potenciálne uzdravenie a znovuvytvorenie súcitnejšej lekárskej skupiny pre seba.

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

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

Osvedčený postup č. 20

Budovanie empatických mostov: Medzikultúrne "materské" naladenie v skupinovej psychoterapii pre imigrantov a utečencov

Spracovali: Institute of Group Analysis Athens (Greece)

Autor: Schermer, V.L

Kľúčové slová: utečenci, trauma, skupinová práca, imigranti, kultúrne faktory, skupinová dynamika

1. Kontext

Vzhľadom na rastúci počet prisťahovalcov prichádzajúcich do Európy, Spojeného kráľovstva, Spojených štátov a ďalších krajín, ktorí so sebou prinášajú svoje rozmanité kultúry, jazyky a rituály a niekedy vyhľadávajú psychoterapiu u lekárov v adoptívnej krajine, sa zaobchádzanie s prisťahovalcami zo strany zdravotníckych pracovníkov, a najmä skupinových psychoterapeutov, dostáva do popredia ako dôležitý problém.

2. Opis participantov/skupiny

Je dôležité zdôrazniť, že medzikultúrne vzťahy a dilemy, ktorým imigranti čelia, zahŕňajú viacero sociálnych, ekonomických, politických, vývojových a jazykových síl, ktoré sa objavujú počas celého životného cyklu. A to, čo platí pre jednu skupinu prisťahovalcov, nemusí platiť pre iné skupiny. Tento osvedčený postup sa vzťahuje najmä na klinickú vinetu, ktorú poskytol Leo Leiderman, a to na 40-ročného slobodného hispánskeho muža (José), ktorá odhaľuje niektoré druhy traumy, ktoré môžu imigranti zažívať.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Prostredníctvom počiatočnej kontroly José prešiel od obrannej nedôvery k vzájomnej náklonnosti, starostlivosti, spolupráci a praktickému riešeniu problémov v skupine. Schermer sa pokúša vniesť do prebiehajúceho dialógu zmysluplný spôsob chápania neverbálnych interakcií a súvislostí a význam modelu materskej starostlivosti pri liečení utrpenia, s ktorým sa stretávajú utečenci hľadajúci nový život v ťažkých a náročných podmienkach. Dúfame, že takéto pochopenie bude mať určitú hodnotu pre skupinových analytikov pracujúcich s ľuďmi vysídlenými z miesta ich pôvodu. Sledované intervencie spočívajú v pojmoch a ich interakciách, ako napríklad: kultúra ako rozšírenie a rozvinutie vzťahu matka - dieťa, materské aspekty skupiny a terapeuta, špecifické funkcie materskej väzby a ich užitočnosť pre prisťahovalcov, pripútanie a starostlivosť, spoločenstvo a spolupráca, tvorivé a praktické vedomie, psychická trauma a zadržiavanie. Klinická supervízia a uvedenie si konkrétneho kontextu sú pri liečbe týchto skupín obyvateľstva kľúčové.

4. Efekt

Tento článok – osvedčený postup poukazuje na dôležitosť predsymbolických stelesnených aspektov kultúrneho prejavu. Práca s populáciou prisťahovalcov si vyžaduje ostražitosť a schopnosť reagovať na predverbálne druhy interakcií, ktoré charakterizujú dvojicu matka - dieťa ako opätovne aktivovanú v skupine. Tieto interakcie nemusia byť nevyhnutne regresívne; sú skôr základom všetkých ľudských vzťahov. Sú obzvlášť dôležité pri kultúrnych rozdieloch, aké sa vyskytujú v skupinách prisťahovalcov.

Referencia: 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.



Osvedčený postup č. 21

Posttraumatická stresová porucha u zdravotníckych pracovníkov počas pandémie COVID-19 v Taliansku

Spracovali: Association for EMDR in Italia (Italy)

Autor: Isabel Fernandez, Marco Pagani, Eugenio Gallina

Kľúčové slová: zdravotnícki pracovníci, EMDR, PTSD, COVID-19, humanitárna kríza

1. Opis prípadu

Účastníci sú súčasťou výberovej vzorky, ktorú tvorí 744 zdravotníckych pracovníkov (lekári, zdravotné sestry, administratívny personál, pomocný personál intenzívnej starostlivosti, psychológovia): Na 587 zdravotníckych pracovníkov bola aplikovaná EMDR, zatiaľ čo zvyšných 157 nebolo liečených. Z 18 rôznych nemocníc a domovov dôchodcov zapojených do mimoriadnej udalosti COVID-19. Vzorka sa zbierala počas celého obdobia pandemickej mimoriadnej situácie od novembra 2020 do marca 2021.

2. Opis participantov a merané premenné

Všeobecné podmienky zdravotníckych pracovníkov sa zisťovali prostredníctvom dvoch sebahodnotiacich dotazníkov. Účastníci boli požiadaní, aby odpovedali na:

1. Sociodemografické informácie;
2. posttraumatická symptomatológia bola hodnotená prostredníctvom Škály vplyvu udalosti (Impact of Event Scale-Revised, IES-R)
3. na meranie úrovne intenzity emocionálnej aktivácie sa použil The Emotion Thermometer (THERMO Mitchell et al., 2010) v dvoch časových bodoch (pred liečbou a po liečbe): vizuálna analógová stupnica na sebahodnotenie na zber úrovne intenzity emocionálnej aktivácie na Likertovej škále od 1 do 10, pokiaľ ide o niektoré hlavné emocionálne zážitky (stres, depresívna nálada, úzkosť, hnev, problémy so spánkom, potreba pomoci). Za zmienku stojí, že 68 % skúmaných osôb malo pred EMDR patologické skóre IES-R (>33).

3. Intervencia zameraná na metódu

Intervenčný protokol bol navrhnutý pre online a de visu skupiny približne 4-6 účastníkov a online prostredníctvom EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Integrative Group Treatment Protocol) (Jarero et al., 2006). Sedenia môžu trvať od 1 do 1 h a 30 min.

Účastníci boli vedení prostredníctvom cvičenia bezpečného miesta alebo dychových cvičení. Vedúci EMDR-IGTP ich požiadal, aby premýšľali o najhoršej časti udalosti (súčasnej krízy) a potom tento obraz nakreslili na poskytnutý papier. Potom ich požiadal o príslušné hodnotenie subjektívnych jednotiek narušenia (SUD) a povedal im, aby na svoj obrázok napísali príslušné číslo. Potom boli požiadaní, aby sa pozreli na svoj obrázok a aplikovali vlastnú striedavú bilatelárnu stimuláciu prostredníctvom motýlieho objatia. Potom boli účastníci inštruovaní, aby nakreslili ďalší obrázok podľa vlastného výberu súvisiaci s udalosťou a ohodnotili ho podľa úrovne distresu. Spracovanie pokračovalo pohľadom na druhý obrázok a použitím Motýlieho objatia. Proces sa opakoval ešte dvakrát, takže každý účastník nakreslil štyri obrázky a ku každému poskytol hodnotenie SUD. Konečná úroveň distresu spojená s aktuálnou krízou sa potom hodnotila tak, že sa požiadali, aby sa zamerali na kresbu, ktorá ich najviac znepokojila, a určili aktuálnu úroveň SUD.

