



Evropský systém psychosociální pomoci v případě katastrofy

Program intervencí zaměřených na specifické skupiny (TGIP)

Manuál I

**Manuál pro implementaci Cologne Risk Index-Disaster v kontextu
mimořádných událostí většího rozsahu**

cílová skupina: uniformované složky

Robert Bering, Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Michael Kamp, Gottfried Fischer

(překlad a adaptace: Štěpán Vymětal, Michaela Kvasničková, Hedvika Boukalová,
Simona Hoskovcová, Radvan Bahbouh, Alena Popelková)



Stadt Köln



Project co-funded by the European Commission, Directorate
Environment – Grant Agreement N°
Eutopa: Grant Agreement No.07030601/2006/447903/SUB/A3
Eutopa-IP: Grant Agreement No. 070401/2009/540414/SUB/A4

Partnery projektu EUTOPA byli:

Město Kolín nad Rýnem

Kancelář mezinárodních vztahů

Starosta



Institut pro klinickou psychologii a psychologickou diagnostiku

Univerzita v Kolíně nad Rýnem



Centrum pro psychotraumatologii

Nemocnice Alexianer v Krefeldu



Nadace Impact

Nizozemské znalostní a poradenské centrum pro psychosociální péči po neštěstích



SEPET+D

Španělská společnost pro traumatologii, traumatický stres a disociaci



Partnery projektu EUTOPA IP byli:

Město Kolín nad Rýnem

Kancelář mezinárodních vztahů
starosta



Centrum pro psychotraumatologii

Nemocnice Alexianer v Krefeldu



Město Düsseldorf

zdravotní úřad



Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

katedra psychologie ve spolupráci s psychologickým pracovištěm MV ČR



Nadace Impact

Nizozemské znalostní a poradenské centrum pro psychosociální péči po neštěstích



SEPET+D

Španělská společnost pro traumatologii, traumatický stres a disociaci



Manuál pro implementaci nástroje Cologne Risk Index-Disaster v kontextu mimořádných událostí většího rozsahu byl vytvořen v rámci projektu „**European Guideline for Target Group Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster - Evropská vodítka psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny** (EUTOPA)“, který byl podporován EU.

Autoři

Externí vyučující **Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering**: Lékařský specialista v oboru psychiatrie a psychoterapie; Vedoucí lékař v Centru pro psychotraumatologii, Nemocnice Alexianer, Krefeld.

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Vědecká asistentka v Institutu pro klinickou psychologii a psychologickou diagnostiku (IKPPD). Management tréninků pro konzultanty v psychotraumatologii DIPT/IKPPD.

Dipl.-Psych. G. Zurek: Vědecká asistentka v Institutu pro klinickou psychologii a psychologickou diagnostiku (IKPPD). Lektorka tréninků pro konzultanty v psychotraumatologii DIPT/IKPPD.

Dipl.-Psych. M. Kamp: Psychologický asistent v Centru pro psychotraumatologii, Specializace na komprehenzivní Exnerův systém Rorschacha, Univerzita v Kolíně nad Rýnem.

Profesor Dr. Gottfried Fischer: Vedoucí Institutu pro klinickou psychologii a psychologickou diagnostiku, Univerzita v Kolíně nad Rýnem.

Poděkování

Projekt EUTOPA byl podporován Evropskou komisí na základě grantu číslo „N007030601/2006/447903/SUB/A3“ a návazný projekt EUTOPA IP na základě grantu číslo 070401/2009/540414/SUB/A4. Děkujeme delegátům a partnerům projektu za hodnotné připomínky, které byly přínosem pro naši práci při vytváření TGIP.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Àgatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O’Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood – Heath, William Yule, Bogdan Zawadzki.

Děkujeme Dipl.-Psych. Kathrin Abresch a Katherine Deeley za překlad a jazykovou kontrolu. Jsme zavázáni městu Kolín nad Rýnem za koordinaci celého projektu EUTOPA.

© 2008 Bering, Schedlich, Zurek, Kamp a Fischer

Manuál včetně jeho všech částí je chráněn copyrightem. Zejména to platí pro šíření, překlad a zpracování uvnitř i mimo elektronické systémy.

Předmluva

Manuál určený k implementaci nástroje Cologne Risk Index-Disaster (CRI-D) v kontextu mimořádných událostí většího rozsahu byl vytvořen v rámci projektu: „Evropská vodítka psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny v případě katastrofy (EUTOPA)“. Tento projekt byl podporován Evropskou unií, stejně jako následný implementační projekt EUTOPA IP, který navíc zohledňuje potřeby uniformovaných složek.

Na projektu EUTOPA IP se podíleli také další partneři, včetně Filozofické fakulty Univerzity Karlovy (katedry psychologie), která ve spolupráci s psychologickým pracovištěm Ministerstva vnitra ČR zajistila implementaci původních materiálů do prostředí uniformovaných složek v ČR.

Hlavní otázkou projektu EUTOPA bylo: Která opatření krizové intervence, podle posledních výzkumů, prokazatelně snižují rizika výskytu stresových poruch jako důsledků působení mimořádné události? Za tímto účelem byl pracovní skupině východiskem tzv. „screening pro psychosociální péči“, který poskytne nástroj k identifikaci těch zasažených osob, u kterých existuje vysoké riziko rozvoje chronické stresové poruchy, případně dalších zdravotních potíží plynoucích ze stresu.

Hlavním úkolem projektu EUTOPA IP bylo: Implementovat materiály předchozího projektu EUTOPA (TGIP, CRI-D) do prostředí uniformovaných složek zasahujících při katastrofách. Toto provést s respektem k nizozemským vodítkům „Časná psychosociální intervence po neštěstích, teroristických útocích a jiných šokujících událostech“ a k „Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (ICF), kterou vydalo WHO.

Screeningem rozumíme kombinaci různých proměnných. Mezi tyto parametry patří: 1) rizikové faktory pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy, 2) identifikace disociací v průběhu traumatu a 3) nárůst vážných symptomů. Cílem screeningu není stanovovat diagnózy, ale „nastavení postupu“ pro efektivní intervence podle konceptu Target Group Intervention Programme - Programu intervencí zaměřených na specifické skupiny (TGIP). TGIP přesně popisuje každý intervenční krok od primární psychologické pomoci k indikované psychoterapii. V našich manuálech (I-III) adaptujeme koncept pro potřeby uniformovaných složek ČR zejména v situacích rozsáhlých mimořádných událostí. Manuál II obsahuje moduly TGIP. Manuál III je psychoedukativní příručkou.

Náš koncept je založen na představě, že orientace na proces a identifikace rizikových skupin a jedinců jsou důležité pro úspěšný chod programů efektivní krizové intervence. V minulosti byl tento koncept vytvořen pro různé typy situací. Více viz informace z projektů PLOT a EUTOPA: www.eutopa-info.eu a www.plot-info.eu.

Představovaný manuál I se soustředí na základní prvky TGIP, které se týkají teoretických a praktických podkladů pro implementaci nástroje Cologne Risk Index (CRI). Manuál je určený pro odborníky z řad pomáhajících profesí, kteří se angažují při mimořádných událostech. Jeho cílem je poukázat na možnosti a limity využití těchto metod zejména v prostředí uniformovaných složek.