Kresba a výrok boli potom prepojené s Motýlim objatím. Klienti boli poučení, aby zavreli oči, skenovali svoje telo a vykonali Motýlie objatie alebo uzemňovacie techniky na stabilizáciu. A de visu individuálne sedenie prostredníctvom štandardného protokolu EMDR (Shapiro, 2018). Všetky typy intervencií vychádzali z terapie

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

EMDR. Každá intervencia trvala 3 stretnutia po približne 2 h, ktoré sa uskutočnili v priebehu jedného mesiaca, približne raz týždenne.

Intervencie viedol jeden psychoterapeut (na sedenie) špecializovaný na EMDR terapiu s cieľom znížiť príznaky posttraumatickej stresovej poruchy.

4. Výsledky

Táto štúdia preukázala, že intervencie pomocou EMDR u tejto populácie mali pozitívny účinok na významné zníženie symptómov posttraumatickej stresovej poruchy a symptómov, ako sú stres, depresívna nálada, úzkosť, hnev, problémy so spánkom a potreba pomoci.

To potvrdzuje, že práca s EMDR v krízových situáciách vyvoláva okamžitú úľavu, zabraňuje chronizácii.

Štúdia tiež potvrdila, že protokol EMDR vo všetkých svojich modalitách, online aj de visu, môže chrániť zdravotníckych pracovníkov pred následkami akútneho stresu.

Referencia: 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.

Osvedčený postup č. 22

Podpora zdravotníckych pracovníkov v čase COVID-19 pomocou desenzibilizácie očnými pohybmi a reprocesingu online: Pilotná štúdia

Spracovali: Association for EMDR in Italia (Italy)

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

Kľúčové slová: zdravotníci, EMDR, PTSD, COVID-19, online

1. Opis prípadu

Mimoriadne situácie vyvolávajú stav aktivácie, ktorý umožňuje rýchle pokusy o záchranu. Nie je teda prekvapujúce, že terapeutické skúsenosti s touto kategóriou pracovníkov poukazujú na emocionálne reakcie, ktoré zahŕňajú strach, úzkosť a hnev, zhoršené a komplikované objektívnymi, subjektívnymi a organizačnými rizikovými faktormi. Hoci to platí všeobecne pre terénnych pracovníkov v zdravotníctve, je to obzvlášť akútny problém pre zdravotníckych pracovníkov pôsobiacich v domovoch dôchodcov (RSA). Obyvatelia sú starší, slabí alebo zraniteľní a potrebujú pomoc a podporu v oblasti fyzických, emocionálnych, vzťahových a zdravotných/zdravotných potrieb a práve v týchto štruktúrach bolo náhle prepuknutie pandémie najviac zdrvivúce. Hneď po vypuknutí pandémie boli pracovníci domovov dôchodcov vystavení nepretržitým kumulatívnym traumatickým zážitkom, ktoré mali za následok opakovanú aktiváciu extrémnych stresových reakcií.

2. Opis participantov a merané premenné

Štúdie sa účastnilo 11 účastníkov: 7 žien a 4 muži s priemerným vekom 46 rokov boli rozdelení do dvoch skupín po 6 a 5 účastníkov. Všetci sa rozhodli izolovať v rámci domova dôchodcov počas 30-dňového obdobia od 1. apríla do 30. apríla 2020.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) v súlade s kritériami DSM IV-TR (Weiss a Marmar, 1997) validovaná a preložená do taliančiny (Pietrantonio a kol., 2003). Tento nástroj pozostáva z 22 položiek. Obsahuje tri subškály merajúce tieto dimenzie: vtieravosť, vyhýbanie sa a hyperaktiváciu. Účastníci boli požiadaní, aby ohodnotili svoju úroveň posttraumatických symptómov pomocou 5-bodovej Likertovej škály v rozsahu od 0 (= "vôbec nie") do 4 (= "veľmi"), ktorá sa vzťahuje na predchádzajúcich 7 dní. Celkové skóre sa pohybovalo od 0 do 88. Hraničná hodnota 33 upozorňuje na vysoké riziko posttraumatickej stresovej poruchy; v súlade s literatúrou neexistujú žiadne špecifické hraničné hodnoty pre interpretáciu škály.

Teplomer (thermometer) emócií, neštandardizovaný nástroj, ktorý sa používa na meranie subjektívneho prežívania šiestich emócií a ich dôsledkov účastníkmi na škále od 1 do 10: stres, úzkosť, depresívna nálada, hnev, ťažkosti so spánkom a potreba pomoci.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Súčasná mimoriadna situácia vedie k použitiu skupinového protokolu EMDR, ako sa to už urobilo v mnohých krajinách sveta po hromadných nešťastiach. Skupinová EMDR sa používa na dospelých aj na deti a v mnohých prípadoch bola prispôbena tak, aby vyhovovala konkrétnym podmienkam a okolnostiam (Wilson a kol., 2000; Korkmazlar-Oral a Pamuk, 2002; Fernandez, 2007; Gelbach a Davis, 2007; Zaghrou-Hodali a kol., 2008). Skupinový protokol (EMDR-IGTP) kombinuje štandardnú 8-fázovú terapiu EMDR s modelom skupinovej terapie (Jarero a kol., 1999; Artigas a kol., 2000) a využíva formu bilaterálnej stimulácie s názvom Butterfly Hug – Motýlie objatie (Artigas a Jarero, 2014; Jarero, 2020) spolu s úlohami kreslenia (Maxfield, 2008). Vzhľadom na výhody skupinovej terapie a preukázanú účinnosť protokolu EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) sme testovali online adaptáciu skupinového protokolu EMDR určenú na potreby vyvolané súčasnou mimoriadnou situáciou, ako sa uvádza aj v najnovšej literatúre (Luber, 2020; Pérez a kol., 2020; Tarquinio a kol., 2020; Fisher, 2021).

Realizovali sa dva programy skupinovej terapie. Každý z nich pozostával z piatich stretnutí: úvodné predtestové a psychoedukačné stretnutie, po ktorých nasledovali tri stretnutia skupinovej terapie EMDR a záverečné posttestové a debriefingové stretnutie.

Intervencie viedli terapeuti vyškolení v EMDR na úrovni konzultantov (certifikovaní Európskou asociáciou EMDR). Všetky stretnutia sa uskutočnili na virtuálnej konferenčnej platforme, aby sa zachoval sociálny odstup.

1. Prvé stretnutie (stretnutie 1) v každej intervencii bolo venované predstaveniu účastníkov, prezentácii projektu a vykonaniu úvodného predtestu úrovne emócií a posttraumatického stresu (škála IES-R a teplomer emócií) a orientácii na kritický stresový incident Fáza CISO stretnutia 1 sa začala normalizáciou emočných reakcií účastníkov pomocou symptómovej mriežky, po ktorej nasledovalo predstavenie techník na prevenciu distresu v dôsledku akútnych reakcií na stres a posttraumatickej stresovej poruchy.
2. Nasledujúce tri stretnutia (stretnutia 2, 3 a 4) sa zamerali na distres a potreby tímu a uskutočnil sa protokol skupinovej liečby EMDR (EMDR-IGTP). Účastníci uvádzali pocity bezmocnosti, nemožnosti vidieť svojich blízkych a pri strate bežných zvyklostí spred COVID, pocity absurdity. Sedenia môžu trvať od 1 h do 1 h a 30 min. Účastníci boli vedení prostredníctvom cvičenia bezpečného/bezpečného miesta alebo dýchacích cvičení. Vedúci EMDR-IGTP ich požiadal, aby premýšľali o najhoršej časti udalosti (súčasnnej krízy) a potom tento obraz nakreslili na poskytnutý papier. Potom ich požiadal o príslušné hodnotenie subjektívnych jednotiek narušenia (SUD) a povedal im, aby na svoj obrázok napísali príslušné číslo. Potom boli požiadaní, aby sa pozreli na svoj obrázok a poskytli vlastnú striedavú bilaterálnu stimuláciu prostredníctvom Motýlieho objatia. Potom boli účastníci inštruovaní, aby nakreslili ďalší obrázok podľa vlastného výberu súvisiaci s udalosťou a ohodnotili ho podľa úrovne distresu. Spracovanie pokračovalo pohľadom na druhý obrázok a použitím Motýlieho objatia. Proces sa opakoval ešte dvakrát, takže každý účastník nakreslil štyri obrázky a pre každý z nich poskytol hodnotenie SUD.
3. Posledné stretnutie (stretnutie č. 5) sa uskutočnilo rovnakým postupom ako predchádzajúce tri, ale určitý čas bol venovaný administrácii škály IES-R a teplomeru emócií po ukončení testu a umožneniu účastníkom s EMDR podeliť sa o svoje dojmy zo zážitku. Intervencia sa ukončila záverečnými komentármi a zhrnutím.

4. Výsledky

Priemerné skóre pre IES-R. Je vidieť, že skóre pred testom bolo vysoké v prípade vtieravosti $M = 16,18$ ($SD = 6,65$), vyháňania sa $M = 10,18$ ($SD = 8,96$) a hyperarousalu (hyperaktivácie) $M = 11,18$ ($SD = 6,11$). Všetky priemerné skóre po intervencii boli nižšie: vyháňanie sa $M = 1,18$ ($SD = 1,25$); vtieravosť $M = 1,91$ ($SD = 1,64$); hyperarousalita $M = 1,09$ ($SD = 1,04$). Rozdiel medzi priemerným skóre pred a po intervencii bol štatisticky významný (významnosť $p < 0,05$): vyháňanie sa $p. 0,005$; vtieravosť $p. 0,0000$; hyperarousalita $p. 0,0000$. Účastníci dosiahli vysoké skóre v subškálach teplomeru emócií merajúcich psychosomatické poruchy, ako je stres ($M = 7,36$; $SD = 2,73$), úzkosť ($M = 6,73$; $SD = 3,52$), problémy so spánkom ($M = 7,91$; $SD = 2,51$). Vysoké priemerné skóre potreby pomoci ukazuje, že intervencia EMDR by bola skutočne potenciálne veľmi užitočná. Priemerné skóre rovnakých dimenzií bolo po intervencii nižšie. Rozdiel medzi skóre pred a po intervencii bol štatisticky významný (významnosť $p < 0,05$): stres $p. 0,0000$; úzkosť $p. 0,0003$; nálada $0,005$; hnev $0,001$; spánok $p. 0,0000$; pomoc $p. 0,001$.

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

Skóre IES-R účastníkov po intervencii bolo významne nižšie v subškálach vtieravosť, vyhýbanie a hyperarousal. Postintervenčné skóre na subškálach emócií tiež ukázalo významné zníženie úrovne stresu, úzkosti, depresívnej nálady, hnevu, problémov so spánkom a vnímanej potreby pomoci. Aj keď sú tieto výsledky predbežné, sú štatisticky významné a ukazujú, že protokol EMDR, ktorý sme uskutočnili, bol účinný pri znižovaní účinkov PTSD vyvolanej stresom v dôsledku izolácie počas pandémie COVID-19.

Referencia: 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*

Osvedčený postup č. 23

Vražda dvoch detí

Spracovali: Association for EMDR in Italia (Italy)

Autor: Giada Maslovarich

Kľúčové slová: Skupinová intervencia v krízových situáciách, obeť typu 4° a 5°, sociálne krízové situácie, deti, EMDR intervencia

1. Opis prípadu

Otec zabije svojich dvoch synov vo veku 8 a 2 roky, ktorí sa narodili rôznym matkám. Komunita v malom severotalianskom mestečku, kde sa táto udalosť stala, je zúfalá. Najmä škola si vyžaduje intervenciu Spoločnosti pre EMDR v Taliansku na podporu rodičov, učiteľov a detí. Je potrebné vytvoriť protokol EMDR v núdzovom prostredí určením toho, s kým treba pracovať (rôzne typy obetí), čo treba ponúknuť (CISO a skupina EMDR) a kedy to ponúknuť.

2. Opis participantov a merané premenné

114 detí vo veku 6-10 rokov testovaných prostredníctvom

- Child Revised Impact of Event Scale-Children and War Foundation (1998): 13 položiek na testovanie posttraumatickej aktivity, vtieravosti, vyhýbania sa, a hyperarousalu.
- teplomer emócií, v ktorom sa na šiestich nakreslených teplomeroch môže testovať úroveň stresu, úzkosti, depresívnej nálady, hnevu, porúch spánku a potreby pomoci pomocou stupnice od 0 do 10.

Priemerné hodnoty vtieravosti, vyhýbania sa a hyperaktivity boli 7,07; 6,72 a 5,93.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Liečebný protokol sa môže veľmi líšiť v závislosti od:

1. dostupných zdrojoch (napr. záchranári, pohotovostné psychologické tímy),
2. logistických potrieb (napr. priestor, čas na stretnutie s obeťami),
3. charakteristiky traumatickej udalosti (napr. náhodná, úmyselná),
4. charakter udalosti (napr. prírodné katastrofy, katastrofy, ľudské zlyhania, napadnutie, vražda),
5. úroveň vystavenia traume (napr. obeť prvého, druhého ... šiesteho typu)
6. ciele intervencie (napr. psychosociálna a psychologická intervencia prvej pomoci alebo intervencia zameraná na traumu).

V tomto konkrétnom prípade sa po dôkladnom prečítaní s riaditeľkou základnej školy a koordinátorkou materskej školy rozhodlo navrhnúť:

- 2 psychoedukačné stretnutia CISO s rodičmi a učiteľmi zúčastnených škôl.
- 1 až 3 skupinové sedenia EMDR v triedach detí základnej školy.
- 1 CISD (debriefing) a skupinové EMDR stretnutie s pracovníkmi záchrannej služby.
- 1 skupinové stretnutie EMDR so skupinou matiek.
- 1 skupinové stretnutie EMDR so sekundárnymi obeťami (napr. učiteľmi, otcami, starými rodičmi, zamestnancami školy...).

Zameranie na protokol EMDR skupiny: príprava, hodnotenie a informovanosť.

Fáza 1 EMDR skupiny: klinická anamnéza a údaje. Budovanie konceptualizácie práce so skupinou EMDR.

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

Fáza 2 Príprava skupiny EMDR.

Prezentácia, psychoedukácia o reakciách na traumy, stabilizácia prostredníctvom hlbokého dýchania, uzemnenia a bezpečného miesta.