Literatura k programu intervencí zaměřených na specifické skupiny (TGIP)

Překlady manuálu v angličtině, francouzštině, španělštině, němčině a češtině jsou k dispozici na: www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S.13-34).
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

Další informace o TGIP ve spojení s psychosociální péčí o zasažené po teroristických útocích a pro vojáky po návratu ze zahraničních misí jsou k dispozici na: www.ikpp-bundeswehr.de a www.plot-info.eu

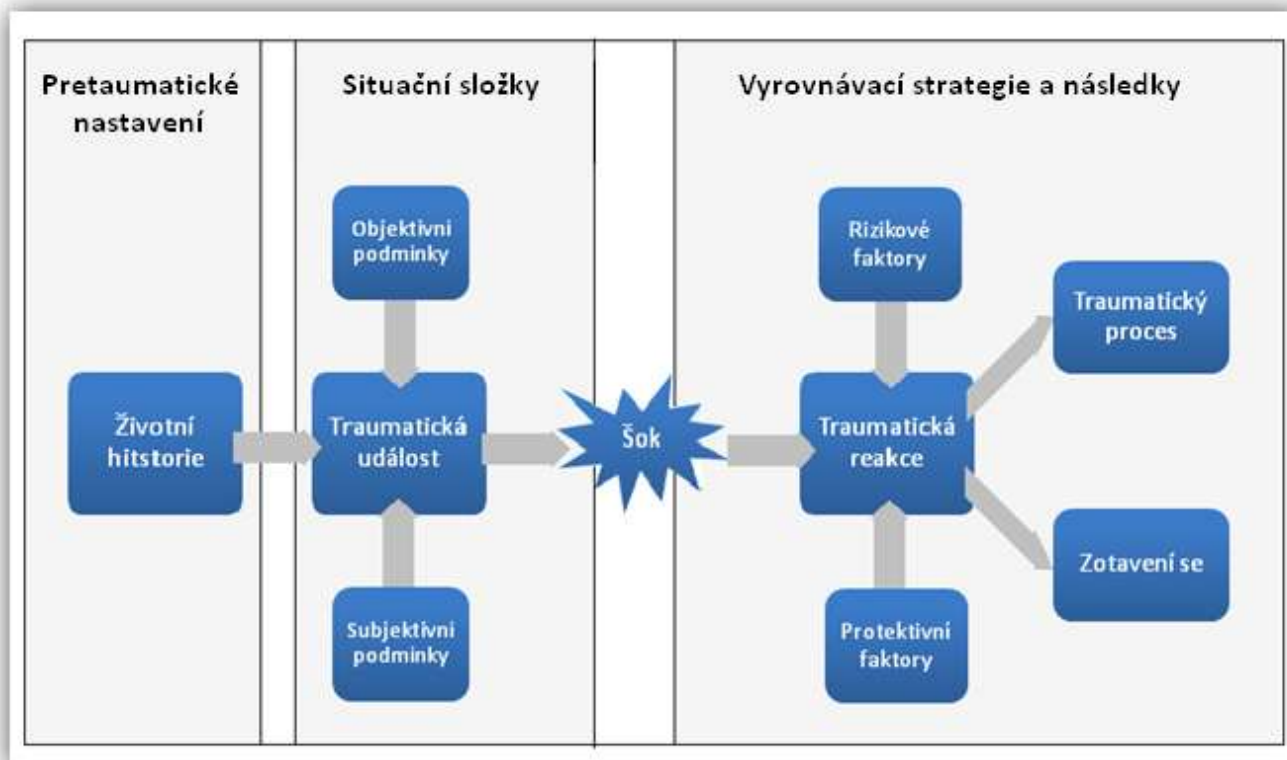
České odborné materiály naleznete na: www.mvcr.cz/psychologie

OBSAH:

| | |
|--|-----------|
| 1. ZÁTĚŽOVÁ SITUACE A ZPŮSOBY VYROVNÁNÍ SE | 9 |
| 1.1 ČASOVÝ PRŮBĚH TRAUMATICKÉHO STRESU | 9 |
| 1.2 RIZIKOVÉ SKUPINY: LIDÉ ZOTAVENÍ, LIDÉ S POTENCIÁLNÍM RIZIKEM, LIDÉ VE VYSOKÉM RIZIKU | 12 |
| 2. COLOGNE RISK INDEX – DISASTER (CRI-D) | 13 |
| 2.1 VÝVOJ CRI | 13 |
| 2.2 PREDIKTIVNÍ FAKTORY | 13 |
| 2.3 ADAPTACE CRI NA ROZSÁHLÉ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI (KATASTROFY) – CRI-D | 17 |
| 3. IMPLEMENTACE A INSTRUKTÁŽ PRO CRI-D | 18 |
| 3.1 POKYNY PRO ROZHOVOR | 19 |
| 3.2 POUŽITÍ ONLINE CRI-D | 21 |
| 3.3 POSUZOVÁNÍ NA ÚROVNI SYMPTOMŮ | 23 |
| 4. VYHODNOCENÍ CRI-D | 23 |
| 5. VÝSLEDKY EUTOPA WORKSHOPŮ „RIZIKOVÉ FAKTORY A SCREENING“ | 24 |
| 6. POUŽITÁ LITERATURA | 26 |
| 7. PŘÍLOHA | 29 |
| 7.1 COLOGNE RISK INDEX (CRI-D) INVENTÁŘ PRO LIDI ZASAŽENÉ MIMOŘÁDNOU UDÁLOSTÍ | 29 |

1. Zátěžová situace a způsoby vyrovnání se

1.1 Časový průběh traumatického stresu



Obrázek 1: Časový průběh traumatického stresu (převzato od Fischer a Riedesser, 2003) popisuje faktory působící na jedince v průběhu traumatické situace a v průběhu jeho reakce na tuto situaci, výsledkem je traumatický proces nebo zotavení se.

Na psychosociální pomoc lidem zasaženým mimořádnou událostí se díváme s ohledem na časový průběh traumatického stresu (viz obrázek 1). Časový průběh podrobně rozebírá jednotlivé stupně (1) **traumatické události**, (2) **traumatické reakce (fáze šoku)** a (3) **následky**. **Traumatický proces** se rozvíjí v momentě, kdy po odeznění traumatické události trvale selže fáze zotavení se. Můžeme sem zařadit např. rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PSTP). Traumatický proces lze rozdělit na současnou **fázi skrytého průběhu traumatu** (14 dní až 4 týdny po události) a **fázi konsolidace, ustálení**.

Intervence, které se zaměřují na cílové skupiny (např. uniformované složky) mají být v rámci hodnocení rizik uzpůsobeny časovému průběhu traumatického stresu (viz obrázek 1).

Program intervencí zaměřených na cílové skupiny (TGIP) respektuje časový průběh traumatického stresu.

Dále se zaměříme na individuální prvky, které hrají roli v časovém průběhu traumatického stresu. **Objektivní situační faktory** se mohou u jednotlivých mimořádných událostí značně lišit. Objektivní situační faktory se skládají z faktických podmínek a povahy jednotlivých typů mimořádných událostí, jakými jsou např. teroristické útoky, rozsáhlé požáry, povodně, letecké a jiné dopravní nehody. Katastrofy s sebou přinášejí specifické potřeby přímo i nepřímo zasažených osob, kam řadíme přeživší a jejich příbuzné, pozůstalé, členy IZS, další pomáhající složky, svědky i obyvatele zasažené komunity.