Fáza 3: hodnotenie cieľovej pamäte. Štyri kvadranty s kresbou a SUD hodnotením poruchy.

Fáza 4 EMDR skupina: desenzibilizácia.

Bilaterálna stimulácia, Motýlie objatie a vyhodnotenie pôvodných spomienok reprodukováných na ďalších troch kvadrantoch prehodnotením SUD (subjektívna jednotka poruchy).

Fáza 5 skupiny EMDR: Inštalácia.

Posilnenie pozitívneho aspektu: identifikácia pozitívnej myšlienky alebo príjemného pocitu, ktorý sa objavil v predchádzajúcich krokoch. Nakreslite pozitívny pocit na zadnú stranu papiera a vyberte kľúčové slovo.

Voliteľne: možnosť podeliť sa o kľúčové slová a napísať spoločnú vetu v malých podskupinách po 4-5 ľudí.

Fáza 6 Skupina EMDR: Skenovanie tela. Pozorujte telo a hlavné stresové body. Navrhnete cvičenie "oprášenie" alebo "psík z vody" na striasanie týchto stresových bodov.

Fáza 7 Ukončenie skupiny EMDR. Minúty voľnej diskusie, spätná väzba zo sedenia, vyhodnotenie, prvky psychoedukácie, možné termíny ďalších sedení.

Fáza 8 EMDR skupina: opätovné zhodnotenie spomienok z predchádzajúceho sedenia prostredníctvom SUD. Ak je obraz rušivý od 0 do 2, navrhuje sa zmeniť spomienku a prejsť na inú rušivú udalosť, inak sa opakuje práca na predchádzajúcej spomienke.

4. Výsledky

Vo vzorke po intervencii boli priemerné hodnoty vtieravosti, vyhýbania sa a hyperarousalu 3,28; 3,32 a 3,14. Rozdiel medzi priemernými hodnotami pred a po intervencii bol štatisticky významný.

Na konci práce boli zhromaždené hodnotenia väčšej pohody prostredníctvom kvalitatívnych metód, ako sú kresby pozitívnych zdrojov, ktoré sa objavili počas práce, a nástenka zostavená z kresieb a kľúčových slov pozitívnych zdrojov.

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



Osvedčený postup č. 24

Stabilizačné stretnutie pre ukrajinských psychológov a psychoterapeutov počas vojny v období február - máj 2022

Spracovali: Association for EMDR in Italia (Italy)

Autori: Alessandra D'Abramo, Eugenio Gallina

Kľúčové slová: Skupinová intervencia v núdzových situáciách, obeť typu 4° a 5°, humanitárne núdzové situácie s globálnym dosahom, Vojna, EMDR

1. Opis prípadu

Rusko 24. februára začína vojenskú inváziu na Ukrajinu. Pod koordináciou EMDR Europe ponúka Asociácia pre EMDR v Taliansku ukrajinským psychológom a psychoterapeutom online stabilizačné skupiny. Informácie o tejto iniciatíve sa šírili prostredníctvom Asociácie EMDR Europe a prostredníctvom miestnych orgánov (Centrum psychologického poradenstva a traumatoterapie "Otvorené dvere"). Účasť bola dobrovoľná a bezplatná pre účastníkov aj pre vedúcich skupín.

2. Opis participantov a merané premenné

Zisťovali sa len kvalitatívne ukazovatele východiskového stavu účastníkov skupiny. Konkrétne sa na začiatku stabilizačného sedenia a na jeho konci zbieral SUD (Subjektívna jednotka narušenia). Na škále od 0 do 10 pri meraní poruchy bolo priemerné skóre SUD zozbierané od 100 participantov v počiatočnej fáze intervencie SUD < 8 (7,58).

3. Intervencia: zameranie na metódu

23 talianskych psychoterapeutov z Asociácie EMDR v Taliansku, vyškolených v skupinovom protokole EMDR, viedlo v období od 4. marca do 3. mája 2022 denne online stretnutia medzi 16.00 a 17.30 hod. Zorganizovalo sa 46 stretnutí, na ktorých sa zúčastnilo 111 účastníkov zo sedení s 2 až 5 účastníkmi.

Bol poskytnutý skupinový protokol EMDR:

Fáza 1 EMDR skupina: klinická anamnéza a údaje. Budovanie konceptualizácie práce so skupinovú EMDR.

Fáza 2 Skupinová EMDR: príprava. Prezentácia, psychoedukácia o reakciách na traumy, stabilizácia prostredníctvom hlbokého dýchania, uzemnenia a bezpečného miesta.

Fáza 3: hodnotenie cieľovej pamäte. Štyri kvadranty s kresbou a posúdením SUD poruchy. Ciele, na ktorých účastníci pracovali, neboli verbalizované.

Fáza 4 EMDR skupina: desenzibilizácia.

Bilaterálna stimulácia, Motýlie objatie a vyhodnotenie pôvodnej pamäte reprodukovanej na ďalších troch kvadrantoch prehodnotením SUD (subjektívna jednotka poruchy).

Fáza 5 skupiny EMDR: Inštalácia.



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

Posilnenie pozitívneho aspektu: identifikácia pozitívnej myšlienky alebo príjemného pocitu, ktorý sa objavil v predchádzajúcej fáze. Nakreslite pozitívny pocit na zadnú stranu papiera a vyberte kľúčové slovo. Voliteľne: možnosť podeliť sa o kľúčové slová a napísať spoločnú vetu v malých podskupinách po 4-5 ľudí.

Fáza 6 Skupinová EMDR: Skenovanie tela. Pozorujte telo a hlavné stresové body. Navrhnite cvičenie "oprášenie" alebo "psík z vody" na striasanie týchto stresových bodov.

Fáza 7 Skupinová EMDR: uzavretie. Zápis o tom, ako sedenie prebehlo, prvky psychoedukácie, možné termíny ďalších sedení.

Fáza 8 Skupinová EMDR: opätovné posúdenie obrazu z predchádzajúceho stretnutia prostredníctvom SUD. Ak je obraz rušivý od 0 do 2, navrhuje sa zmeniť obraz a prejsť k inej rušivej udalosti, v opačnom prípade sa opakuje práca na predchádzajúcom obraze.

4. Efekt

Niektoré kľúčové slová, o ktoré sa kolegovia chceli podeliť počas časti venovanej pozitívnym zdrojom (fáza 5): najčastejšie sa opakovali tieto slová:

- Kľud
- Sila
- Ochrana
- Nádej
- Láska

ostatné boli:

- domov, teplo, more, radosť, vďačnosť, prijatie, rast, pokoj, priatelia, slnko, dôstojnosť, kvety, život, rodina, byť nažive, NÁDEJ, budúcnosť, znovuzrodenie, uzdravenie, víťazstvo

Vo fáze 7 boli zozbierané aj ďalšie komentáre:

- "Ďakujeme, že ste sa s nami podelili o tieto techniky"
- "Dokázala som plakať, mala som veľmi silné emócie, teraz sa cítim ľahšie" "znížila sa emocionálna koncentrácia"
- "Cítila som teplo, predstavovala som si svoje deti na slnku"
- "Moje mesto je okupované Rusmi, nie je možné opustiť mesto, niektorých deportujú do miest ďaleko (od ukrajinských hraníc), prerušili elektrinu a odstavili čerpacie stanice a internet, počula som, že mnohých, ktorí sa pokúšali utiecť, v týchto dňoch zabili. Problémom je, že nemáme peniaze a zdroje. Mnohí boli na strane Ruska, ale potom, keď videli, čo sa deje, pochopili."
- "Každý deň sa modlím, aby som mohol opäť objasť svojho syna, ktorý narukoval ako dobrovoľník."