Subjektivní podmínky situace vycházejí ze subjektivního posouzení traumatických událostí jedincem, které je individuálně odlišné. Podstatou subjektivních aspektů traumatické události jsou **pocity bezmocnosti, neschopnosti a ohrožení života nebo fyzického stavu**. Během traumatické události se často rozvíjejí ochranné **disociativní procesy**. Disociací myslíme způsob dezorganizace v integrování (sjednocení) vnímání, paměti, emocí a jednání. Mohou se objevit změny ve vnímání času, prostoru i sebe sama. Závažná traumatická událost a disociativní procesy v průběhu mimořádné události (vystavení situaci) jsou důležitými rizikovými faktory pro rozvoj PTSP (Bering et al., 2007). Dokonce i v bezprostředním okamžiku po vystavení traumatu, **ve stádiu šoku**, mohou zasažené osoby reagovat velmi silnou emoční odezvou. Vnitřní panika a hyperexcitace (zvýšené nabuzení) mohou přetrvávat po dobu hodin až několika dnů po události. Jiní zasažení jedinci mohou být ve stavu kompletního citového oploštění (emoční ochromení, zmražení), resp. jsou od svých emocí odděleni.

Ve stádiu latence (skrytý průběh) se neodbytné (tzv. intruzivní) **znovuprožívání** (např. vtíravé rušivé obrazy, emoce, vzpomínky, myšlenky, noční můry) střídá s **vyhýbavým chováním, psychickým popřením a disociativní obranou**. Pro tento proces má pretraumatické nastavení jedince (předchozí osobní historie) velmi důležitý význam.

Disociace znamená dezorganizaci (narušení celistvosti) vnímání, paměti, emocí a jednání.

Během traumatického procesu se mohou objevit poruchy spánku, depresivní reakce, stavy vyčerpání, nepřetržitý vztek, apatie a necitlivost, úzkosti, poruchy pozornosti a sebeobviňování. Vzpomínky na traumatizující událost jsou vybavovány jen v určitém rozsahu, ve fragmentované nebo deformované podobě. Tyto reakce musí být považovány za normální reakce na nenormální – velmi zátěžovou situaci. Takové reakce však nevedou

automaticky k chronickým symptomům a rozvoji PTSP. Za příznivých podmínek může dojít po latentní fázi k **zotavení se**. Symptomy se stanou znatelně a trvale lepšími. „Rozkmit“ mezi vyhýbáním se a intruzí (neodbytné znovuprožívání) se snižuje a řízení traumatických obsahů může dostat jedinec pod kontrolu (srovnej Horowitz, 1976). Zasažení se učí hovořit o události bez zaplavení emocemi, nebo bez toho, aby jejich emoce byly disociované od tématu, o kterém hovoří. Některé faktory jsou důležité pro časné a úspěšné vyrovnání se s traumatickou událostí, zotavení se a zpracování traumatické zkušenosti. Aby mohl zasažený hovořit o svých zážitcích, je nezbytné vytvořit bezpečné a přijímající sociální zázemí, které zasaženého podporuje v uzdravování. Stejně tak je nezbytný čas pro odpočinek a možnost „odstoupit“ od traumatické události. Přínosné jsou i informace o normalitě a průběhu traumatických reakcí, způsobech stabilizace, vyrovnávacích a relaxačních technikách.

Pokud nejsou zvládací strategie (coping) úspěšné, traumatická reakce se přemění v **traumatický proces**, který má odlišný směr. Pokračující příznaky reakce na extrémní stres mohou ústít do rozvoje PTSP. Mohou se rozvinout také další psychiatrické poruchy, které vzniknou jako doprovodný jev nebo jako přímý důsledek vystavení traumatické události.

Existuje např. zvýšené **riziko rozvoje závislosti** jako výsledek samoléčebného pokusu – kdy pro „odříznutí se“ od vtíravých myšlenek je konzumován alkohol, drogy nebo léky. Převaha vyhýbání se a disociativního odporu mohou vést k rozvoji **deprese**. Chronické příznaky velké excitace mohou například vést k **úzkostným poruchám**. Kvalita života se může dramaticky zhoršit a mohou se vyskytnout následující psychosociální problémy: **problémy v partnerském životě, ztráta sociálních kontaktů, snížení pracovních schopností**, až ztráta pracovní způsobilosti.

V případě dlouhodobého a nepříznivého traumatického procesu se mohou rozvinout hluboké osobnostní změny, které jsou diagnostikovány v MKN-10 (F62.0) jako **přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti**. U takových chronických případů je nutná komplexní psychologická a lékařská péče. Víme, že na podkladě silně stresující situace se může rozvinout široké spektrum psychiatrických onemocnění, které musíme vždy zvažovat. PTSP a změny osobnosti po katastrofické zkušenosti jsou dvě hlavní kategorie, které máme zvláště pečlivě zkoumat.

Všechna opatření TGIP jsou zaměřena na podporu seberegulačních schopností.

1.2 Rizikové skupiny: lidé zotavení, lidé s potenciálním rizikem, lidé ve vysokém riziku

Do jaké míry se zasažení vyrovnají se stresujícím zážitkem a úspěšně se z něj zotaví, závisí na různých faktorech. Kromě objektivních situačních faktorů, jsou prediktivními faktory pro rozvoj traumatu: způsob peritraumatické reakce, reakce prostředí po stresující události a předchozí traumatické zážitky v osobní historii. Odhad rizika rozvoje traumatického procesu v období latentní fáze je tedy možný na základě přiměřeného počtu empiricky ověřených faktorů, které jsou posuzovány v CRI-D.

Podle znalostí v oblasti psychotraumatologie (Fischer et al., 1999, Bering, 2005; Bering et al., 2003, 2007, Schedlich et al., 2008), lze jedince, kteří byli vystaveni stresující události střední až vysoké závažnosti rozdělit do následujících tří skupin:

Skupina zotavených (Self-Recovery): Skupina lidí zasažených událostí, kteří jsou sami schopni vyrovnat se s traumatem v rámci přirozeného průběhu zotavování se, bez trvalých následků, za využití vlastních zdrojů a potenciálu. Jde tedy o skupinu lidí samostatně se zotavujících.

Skupina lidí s potenciálním rizikem (Switchers): Skupina lidí zasažených událostí, kteří jsou schopni zvládnout trauma v přirozeném procesu zvládání (stejně jako skupina samostatně zotavených), ale za předpokladu, že neexistují žádné další „zátěžové faktory“ (např. negativní následné zkušenosti se zaměstnavatelem, rodinné/sociální problémy, retraumatizace). Pokud tyto přidružené zátěžové faktory zasahují do procesu zvládání stresu, zasažení se „přesunou“ do skupiny lidí ve vysokém riziku, u kterých existuje vysoké riziko vzniku trvalých potíží a psychických problémů spojených s traumatem.

Skupina lidí ve vysokém riziku (High-Risk): Skupina zasažených, u kterých existuje vysoké riziko vzniku chronické posttraumatické stresové poruchy a/nebo komorbidních poruch, jako je například závislost na alkoholu, deprese nebo úzkostné poruchy. Tento chronický traumatický proces může potenciálně trvat několik let nebo se příznaky po letech zhorší, například z důvodu dalších následných stresových faktorů, případně se příznaky objeví poprvé až po delším časovém odstupu (zpožděná PTSP).

Časné rozřazení zasažených osob do příslušných skupin je důležité pro stanovení potřeb jednotlivců a zohledňuje použití vhodného intervenčního programu – s cílem prevence rozvoje chronických potíží. Inventář Cologne Risk Index – Disaster umožňuje zařazení osob zasažených mimořádnou událostí do jedné ze tří uvedených skupin. V rámci psychosociální následné péče pak mohou být použita vhodná opatření, která jsou šita na míru lidem zařazeným právě do těchto skupin.

CRI-D je nástrojem pro časnou diagnostiku, který umožňuje roztřídění zasažených osob do následujících skupin: skupina samostatně se zotavujících, skupina lidí s potenciálním rizikem a skupina lidí ve vysokém riziku. Tím vytváří základ pro program intervencí zaměřených na specifické skupiny (TGIP).

2. Cologne Risk Index – Disaster (CRI-D)

2.1 Vývoj CRI

Cologne Risk Index (CRI) byl vyvinut s cílem umožnit odhad rizika rozvoje traumatického procesu. Časně rozpoznání rizikového průběhu je důležitou součástí sekundární prevence. Poprvé byl CRI navržen a validován v rámci výzkumného projektu „Prevence chronických onemocnění a postižení u obětí násilných trestných činů“ – „Kölner Opferhile-Modell“ (KOM) - (srovnej s Fischer et al., 1999). Shromažďováním informací o situačních faktorech, které mají vliv na zvládání situace (např. závažnost traumatické situace nebo peritraumatické disociace, existence resp. absence ochranných faktorů), umožňuje CRI odhadovat riziko rozvoje poruchy.

Policie v Kolíně nad Rýnem používá ověřenou verzi CRI pro oběti trestných činů. Oběti trestných činů jsou v tomto smyslu posouzeny vyškolenými policisty krátce po násilném činu a v případě potřeby jsou předány do péče kolínské Poradny pro oběti násilných trestných činů a nehod. Do současnosti byly vyvinuty různé verze CRI, které jsou podrobněji uvedeny v následující kapitole (viz tabulka 1).

2.2 Prediktivní faktory

Fischer et al. (1999) ověřovali CRI na vzorku obětí násilné trestné činnosti a nehod. Výsledek vedl k důležitým úpravám v řízení krizové intervence. Analogicky, Walter (2003) realizoval studii týkající se identifikace rizikových faktorů u obětí bankovních přepadení. Bering et al. (2003) vyvinuli Risk Index pro federální armádu, který je zaměřen na konkrétní situační dynamiku při humanitárním a vojenském nasazení vojáků Bundeswehru. Hammel adaptoval tento koncept v rámci poradenství u lidí, kteří přežili vlakové neštěstí u Eschede (Hammel, 2005). Bering & Kamp (2007) dosáhli validace CRI v klinické praxi u vzorku pacientů s diagnostikovanou PTSP. Zjištěné rizikové faktory jsou uvedeny v tabulce 1.

Metodický přístup všech tří studií je porovnatelný. Byly použity různé varianty CRI, které se vztahovaly k symptomovým škálám pro PTSP na základě regresního modelu. Mezi různými variantami CRI existují průsečíky, které se vztahují k vážení dispozičních faktorů pretraumatizace, situačních faktorů a rizikových a ochranných (podpůrných) faktorů ve fázi expozice události. Pro tento účel byly individuální faktory hodnoceny semikvantitativně na základě bodového skóre. Na základě celkového hodnocení pak byly tyto faktory označeny

jednou až třemi hvězdičkami. Jedna hvězdička představuje malou váhu faktoru, dvě střední váhu a tři velkou váhu faktoru v příslušné verzi CRI. Tato škála a vysvětlení faktorů se týkají hrubé klasifikace, jejímž cílem je stanovení směru podpory. V postupu k cílovému seznamu faktorů se srovnatelnými údaji byly akceptovány i určité nepřesnosti. Výsledky ukazují, že skupiny faktorů v tabulce 1 mají vypovídající hodnotu pro rozvoj příznaků, které jsou spojovány s PTSP, a to pro všechny tři verze CRI. V následujících řádcích jsou faktory popsány:

Položka „**ženské pohlaví**“ patří mezi dispoziční faktory. Byla identifikována jako rizikový faktor při studiu u vojáků německé spolkové armády, stejně jako u bankovních zaměstnanců. Zůstává nevysvětleno, zda je výsledek ovlivněn disimulací u mužů nebo zda jde opravdu o zranitelnost související s pohlavím. Položky „**předchozí psychotraumatická zátěž**“, „**nezaměstnanost**“ a „**školní vzdělání**“ jsou faktory pretraumatické osobní historie.

Rozsah „pretraumatizace“ má významnou pozici ve všech verzích CRI. Rodina a lékaři musí tomuto faktoru věnovat zvláštní pozornost. Kategorie „nezaměstnanost“, která je rizikovým faktorem v CRI u obětí násilí a nehod, je samozřejmě irelevantní u vojáků a zaměstnanců bank, kde zátěžová situace probíhá v pracovním prostředí. Kromě toho byl určen rizikový faktor „nízké vzdělání“ v CRI u násilné trestné činnosti a u obětí nehod, ale nebyl zjištěn v jiných verzích.

Situační zátěžové faktory mohou být rozděleny na subjektivní a objektivní. Zažitý **strach ze smrti**, resp. **subjektivní hodnocení stupně expozice**, patří mezi subjektivní faktory, které mohou být identifikovány jako významný faktor ve všech třech verzích CRI. **Rozsah zranění, délka traumatické situace a známost pachatele** jsou řazeny k objektivním situačním faktorům. U této položky se objevilo dílčí překrývání. Fyzická zranění hrají důležitou roli u německé spolkové armády, u obětí násilí a nehod a v klinickém vzorku. U bankovních rukojmí jsou výjimečná, a proto byla tato položka vynechána.

Faktory jako „známost pachatele“, „doba trvání traumatické události“ a „zraněné osoby“, ukazují na průsečíky v různých verzích CRI. Faktor „**peritraumatická disociace**“ vykazuje pozoruhodnou konzistenci. Tento faktor měl zvláštní postavení ve všech verzích CRI. Práce s fenoménem disociace si zasluhuje zvláštní pozornost. Mezi faktory, které se týkají fáze expozice jedince události, hrají roli zejména ty rizikové a ochranné faktory, které souvisejí s **reakcemi blízkého sociálního okolí** (rodinní příslušníci, kamarádi, kolegové, vrstevníci, apod.) a **reakcemi nadřízených** (bankovní manažeři, úředníci), resp. **reakcemi příslušných orgánů** (vyšetřovatelé, pracovníci v pojišťovnictví). Je jasné, že negativní reakce sociálního okolí souvisí se symptomy stresové poruchy ve všech verzích CRI.

Kategorie „**špatné zkušenosti s nadřízenými, kolegy a kamarády**“ se mohou také prolínat. Kromě toho rizikový faktor „**potíže mluvit o události**“ zasluhuje také zvláštní pozornost. Byl zjištěn u vzorku vojáků Bundeswehru, stejně jako u klinického vzorku. V psychotraumatologii hraje tento faktor značný význam.