Referencia: <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



Osvedčený postup 25

Psych.E.In. Medzinárodné stretnutie: Včasná psychologická intervencia: modely a prístupy v troch fázach krízy. Otvorené stretnutie 29. - 31. mája 2022

Spracovali: Association for EMDR in Italia (Italy)

Autori: Serena Zucchi, Francesca Bascialla, Isabel Fernandez

Kľúčové slová: Výcvik pre psychológov a psychoterapeutov, obeť, mimoriadne situácie, PTSD, intervencia EMDR

1. Opis prípadu
2. Kontext

Včasná psychologická intervencia sa stáva čoraz nevyhnutnejšou zručnosťou v kariére psychológa. Do veľkej miery to súvisí s neočakávanou situáciou pandémie Covid 19 a s vojnou na Ukrajine, v dôsledku ktorých bolo potrebné rýchlo pripraviť obrovské množstvo kvalifikovaného personálu na zníženie psychického stresu a traumatizácie spojené s týmito udalosťami.

“Psych. E. In. Psychologická včasná intervencia: klinická príprava” je európsky projekt financovaný z výzvy Erasmus plus KA 202 na budovanie strategických partnerstiev pre odbornú prípravu a odborné vzdelávanie v období 2020 - 2023 (číslo projektu: 2020-1-PL-KA202-082075). Vychádza z rastúceho dopytu, ktorý sa začal v roku 2020, pripraviť psychológov a psychoterapeutov na naliehavú terénnu prácu v oblasti včasnej psychologickéj intervencie. Projekt vedie poľská Univerzita Jana Kochanowského v Kielcach, ktorá je vedúcim partnerom, a podieľa sa na ňom konzorcium šiestich ďalších partnerov z piatich členských krajín Európskeho spoločenstva: Asociácia pre EMDR v Taliansku (IT), Asociácia klinických psychológov Českej republiky (CZ), Prešovská univerzita (SK), Institut Alfred Adler de Paris (F), Institut of Group Analysis Athens (EL) a Pixel Cultural Association (IT).

Zapojených je aj viac ako štyridsať európskych a mimoeurópskych pridružených partnerov (univerzity, školy psychoterapie, vedecké združenia, vedecké vydavateľstvá), ktorí zdieľajú ciele projektu a zaviazali sa k jeho šíreniu medzi svojimi členmi, klientmi a študentmi.

Konzorcium Psych.E.In. vytvára tri intelektuálne výstupy (I.O.):

- I.O. 1: MOOC, masívne otvorené online kurzy
- I.O. 2: Súbory nástrojov (Toolkits)
- I.O. 3: Zbierka prípadových štúdií

S cieľom šíriť teoretické a metodologické predpoklady včasných psychologických intervencií zorganizovala Asociácia pre EMDR v Taliansku v dňoch 29. - 31. mája 2022 otvorené online školenie pre partnerov a pridružených partnerov projektu Psych.E.In.

2. Zapojení účastníci



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

Cieľovou skupinou online nadnárodného vzdelávacieho kurzu sú členovia konzorcia Psych.E.In. a pridružení partneri. Podujatie sa šíri prostredníctvom informačného bulletinu, sociálnych médií a miestnych novín.

1. Analýza potrieb odbornej prípravy

"Zdieľanie je starostlivosť" je poslanie, ktoré inšpirovalo konzorcium Psych.E.In. a konkrétne Associazione per l'EMDR in Italia ako výsledok analýzy potrieb vykonanej medzi jeho členmi, členmi pridružených partnerov a miestnymi zainteresovanými stranami. Analýza údajov o potrebách odbornej prípravy vykonaná počas fázy návrhu projektu aj fázy návrhu podujatia odbornej prípravy bola nástrojom na zistenie potenciálneho dopadu podujatia.

3. Tréningová intervencia: zameranie na metódu

1. Nastavenie tréningu

Online vzdelávacie podujatie sa konalo v rámci projektu Psych.E.In. Training Corse organizovaného v Miláne v dňoch 31. mája - 1. júna 2022 Asociáciou pre EMDR v Taliansku. Kurz zahŕňal uzavreté osobné zasadnutie vyhradené pre partnerov Psych.E.In. a predvečerné online zasadnutie otvorené pre všetkých zúčastnených členov príjemcov. Podujatie sa konalo v angličtine so simultánnym prekladom do taliančiny.

2. Zapojení účastníci

Celkovo sa na troch dňoch zúčastnilo 1 600 psychológov a psychoterapeutov: 800 v prvý deň (nedeľa) a rovnaký počet v ďalšie dva dni.

3. Tréneri: príprava

Konzorcium Psych.E.In. chce prostredníctvom troch uvedených vzdelávacích kurzov (MOOC, súbor nástrojov a prípadové štúdie) ponúknuť transteoretický rámec klinických a organizačných základných vedomostí, zručností a schopností v oblasti včasnej psychologickéj intervencie. V tomto rámci boli pozvaní odborníci rôznych prístupov ako kľúčoví lektori, aby ilustrovali tri fázy krízovej reakcie: predfázu, akútnu fázu a následnú fázu.

Konkrétne predfázu intervencie v núdzovej situácii ilustrovali Carla Penna, psychoanalytička, skupinová analytička (Brazília) a Roger Solomon, riaditeľ EMDR USA (USA). Akútnu fázu opísali Dorota Merecz-Kot, Univerzita v Lodži (Poľsko) a Gary Quinn, EMDR Institute (Izrael) a intervenciu a výsledky následnej fázy opísali Marina Mojovich, výcviková skupinová analytička Gas Belgrad (Srbsko) a Isabel Fernandez, prezidentka EMDR Európa a Taliansko (Taliansko).

4. Trvanie

Tri dni od 16.15 do 19.00 hod: 8.15

5. Následná fáza

Následné stretnutie nebolo naplánované. Ukazovatele vplyvu podujatia sa zbierali prostredníctvom registrácie prístupov k webstránke projektu (kurz MOOC), ktoré boli v čase podujatia k dispozícii online: Po podujatí bolo zaregistrovaných 350 nových prístupov ako používateľov.

4. Efekt: hodnotenie výsledkov vzdelávania

1. Vnímaná spokojnosť

V súvislosti s podujatím neboli predložené žiadne dotazníky spokojnosti. Pripomienky a otázky sa však zbierali prostredníctvom otvoreného rozhovoru počas kurzu. Každý prednášajúci mohol odpovedať na niekoľko otázok a nezodpovedané otázky boli zverejnené na stránke projektu venovanej podujatiu: <https://psychein.pixel-online.org/conferences.php>

2. Výsledky

Kurz rozvíja odlišné a vzájomne sa dopĺňajúce jazyky a metodické prístupy, ako aj nástroje riadenia na zlepšenie vytvárania sietí a multidisciplinárnej práce pri reagovaní na rôzne typy žiadostí o záchranu.

Osobitná pozornosť sa venuje zraniteľným skupinám obyvateľstva, ako sú deti, dospelávajúci, tehotné ženy, starší ľudia, ľudia s telesným a mentálnym postihnutím, a záchranárom v rôznych fázach zásahu: predakútna fáza, akútna fáza a následná fáza.

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

Prednášajúci sa zamerali na hodnoty rovnosti, ľudských práv a dostupnosti zdrojov a na rýchle obnovenie novej rovnováhy v živote a v komunite po hromadných nešťastiach alebo kritických udalostiach a na podporu odolnosti komunity v akejkoľvek fáze krízy: predkrízová fáza, akútna krízová fáza a následná fáza.

Predkrízová fáza: je to fáza pred kritickou udalosťou, ktorá je základom pre zníženie rizík a zmiernenie dopadu krízy.

Akútna krízová fáza: je to fáza krízy, predstavuje podstatu intervencie v prípade mimoriadnej udalosti, pohybuje sa od času bezprostredne nasledujúceho po udalosti až po prvých 72 hodín. Pri opakujúcich sa udalostiach (napr. pandémie) môže akútna fáza trvať dlhší čas.

Následná fáza: je to čas na zužitkovanie skúseností získaných pri krízovom zásahu na definovanie budúcich stratégií a politik. Pokrízová fáza umožňuje senzibilizovať komunitu smerom k preventívnej kultúre.

Niektoré protokoly o intervenciách kompetencie psychológa a psychoterapeuta získané v rámci kurzu a projektu môžu byť významné v oblasti duševného zdravia, podpory verejného zdravia a prevencie.



Osvedčený postup č. 26

Kognitívna reštrukturalizácia, PTSD a závažné duševné ochorenie

Spracovali: University of Presov (Slovakia)

Autori: Kim T. Mueser, Jennifer D. Gottlieb, Haiyi Xie et al.

Kľúčové slová: individuálna intervencia, typ obete 1°, rôzne typy traumy, závažné duševné ochorenia, posttraumatická stresová porucha, kognitívna reštrukturalizácia

1. Kontext

Liečba posttraumatických reakcií a posttraumatickej stresovej poruchy u ľudí so závažnými duševnými ochoreniami, ako je schizofrénia alebo bipolárna porucha, by mohla byť problematická a náročnejšia. Pri liečbe posttraumatických reakcií a posttraumatickej stresovej poruchy sa široko uplatňuje prístup KBT, ktorý sa zdá byť účinný. Často sa uplatňuje krátka intervencia KBT (3 sedenia) zložená z nácviku dýchania a psychoedukácie. Úplná intervencia KBT (12 až 16 sedení) je rozšírená najmä o kognitívnu reštrukturalizáciu. Kognitívna reštrukturalizácia je technika, ktorá pomáha ľuďom zmeniť spôsob myslenia o veciach, ktoré ich znepokojujú alebo frustrujú, pomocou niekoľkých krokov, napr. sokratovskej metódy alebo identifikácie a prevencie "chýb v myslení".

2. Opis participantov a merané premenné

201 ľudí so závažným duševným ochorením, ako je schizofrénia, schizoafektívna porucha, veľká depresia alebo bipolárna porucha a posttraumatická stresová porucha na základe SCID pre DSM-IV, bolo randomizovaných pomocou prístupu RCT na skupinu liečenú intervenciou KBT s 3 sedeniami a skupinu s 12 až 16 sedeniami. Primárnym meraným výsledkom bola závažnosť symptómov PTSD (pomocou CAPS, Weathers et al., 2013). Sekundárne výsledky, ktoré sa merali, boli vedomosti o PTSD, posttraumatické kognície (PTCI, Foa et al., 1999), úzkosť (BAI, Beck & Steer, 1993), depresia (BDI-II, Beck et al., 1996), pozitívna a negatívna afektivita (PANASS, Kay et al., 1987), kvalita života (QOLI, Lehman et al., 1995) a globálne fungovanie (GAF, Jones et al., 1995). Merania sa uskutočnili pred začiatkom intervencie, po intervencii a 6 a 12 mesiacov po intervencii.

3. Intervencia: zameranie na metódu

Intervencia v troch sedeniach bola navrhnutá tak, aby poskytovala rovnaký tréning dýchania a vzdelávací komponent prístupu KBT, ale bez kognitívnej reštrukturalizácie. Okrem toho sa použilo video a diskusia o príčinách a povahe posttraumatickej stresovej poruchy. Intervencie s 12 až 16 sedeniami boli rozšírené o kognitívnu reštrukturalizáciu a po prvých troch rovnakých sedeniach sa zvyšných 8 až 12 sedení zameralo napr. na identifikáciu, hodnotenie a zmenu nepresných a znepokojujúcich myšlienok vrátane presvedčení súvisiacich s traumou.

4. Efekt

Táto štúdia ukazuje, že u pacientov, ktorí absolvovali kompletnú KBT s 12 až 16 sedeniami s kognitívnu reštrukturalizáciou, došlo k významne väčšiemu zníženiu symptómov PTSD, nižšej miere diagnostikovania PTSD a väčšiemu zlepšeniu vedomostí o PTSD, globálneho a sociálneho fungovania v porovnaní s pacientmi, ktorí absolvovali krátku CBT s 3 sedeniami bez kognitívnej reštrukturalizácie..

Referencia: 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>

Osvedčený postup č. 27

Kognitívna reštrukturalizácia a modifikácia predstáv

Spracovali: University of Presov (Slovakia)

Autori: Regina Steil, Kerstin Jung, Ulrich Stangier

Kľúčové slová: individuálna intervencia, typ obete 1°, sociálne humanitárne núdzové situácie, sexuálne zneužívanie detí, posttraumatická stresová porucha, kognitívna reštrukturalizácia a modifikácia predstáv

1. Kontext

Sexuálne zneužívanie v detstve (CSA) je traumatizujúca udalosť, ktorá často spôsobuje problémy s duševným zdravím v neskoršej dospelosti. V klinickej praxi sa ukazuje, že mnohé osoby, ktoré prežili CSA, trpia pocitom, že sú kontaminované (FBC). Osoby, ktoré prežili CSA, môžu napríklad pociťovať znechutenie pri dotyku, pohľade alebo premýšľaní o vlastnom tele. Okrem toho sa osoby, ktoré prežili CSA, často obávajú, že ostatní môžu vidieť, že boli zneužívané. Kognitívna reštrukturalizácia je účinný prístup na nápravu dysfunkčného hodnotenia pacientov týkajúceho sa FBC. Modifikácia predstáv je účinná pri úprave implicitne uložených asociácií súvisiacich s afektívnymi reakciami.

2. Opis participantov a merané premenné

Štúdia zahŕňa deväť pacientok, ktoré spĺňali nasledujúce kritériá: prežili CSA definovanú podľa Americkej psychologickéj asociácie - CSA ako sexuálny útok na maloletú osobu alebo sexuálnu aktivitu medzi maloletou a staršou osobou, pričom staršia osoba využíva dominantné postavenie na to, aby mladšiu osobu donútila alebo prinútila k danej aktivite. Vylučovacími kritériami boli: absolvovanie psychologickéj intervencie v čase štúdie; celoživotná diagnóza schizofrénie; schizoafektívna porucha alebo bipolárna porucha podľa DSM-IV; index telesnej hmotnosti menší ako 16,5; drogová závislosť v čase štúdie; mentálna retardácia.