Můžeme uzavřít, že kumulativní expozice psychotraumatu, peritraumatická disociace, objektivní závažnost události, subjektivní hodnocení události jedincem a reakce jeho sociálního a pracovního prostředí, patří mezi faktory, které jsou vždy přítomné, a které podporují rozvoj stresových poruch.

Zároveň je třeba stanovit omezení. Stupeň propojení, resp. koeficient determinace, pro který by mohla být problematika expozice vyloučena z diskutovaných CRI položek, vychází z matematického modelu, který nedostatečně odráží realitu. Opěrný bod nabízejí psychometrické nástroje inquiry (dotazování). Znalost kauzálních vztahů mezi povahou události a symptomy u jedince souvisí s diagnostikou psychotraumatu, která vyžaduje individuální rozhovory v rámci klinického přístupu. Z tohoto důvodu mají být prediktory stanoveny v rámci dynamického mezilidského vztahu. Pouze tento postup oživuje analýzu konfigurace každého jednotlivého případu a umožňuje u jedince hodnocení dispozičních, životních, situačních a rizikových, resp. ochranných faktorů.

V tomto kontextu je zřejmé, že pojetí CRI je založeno na funkci "nastavení směru". Pokud je testovaná osoba přiřazena ke skupině lidí s potenciálním rizikem nebo skupině s rizikem vysokým, bude se klinická diagnostika v dalším postupu uplatňovat.

Docházíme k závěru, že kumulativní psychotraumatická expozice, peritraumatická disociace, objektivní závažnost události, subjektivní hodnocení události a reakce sociálního a pracovního prostředí mají být hodnoceny jako faktory, které jsou vždy přítomny, a které podněcují rozvoj stresových poruch. Výsledky terénních studií autorů jsou v souladu s metaanalýzami prováděnými v této oblasti.

V tabulce č. 1 jsou shrnuty terénní studie, které byly provedeny pro ověření CRI. Rizikové faktory jsou v souladu s meta-analýzami, které řeší uvedenou otázku (Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003, Abresch & Bering, 2008). V návaznosti na princip konvergence zde dva různé metodické přístupy vykazují konzistentní výsledky.

| Tabulka č. 1: Varianty CRI | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Autoři | Fischer et al. (1999) | Walter (2003) | Bering (2005) | Bering & Kamp (2007) |
| Varianty CRI | oběti násilí a nehod | rukojmí při přepadení banky | vojáci na zahraničních misích | stacionární pacienti s PTSD |
| dispoziční faktory | | | | |
| ženské pohlaví | | * | * | |
| faktory osobní historie | | | | |
| nízké vzdělání | * | | | |
| pretraumatizace | ** | ** | ** | * |
| nezaměstnanost | * | | | |
| situační faktory | | | | |
| ohrožení života a fyzické integrity | * | * | * | |
| délka trvání traumatické události | * | | | |
| disociace | *** | ** | *** | ** |
| fyzické zranění | * | | * | * |
| subjektivní zkušenost s expozicí | * | * | * | |
| známost pachatele (resp. blízkost k pachateli) | * | * | | |
| zraněné osoby | | | | * |
| faktory ve fázi expozice | | | | |
| negativní reakce sociálního prostředí | * | ** | ** | ** |
| omezení kontaktů s domovem | | | * | |
| špatné zkušenosti s úředníky/ nadřízenými/kolegy/kamarády | * | ** | * | |
| obtíže hovořit o události | | | * | * |
| <p>Graf vyjadřuje podobnosti mezi jednotlivými variantami CRI, které mohou být shrnuty do 4 skupin faktorů: dispozice, pretraumatizace, traumatická situace a rizikové a ochranné faktory. Rozdíly vyplývají ze specifických psychotraumat obětí násilí a nehod, držení rukojmí při přepadení banky a vojáků. Počet hvězdiček vyjadřuje váhu. Prázdná pole označují položky, které nebyly ve studii analyzovány.</p> | | | | |

2.3 Adaptace CRI na rozsáhlé mimořádné události (katastrofy) – CRI-D

Adaptace CRI-D byla nutná vzhledem ke specifické situaci přeživších u mimořádných událostí s velkými ztrátami. S ohledem na to, že zkušenosti z různých traumatických situací a jejich kontextů ukazují unikátní charakter události i různá rizika pro vývoj dlouhodobých poruch, bylo nutné tyto faktory samostatně posoudit. Byl zde sledován dvojitý metodický přístup. V prvním kroku uvádíme faktory, které byly potvrzeny intervalací CRI a v meta-analýzách. Ve druhém kroku pak zvažujeme faktory, které hrají, podle posledních výzkumů, na straně přeživších důležitou roli.

Krok 1

Identifikace rizikových faktorů ukázala, že ve fázi latence je u zasažených nejprve třeba posoudit **pretraumatickou životní historii, situační dynamiku a rizikové a ochranné faktory**. Proto je třeba se oprostit od somatického paradigmatu urgentní medicíny. Zasahující odborný personál i terapeuti by měli mapovat uvedené oblasti, aby byli schopni poskytovat vhodné intervence. S použitím tohoto potřebného know-how je možno věnovat se situační dynamice katastrof.

Krok 2

Počátky systematického výzkumu v oblasti následků přírodních katastrof na duševním zdraví se datují do 70. let 20. století. Například Barton (1969) uvádí, že **náhlý výskyt události, její trvání a připravenost místních úřadů** mají vliv na rozvoj následků na duševním zdraví obětí. Ve své longitudinální studii po katastrofálních záplavách v Buffalo Creek v roce 1972, vyvodila Green (1990) více než 14 let trvající **traumatogenní situační konstelace**, které vedly k rozvoji dlouhodobých potíží. Hlavní část psychotraumatologického výzkumu o následcích teroristických útoků na duševní zdraví se opírá o studie vyrovnávání se s následky útoku z 11. 9. 2001 v New Yorku. Tyto studie dokazují, že osobami, které měly vysoké riziko vzniku duševní poruchy, byly ty, které byly **fyzicky zraněny** nebo byly **konfrontovány s pohledem na mrtvé a zraněné** (Desivilya, 1997; Grieger et al, 2004, 2005; Pfefferbaum et al., 2001; Ursano et al., 2003). Stejně faktory hrály roli v psychosociální péči o zasahující (Fullerton et al, 2004; Philbrick, 2003; Ursano et al., 2003). Podle výzkumů je **úmrtí blízké osoby** jeden z relevantních prediktivních faktorů pro rozvoj dlouhodobých duševních poruch u příbuzných (mezi jinými: Green 1990; Grieger et al., 2005). Podle výsledků studií je možné uzavřít, že prognosticky relevantními faktory pro rozvoj psychotraumatické poruchy jsou (z objektivních situačních faktorů): **vážnost vlastního zranění a konfrontace se zraněním u jiných osob**.

S ohledem na prognostickou hodnotu subjektivních situačních faktorů (jakými jsou zažitý strach ze smrti či disociativní peritraumatické obrany) i biografických rizikových a ochranných faktorů je k dispozici pouze několik málo výsledků. Pokud jde o rizikové a ochranné faktory přechodné fáze, můžeme shrnout, že v případě katastrofy je třeba vycházet z předpokladu

jak **individuální, tak i kolektivní traumatizace**. Do budoucna je však třeba prozkoumat, zda kolektivní traumatizace (resp. zkušenost s mimořádnou událostí) působí jako rizikový nebo protektivní faktor. Kolektivní traumatizace by mohla vést k vysoké ochotě populace poskytovat sociální podporu (Hobfoll et al. 2007). Kolektivní trauma umocňuje kolektivní solidaritu. Je třeba ověřit, zda vliv přítomnosti médií, mediální informace a role politiků v době záchranných a likvidačních prací působí ve smyslu dalších potenciálních rizikových nebo protektivních faktorů na které má být brán zřetel. Rovněž je nutné ověřit, zda informace, které se objevují v médiích, jsou skutečné a vhodné a zda působí jako základní opatření pro podporu obnovy a bezpečnosti (Hobfoll et al., 2007), čili ve smyslu protektivních faktorů. Mediální pokrytí a jeho intruzivní charakter může posilovat rizikový potenciál.

Validizovaná verze CRI-D integrovala výše zmiňované faktory a bude k dispozici její elektronická podoba (www.eutopa-info.eu) pro možnost využití příslušnými záchranářskými organizacemi v jednotlivých zemích. Shromážděné výsledky výzkumů tvoří základ pro adaptaci prognostického nástroje CRI-D, který je základem pro Intervenční program zaměřený na cílové skupiny (TGIP). Časně použití CRI u zasažených osob po pominutí fáze šoku je přípustné a užitečné. Tento nástroj neklade důraz na sběr údajů o symptomech stresu, které by navíc mohly bezprostředně po události být výrazné i u skupiny zotavených.

Použití screeningu u zasažených osob v období až po několika týdnech od události je často diskutováno. Tento projekt se zaměřuje na screening dřívější, protože pozdější zjišťování by nebylo z hlediska prognózy případného rozvoje potíží u jedince využitelné.

3. Implementace a instruktáž pro CRI-D

K dispozici jsou dvě verze CRI-D: papírová a on-line ve čtyřech jazycích na webových stránkách www.eutopa-info.eu. Pohovor se zasaženým člověkem by měl optimálně probíhat s odborníkem na duševní zdraví, který se specializuje na krize a neštěstí. V situacích rozsáhlých mimořádných událostí a mimořádných událostí v zahraničí to však nemůže být z kapacitních důvodů možné.

Z tohoto důvodu se v některých jazycích připravila také internetová verze CRI-D, která nabízí podporu přes internet, resp. pomoc z odborné sítě.

CRI-D je k dispozici jak v papírové a on-line verzi (www.eutopa-info.eu).
Nástroj by měl být používán s asistencí trénovaných odborníků.

3.1 Pokyny pro rozhovor

Pokyny pro rozhovor u CRI-D jsou nástrojem pro predikci rizika rozvoje stresových poruch. Rozhovor by měl být vždy používán dohromady s individuální konzultací případu. Realizace CRI-D bezprostředně po události je zbytečná. Inventář CRI-D je určen pro aplikaci po první psychologické pomoci a pokud možno po předání psychologických informací ve vztahu ke zvládnutí traumatu (psychoedukaci).

V tomto kontextu mohou v indikovaných případech odborníci v oblasti psychotraumatologie odkázat zájemce i na použití Internetu. Pro správné provádění CRI-D je nezbytné speciální školení. To je důležité především proto, aby nedošlo k další traumatizaci osob hovořících o stresujícím zážitku. Zároveň je jednotný způsob administrace a vyhodnocování CRI-D základem pro získání smysluplných výsledků. Doporučujeme zavádění CRI-D vyškoleným odborníkem se specializací v oblasti duševního zdraví. Jeho výhodou je možnost přímo posuzovat zasaženou osobu na základě vodítek a erudice. Může také rozpoznat a objasnit tendence ke zlehčování či disociativní obraně. Na základě odhadu rizika pak mohou být přímo přijata nezbytná nápravná opatření.

Rámcové podmínky pro provádění CRI-D

- Má se jednat o **individuální rozhovor v klidném a důvěrném prostředí**.
- Časový odstup od zážitku má být **nejméně 72 hodin**.
- Místo pro vedení rozhovoru by mělo pokud možno zajistit **fyzickou vzdálenost od zážitku** s cílem zajistit dostatečný pocit bezpečí a bezpečnost.
- Měl by být zajištěn **dostatek času na rozhovor a diskusi o vhodných opatřeních** (nejméně 30 minut, v individuálních případech i déle). Vzhledem k tomu, že zasažené osoby mohou hovořit o velmi stresujících zážitcích, je třeba, aby měly možnost samy určovat potřebný čas.

Začátek rozhovoru

- Zaprvé je důležité **navázat dobrý kontakt** s dotazovanou osobou.
- **Informujte o cíli rozhovoru a představte CRI-D jako bezpečný nástroj. Nezdůrazňujte odhad rizika, ale pomoc**, kterou může testovaná osoba poskytnout pro plánování a inicializaci adekvátních opatření tím, že odpoví na otázky v CRI-D. Zvláště, když mluvíte s osobami, u kterých jsou zřetelné tendence k disimulaci, je třeba se **vyhnout zdůrazňování individuálního rizikového profilu**.
„Vaše odpovědi na otázky mi pomohou v odhadu vašich potřeb a toho, co jsme schopni vám nabídnout, abyste se co nejrychleji vyrovnal/a se stresujícím zážitkem.“
Obavy zasažených osob by měly být prodiskutovány a případně by jim měla být nabídnuta i další vysvětlení. Pokud obavy nelze odstranit, může se osoba rozhodnout, že se zkoumání nezúčastní.

- Jako obecné pravidlo platí, že **psychologické informování o aspektech zvládnání traumatu by mělo být realizováno před tímto rozhovorem** (viz Zurek et al., 2008). Pokud tomu tak není, stručně **informujte o přirozeném průběhu zpracování události v případě psychické traumatizace**. Běžné příznaky spojené s fází latence by měly být zmíněny. Vysvětlete, že **problémy v důsledku stresujících zážitků jsou více založeny na charakteristikách zažité situace, než na osobní stabilitě a síle vůle jedince**. Často se u zasažených osob vyskytují obavy z „patologizace“, včetně obav souvisejících se znevýhodněním v pracovní oblasti (např. ze ztráty osobnostní způsobilosti pro výkon práce).
- **Informujte o kontextu rozhovoru**, což znamená, že CRI-D by se neměl provádět izolovaně, ale ve spojení s moduly TGIP. V návaznosti na rozhovor jsou naplánovány další intervence, které souvisí s odhadovanou úrovní rizika rozvoje potíží (viz Schedlich et al., 2008).
- **Zdůrazněte dobrovolnost rozhovoru a získejte souhlas.**
- **Zdůrazněte ochranu dat a diskrétnost.** Informace z rozhovoru nesmějí být bez předchozí dohody sděleny jakékoli jiné osobě (kolegové, nadřízení, lékaři). Informace o důvěrném nakládání s výsledky dotazníku a diskrétními údaji jsou absolutně nezbytné proto, aby byla zajištěna spolupráce osoby.
- Na začátku administrace zadejte datum a kód. Podrobné informace naleznete na poslední straně pokynů pro rozhovor.