Trikrát - a) pred intervenciou, b) po intervencii, c) šesť týždňov po intervencii sa pomocou sebahodnotiacich škál zisťovala intenzita, živosť a nekontrolovateľnosť FBC, súvisiaci distress s FBC, ako aj symptómy PTSD podľa PDS (Griesel et al., 2006).

3. Intervencia: zameranie na metódu

Intervencia pozostávala z liečebného sedenia a podporného sedenia. Počas prvej intervencie: a) terapeut a pacient preskúmajú charakteristiku FBC; b) pacient poučený terapeutom vykoná vlastný prieskum na internete o tom, ako často sa pacienti kožné a bunky dotknuté traumou úplne obnovili od posledného kontaktu s páchatelom; c) prediskutuje tieto informácie s terapeutom; d) vytvorí si vlastné obrazy obnovy kože; e) riadená aktivácia FBC a s ňou súvisiacich stresujúcich obrazov a používanie vlastných idiosynkratických obrazov obnovy kože; f) ako domácu úlohu - aspoň raz denne počas siedmich dní si vypočuje nahrávku sedenia s modifikáciou riadených obrazov (predstáv) a vyplní protokoly s domácimi úlohami.

Na posilňovacom sedení (približne 11 dní po liečebnom sedení) sa diskutovalo o účinkoch liečby, problémoch pri používaní metódy a implementácii v každodennom živote.

4. Efekt

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

Táto štúdia ukazuje, že významne klesla intenzita, živost', nekontrolovateľnosť FBC, distress súvisiaci s FBC, ako aj symptómy PTSD s veľkou veľkosťou účinku (Cohenovo d sa pohybovalo v rozmedzí 0,99 - 2,79) pri porovnaní meraní pred intervenciou a po šiestich týždňoch.

Referencia: 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>



Osvedčený postup č. 28

Terapia prijatia a záväzku pri PTSD rezistentnej na liečbu

Spracovali: University of Presov (Slovakia)

Autor: Michael P. Twohig

Kľúčové slová: individuálna intervencia, typ obete 1°, rôzne typy traumy, rezistencia na liečbu, PTSD, prijatie a záväzok

1. Kontext

Liečba a intervencia PTSD založená na KBT vykazuje silné účinky pred liečbou a po liečbe a zdá sa, že je účinná pri znižovaní symptómov PTSD u takmer dvoch tretín ľudí s týmito duševnými problémami (Bradley a kol., 2005). U jednej tretiny osôb, ktoré prežili traumy a majú problémy súvisiace s PTSD, je potrebné hľadať inú liečbu, ktorá by pre nich mohla byť účinná. Terapia prijatia a záväzkov (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes et al. 1999) sa dostáva do zvýšenej pozornosti ako liečebný prístup, ktorý by mohol byť užitočný pre osoby, ktoré sú rezistentné voči štandardným prístupom KBT. ACT rozširuje tradičný prístup CBT tým, že sa zameriava na funkciu myšlienok, pocitov a telesných vnemov pomocou postupov akceptácie a všímvosti.

2. Opis participantov a merané premenné

Účinok ACT sa skúmal u Tracy - 43-ročnej ženy, belošky, ktorá absolvovala rôzne psychoterapeutické sedenia u troch rôznych terapeutov za posledných 20 rokov. Tracy bola v detstve zneužívaná matkou a jej otec zneužíval alkohol. Tracy bola v detstve príjemcom pravidelného a nepredvídateľného fyzického a slovného týrania zo strany matky. V dôsledku tohto zneužívania zažívala flashbacky a vtieravé spomienky a sny na zneužívanie, trpela psychickým rozrušením, hyperarousalitou a inými príznakmi súvisiacimi s posttraumatickou stresovou poruchou. Absolvovala 20 individuálnych 1-hodinových sedení KBT pre PTSD, po ktorých sa u nej počas terapie prejavilo postupné znižovanie závažnosti PTSD, ale zníženie nebolo klinicky významné a po ukončení liečby sa vrátila na úroveň pred liečbou. Bola teda definovaná ako pacientka rezistentná na tradičnú liečbu PTSD. Na začiatku liečby bola Tracy diagnostikovaná PTSD, veľká depresívna porucha (MDD), rekurentná MDD a porucha príjmu potravy v úplnej remisii pomocou SCID podľa DSM-IV. Pred začatím ACT Tracy vyplnila vlastné merania: úzkosti (BAI; Beck et al., 1988), depresie (BDI-II; Beck, 1996), PTSD (PCL-C; Ruggiero et al., 2003), psychologickej flexibility (AAQ; Hayes et al., 2004) a posttraumatických kognícií (PTCI; Foa et al., 1999). Samostatné merania sa merali aj po 8. sedení, 16. sedení a po ukončení liečby (po 21 sedeniach).

3. Intervencia: zamerané na metódu

Tracy mala pôvodne dohodnutých 12 sedení ACT pre PTSD s tým, že ak bude ACT pre ňu užitočná, bude možné pridať ďalšie sedenia. Prvé dve sedenia pomohli Tracy objasniť, že pokusy o ovládanie myšlienok, emócií a telesných pocitov (vnútorných zážitkov) boli vo všeobecnosti neúspešné a narúšali kvalitu jej života. Na ďalších dvoch sedeniach si Tracy všimla, že sa neustále pokúša kontrolovať svoje vnútorné zážitky prostredníctvom vyhýbania sa a rozprávanie sama so sebou. Od 5. sedenia sa zameranie intervencie presunulo na procesy akceptácie a všímvosti, ako sú prijatie, defúzia, ja (self) ako kontext a bytie. Tracy začala s cvičeniami akceptácie, defúzie a behaviorálneho záväzku. Od 10. sedenia Tracy pokračovala v cvičeniach a na každom sedení prehodnocovala s terapeutom svoj týždeň a diskutovala o miestach, kde jej vnútorné zážitky bránili v zapájaní sa do zmysluplných aktivít. Sedenia 17. - 21. boli udržiavacie sedenia s dochádzkou na sedenia každé 3 týždne, čo pomáha pri prechode z liečby.

4. Efekt

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

Výsledky ukázali významné zníženie všetkých ukazovateľov počas liečby, okrem myšlienok a presvedčení súvisiacich s traumou, ktoré sa znížili až ku koncu liečby.

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

Osvedčený postup č. 29

Kognitívno-behaviorálna spoločná terapia a posttraumatický rozvoj

Spracovali: University of Presov (Slovakia)

Autori: Anne C. Wagner, Lindsey Torbit, Tiffany Jenzer et al.