Provádění rozhovoru

- Přizpůsobte rozhovor slovní plynulosti respondenta. Povaha rozhovoru by měla být to hlavní, **nepokládejte otázky schematicky**. Toto vyžaduje odpovídající znalost položek, abyste byli schopni v průběhu konverzace shromáždit konkrétní chybějící informace.
- Akceptujte, pokud osoba nechce nebo není schopna mluvit o zkušenosti nebo jejích částech. **Nenuťte ji.**
- Zvláště důležitá je **subjektivní zkušenost** dotazovaného.
- **Zdržte se osobního hodnocení a nediskutujte**, ale co nejvíce podporujte jedince, aby vyjádřil svůj vlastní odhad.
- **Vyhněte se tomu, aby došlo k intenzivnímu povídání o zkušenosti.** Při rozhovoru nesmí probíhat „vnitřní zpracovávání“ traumatické zkušenosti, protože by to mohlo mít retraumatizující účinek. Pokud respondenti vykazují konstantní tendenci k povídání o zážitku, informujte je o tom, že tím může docházet k dalším expozicím traumatu a zdůrazněte **nezbytnost zachování si schopnosti kontroly a určitého odstupu od události**.
- Přizpůsobte svou komunikaci řeči respondenta, vyhněte se technickému jazyku. **Termíny „stresující zážitek“ nebo „zasažený člověk“** jsou lepší než termíny „trauma“ nebo „oběť“.
- Máte-li pochybnosti o tom, co se pod určitými otázkami rozumí, příklady naleznete v pokynech rozhovoru.

Závěr rozhovoru

- Na konci konzultace by mělo **následovat stručné poradenství**. Osoby jsou **informovány o odhadech rizika, traumatu a jeho následcích**. Rozhodování o tom, zda někdo využije další nabídky pomoci je na každém jednotlivci a má zůstat na jeho rozhodnutí. Účast na screeningu rizika případných obtíží, stejně jako rozhodování o přijetí dalších opatření jsou **dobrovolné. Jedná se o nabídku, které umožňuje jednotlivcům jejich osobní volbu**.

Obvykle dotazované osoby vnímají rozhovor při CRI-D jako podpůrné opatření a cítí se být bráni ve svých zkušenostech vážně. **Otázky na vlastnosti a povahu události** usnadňují zasaženým osobám **mluvit o aspektech jejich zkušenosti ve strukturované formě**. Tím se dostávají blíže k jednomu ze základních způsobů zpracování události - ke schopnosti verbalizovat. Ve zvláštních případech může být rozhovor vnímán jako příliš stresující i přes veškerá preventivní opatření a mohou se objevit tzv. flashbacky.

Zacházení s flashbacky

- Mluvte k osobě přímo, nahlas a používejte jasná slova. Řekněte osobě, kde se nachází, že se událost stala v minulosti a že nyní sedí vedle vás a je v bezpečí.
- Zeptejte se kolik je hodin, co je za den, kolikátého je dnes, apod.
- Udělejte iritující poznámku, například oslovte osobu špatným jménem.
- Zeptejte se jasně nesmyslnou otázkou typu „Kolik je 100 minus 7?“ Když osoba odpoví, pokračujte „Kolik je 93 mínus 7?“, atd. Otázky tohoto typu jedince podráždí, mohou reagovat pohněvaně, ale tato reakce jim pomáhá vrátit se do reality.
- Motivujte osoby, aby se soustředily na své tělo a cítily, že se jejich nohy dotýkají země, nebo že se jejich záda dotýkají opěradla židle, apod.

Pokud se během rozhovoru objeví flashbacky, rozhovor se ukončí, a osoba bude považována za vysoce rizikovou. Je proveden následný rozhovor, který má konzultační charakter a vyjasňují se další opatření.

3.2 Použití online CRI-D

CRI-D je k dispozici v němčině, angličtině, francouzštině a španělštině na www.eutopa-info.eu. Verze inventáře pro použití přes Internet (www.eutopa-info.eu) slouží pro koordinaci a synchronizaci činností na různých místech po katastrofách (rozsáhlé katastrofy, mimořádné události v zahraničí). Pomáhá optimalizovat postupy při práci s velkým počtem zasažených osob resp. při nízké kapacitě pracovníků v místě. V prvním kroku si vyberte příslušný jazyk. Tlačítko „interactive“ uvidíte na hlavním panelu. Další krok vyžaduje přihlášení (log-in), které je vyhrazeno pro odborníky, kteří již obdrželi úvodní

informace. Používání osobních údajů je důležité pro kontrolu věrohodnosti. Použití CRI-D online je předmětem právní úpravy.

Rámcové podmínky

- Časový odstup od zážitku má být nejméně 72 hodin.
- Místo pro vedení rozhovoru by mělo pokud možno zajistit fyzickou vzdálenost od zážitku s cílem zajistit dostatečný pocit bezpečí a bezpečnost.
- Měl by být vyhrazen dostatek času na vyplnění dotazníku, zhruba 20 minut.

Instrukce pro provádění CRI-D online

- Provádění CRI-D online vyžaduje adekvátní uvedení metody.
- Ujistěte se, že máte možnost kontaktovat odborníka.
- Uvědomte si, že CRI-D je preventivní nástroj. Umožňuje plánovat a řídit další vhodnou pomoc.
„Vaše odpovědi na otázky mi pomohou v odhadu vašich potřeb a toho, co jsme schopni vám nabídnout, abyste se co nejrychleji vyrovnal/a se stresujícím zážitkem.“
- Stručná psychoedukativní opatření (informování o psychologických aspektech zvládání traumatu) plánujte předem, resp. stručně informujte o přirozeném průběhu zpracování události u psychické traumatizace.
- CRI-D není nástrojem k určení diagnózy! Klinická diagnóza vždy vyžaduje práci klinického odborníka na duševní zdraví.
- CRI-D je o „stanovení směru“ procesu a následných opatření.

Závěr rozhovoru

- Respondenti budou pro zjištění výsledků a doporučení dalších opatření odkázáni na individuální konzultaci.
- Individuální rizikový profil by měl být sdělen pouze během individuální konzultace. Jedině tak lze předejít stigmatizaci ve skupině a disimulaci na straně zasažených osob.
- Pociťuje-li zasažená osoba rozhovor jako velmi stresující, měl by být ukončen.

Provádění CRI-D je vyhrazeno pouze vyškoleným odborníkům. On-line verze inventáře pro použití přes Internet (www.eutopa-info.eu) slouží pro koordinaci a synchronizaci činností na různých místech po katastrofách (rozsáhlé katastrofy, mimořádné události v zahraničí). Pomáhá optimalizovat postupy při práci s velkým počtem zasažených osob resp. při nízké kapacitě pracovníků v místě.

3.3 Posuzování na úrovni symptomů

CRI-D se zaměřuje na prediktivní faktory životní historie, objektivní a subjektivní situační faktory, peritraumatické situace a rovnováhu mezi rizikovými a podpůrnými faktory. Příznaky PTSP zde nejsou podstatné. To má svůj důvod: ve fázi latence mnoho zasažených osob vykazuje příznaky stresové poruchy v rámci svého normálního uzdravovacího procesu, aniž se u nich chronická forma stresové poruchy objeví. Pouze další vývoj ukáže, zda se posttraumatická stresová porucha z těchto příznaků rozvine nebo ne. Proto pátrání po symptomech PTSP v období tzv. latentní fáze (4 až 6 týdnů po traumatické události) nemá smysl, protože by nebylo validním prediktorem rozvoje PTSP.