Kľúčové slová: individuálna intervencia, typ obete 1°, rôzne typy traumy, PTSD, posttraumatický rast, spokojnosť vo vzťahu

1. Kontext

Prežitie traumy vedie k vyššej úrovni psychického stresu a u disponovanej osoby môže viesť k závažným psychickým problémom, ako je napríklad posttraumatická stresová porucha. Na druhej strane, prežitie traumy a boj s traumou by mohol u človeka viesť k pozitívnym zmenám. Tieto pozitívne zmeny sa definujú ako posttraumatický rast (PTG). Počas spracovania traumy je dôležitá sociálna podpora. Sociálna opora je jedným zo zdrojov, ktoré by mohli pomôcť znížiť príznaky posttraumatickej stresovej poruchy a facilitovať PTG. Kognitívno-behaviorálna terapia rozšírená o zameranie na zlepšenie fungovania intímnych vzťahov (CBCT; Monson & Fredman, 2012) sa zdá byť účinná pri zvládaní posttraumatických reakcií.

2. Opis participantov a merané premenné

40 párov v intímnom vzťahu získaných z ambulancie pre veteránov v USA a z univerzitného výskumného centra bolo randomizovaných do dvoch skupín - skupina, ktorá dostala CBCT, a skupina s 3-mesačným čakacou dobou na poskytnutie intervencie. Kritériá pre zaradenie boli 18 - 75 rokov; jeden z partnerov mal spĺňať diagnostické kritériá pre aktuálnu PTSD podľa CAPS (Blake et al., 1995). Vylučovacími kritériami boli bezprostredne hroziace samovražedné, vražedné alebo sebapoškodzujúce správanie počas predchádzajúcich 6 mesiacov, splnenie diagnostických kritérií pre aktuálnu závislosť od návykových látok, nekontrolovaná psychotická alebo bipolárna porucha hodnotená podľa SCID pre DSM-IV, obaja partneri spĺňajúci kritériá pre aktuálnu PTSD alebo potvrdenie závažnej sexuálnej alebo fyzickej agresie zo strany intímneho partnera za posledných 12 mesiacov. Na začiatku, v polovici liečby/4 týždne čakania a po liečbe/12 týždňov čakania sa merala PTSD pomocou CAPS, PTG pomocou PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) a spokojnosť vo vzťahu pomocou DAS (Spanier, 1976).

3. Intervencia: zameranie na metódu

Ako cieľová intervencia bola použitá kognitívno-behaviorálna spoločná terapia PTSD (CBCT). CBCT je trojfázová, 15-mesačná, manualizovaná, na traumy zameraná konjunktúrna terapia navrhnutá tak, aby súčasne znížila symptómy PTSD a zlepšila fungovanie v intímnych vzťahoch (Monson & Fredman, 2012). V prvej fáze sa predstavuje liečebný protokol a zdôvodnenie a poskytuje sa psychoedukácia o symptómoch PTSD a vzťahoch. Druhá fáza je zameraná na zlepšenie komunikácie, zníženie emocionálneho znečistenia a vyhýbania sa spojeného s PTSD a zvýšenie spokojnosti vo vzťahu. Tretia fáza sa zameriava na zmysluplné pochopenie traumatickej udalosti prostredníctvom prehodnotenia traumy s cieľom dospieť k adaptívnej interpretácii udalosti. Okrem toho liečba zahŕňa plnenie úloh medzi jednotlivými sedeniami s cieľom uľahčiť získavanie zručností a na jednom z posledných sedení sa diskutuje o PTG a jeho prekážkach.

4. Efekt

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

Táto štúdia ukazuje, že CBCT pre PTSD znižuje symptómy PTSD, zvyšuje spokojnosť so vzťahmi a uľahčuje PTG, dokonca aj s limitovaným intervenčným zameraním sa na PTG v tejto spoločnej intervencii.

Referencia: 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/its.22122>



Osvedčený postup č. 30

Kognitívno-behaviorálna intervencia pri PTSD a posttraumatický rozvoj

Spracovali: University of Presov (Slovakia)

Autor: Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl, Andreas Maercker

Kľúčové slová: individuálna intervencia, typ obete 1°, rôzne typy traumy, PTSD, posttraumatický rast, kognitívno-behaviorálna intervencia

1. Kontext

Prežitie traumatickej udalosti môže viesť k narušeniu základných presvedčení týkajúcich sa sveta, druhých a seba samého. Takýto zážitok by mohol spôsobiť výrazné negatívne zmeny v duševnom zdraví, napr. posttraumatické reakcie, ako je posttraumatická stresová porucha, depresia alebo úzkosť. Zničené základné presvedčenia by mohli viesť aj k pozitívnym zmenám, známym ako posttraumatický rast (PTG). Zdá sa, že kognitívno-behaviorálny prístup, najmä sedenia zamerané na kognitívnu reštrukturalizáciu, je účinný pri obnove a novom definovaní rozbitých základných presvedčení a pomáha pri zotavovaní po traume a zvyšovaní odolnosti.

2. Opis participantov a merané premenné

Deväťdesiatšesť účastníkov vo veku od 18 do 68 rokov, ktorí zažili traumatickú udalosť, ktorá sa odohrala najmenej jeden mesiac pred začiatkom štúdie, a spĺňali kritériá DSM-IV pre PTSD, bolo náhodne zaradených buď do liečby, alebo do kontrolnej skupiny. Na začiatku a po liečbe sa merali posttraumatické stresové reakcie (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); depresia a úzkosť (BSI; Derogatis, 1992); posttraumatický rast (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996); optimizmus (LOT-R; Scheier et al., 1994); otvorenosť voči skúsenosti (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992).

3. Intervencia: zameranie na metódu

Intervencia pozostávala z troch fáz liečby: (1) sebakonfrontácia, (2) kognitívna rekonštrukcia, (3) sociálne zdieľanie a rozlúčkový rituál. V prvej fáze boli pacienti poučení o mechanizme expozície a boli inštruovaní, aby opísali a napísali najbolestivejšie obrazy a myšlienky súvisiace s traumou. Mali písať v prvej osobe a v prítomnom čase a podrobne opísať všetky zmyslové detaily, ktoré zažili počas traumatických udalostí. V druhej fáze pacienti absolvovali psychoedukáciu o princípoch kognitívnej reštrukturalizácie. Cieľom tejto fázy bolo vytvoriť si nový pohľad na traumatickú udalosť a získať pocit kontroly. Účastníci napísali podporný list imaginárnemu priateľovi, ktorý prešiel rovnakým zážitkom. Mali reflektovať pocity viny a hanby, spochybniť dysfunkčné automatické vzorce myslenia a správania a opraviť nerealistické predpoklady. V tretej fáze pacienti absolvovali psychoedukáciu o pozitívnych účinkoch sociálneho zdieľania. V záverečnom liste sa symbolicky rozlúčili s traumatickou udalosťou. Pacienti zhrnuli, čo sa im stalo, zamysleli sa nad terapeutickým procesom a opísali, ako sa s tým vyrovnávajú teraz a v budúcnosti.

4. Efekt

Táto štúdia ukazuje, že absolvovanie kognitívno-behaviorálnej intervencie vedie k významnému zvýšeniu posttraumatického rozvoja a pomáha zlepšiť symptómy posttraumatických reakcií, ktoré významne predikujú posttraumatický rozvoj po liečbe. Účinok kognitívno-behaviorálnej intervencie na stabilnejšie faktory (optimizmus a otvorenosť voči skúsenosti) nebol pozorovaný.

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

Reference: 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.