Nicméně doporučujeme, aby byla podporována diagnostika orientovaná na hodnocení symptomů pomocí PTSS-10¹. Ve validizační studii se ukázalo, že PTSS-10 nejlépe koreluje s celkovým CRI skóre (Bering et al., 2003). Z tohoto důvodu se koncept pro hodnocení prognostických proměnných spojuje s konceptem hodnocení stresových příznaků podle Schüffela et al. (1999). V návaznosti na PTSS-10 je implementován PDEQ², který slouží k posouzení peritraumatické disociace.

Kromě CRI-D by měla být vždy také použita škála zaměřená na symptomy, například PTSS-10. Peritraumatická disociace by měla být měřena odděleně za použití PDEQ.

4. Vyhodnocení CRI-D

CRI-D je nástrojem prevence a provádí odhad rizika rozvoje psychotraumatických poruch. Není nástrojem pro určení diagnózy duševních poruch, které vznikly v důsledku katastrof. Inventář CRI-D vyjadřuje kumulaci rizikových faktorů, zabývá se kontextem (podmínkami) prostředí, celkově je výsledkem součtu různých faktorů. Tento model je založen na předpokladu, že faktory stojí vůči sobě ve vztahu přibývajících řady. V závislosti na stupni expozice jsou zjištěné položky porovnávány s bodovými hodnotami mezi 0 a 1. Výsledné bodové hodnoty jsou shromážděny za účelem zjištění celkového skóre expozice. Na základě získaného celkového skóre expozice je provedeno rozřazení zasažených osob do jedné ze tří skupin - **skupina zotavených, skupina lidí s potenciálním rizikem a skupina lidí ve vysokém riziku.**

Pokud je CRI-D vyplňován on-line, informace o výsledcích jsou zaslány vyškolenému profesionálovi, který s nimi dále pracuje. Do současnosti byl CRI-D kalibrován na intervalidizační úrovni. Validizační proces CRI-D stále pokračuje a je průběžně modifikován. Z tohoto důvodu je omezeno sdělování jednotlivých výsledků cestou Internetu.

¹ PTSS-10 – Post Traumatic Stress Scale 10 (Raphael et al., 1989), sebesposuzovací škála.

² PDEQ - Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, 6-ti položková sebesposuzovací škála.

Je možné, že budoucí rozsáhlé mimořádné události poskytnou důležité výsledky pro zlepšení validizačního procesu. Proto v současnosti není možné publikovat vyhodnocení na úrovni jednotlivých položek.

Validizační proces CRI-D stále pokračuje a je průběžně upravován. Z tohoto důvodu je zatím omezeno sdělování jednotlivých výsledků cestou Internetu.

Pozn.: předběžný německý výsledek CRI-D získaný na vzorku osob zasažených neštěstím Love Parade 2010: **Risk Group $\geq 17,5$; Switchers $\geq 8,5$; Selfrecovery $< 8,5$.**

5. Výsledky EUTOPA workshopů „Rizikové faktory a screening“

Na konferenci v Kolíně nad Rýnem (29. 11. - 1. 12. 2007) a na konferenci v Amsterdamu (25. - 26. 9. 2008) byly v rámci výzkumného projektu EUTOPA organizovány workshopy expertů na téma „Rizikové faktory a screening“. Workshopy moderovali Ask Elklit a Robert Bering. Podrobný popis najdete na www.eutopa-info.eu.

Výsledky workshopů lze shrnout do následujících hlavních zásad:

1. Delegáti se shodli, že „screening“ po katastrofě v rámci psychosociální péče je užitečný.
2. „Screeningové nástroje“ je třeba odlišit od nástrojů, které hodnotí buď úroveň příznaků nebo úroveň faktorů či funkcí.
3. Po rozhovorech s delegáty byly vybrány následující rizikové faktory, uváděné podle stupně závažnosti: nedostatek sociální podpory, pretraumatizace, peritraumatická disociace, nízký ekonomický status, rozsah traumatické události, duševní poruchy, ženské pohlaví, osobnostní rysy, vzdělání, již prožité násilí, problematický coping, bezmocnost, ztráta, vysoký/nízký věk, prožité negativní pocity, zranění, strach ze smrti, trvání traumatické události, nízké sebevědomí a porucha připoutání (attachmentu) přítomná před traumatizací.
4. Budoucí studie by měly zkoumat dynamiku a interakci mezi rizikovými faktory.
5. Budoucí studie by se měly zaměřovat na zvážení ochranných (podpůrných) faktorů resp. posttraumatickou integraci.
6. Budoucí studie by měly věnovat pozornost systémovým aspektům psychotraumatizace, například v rodině nebo v pracovním kolektivu.
7. V budoucnu by mělo být realizováno více „základních studií“, aby šly lépe vyhodnotit srovnatelné údaje před a po traumatizaci.
8. Budoucí studie by měly zvážit vliv osobnostních stylů a stylů kontroly.
9. Budoucí studie by měly integrovat biologické rizikové faktory do psychologických modelů.

10. Budoucí studie by měly zkoumat otázku disociace jako rizikového faktoru z různých úhlů pohledu. Přitom musí být odlišeny disociace v každodenním životě, traumatické, peritraumatické a přetrvávající disociace.
11. Byly uvedeny různé názory na to, kdy by měl být screening prováděn. V názorech převažoval koncept ostražitého pozorování.
12. U delegátů neexistoval jednotný názor na rizikové faktory relevantní u dětí.

6. Použitá literatura

- Abresch, K. & Bering, R. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Terroranschlages: Eine Metaanalyse zu möglichen Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Barton, A.H. (1969). *Communities in Disaster*. A sociological analysis of collective stress situations. Garden City, New York.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering & Kamp (2007). *Validierung des Kölner Risikoindex an einer Stichprobe von stationären Patienten des Zentrums für Psychotraumatologie in Krefeld*. Unveröffentlichtes Manuskript, Zentrum für Psychotraumatologie Krefeld.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11 (1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek & G., Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentin, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Desivilya, H. S., Gal, R. & Ayalon, O. (1997). Extent of Victimization, Traumatic Stress Symptoms and Adjustment of Terrorist Assault Survivors: A Long-Term-Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 881–889.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen*. Düsseldorf: Patmos.
- Fischer, G. (2004). *Videopräsentation zu „Neue Wege aus dem Trauma“*. Köln: DIPT-Verlag.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1999). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM)*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. (3. Auflage). München: Reinhardt.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Korol, M. & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade. Stability of stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 43–54.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S. & Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, 55 (9), 1061–1063.
- Grieger, T. A., Waldrep, D. A., Lovasz, M. M. & Ursano R. J. (2005). Follow-up of pentagon employees two years after the terrorist attack of september 11, 2001. *Psychiatric Services*, 56 (11), 1374–1378.
- Hammel, A. (2005). *Entwicklung des Kölner Risikoindex für Betroffene von Verkehrsunfällen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Köln.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283–315.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Flynn, B. W., Ursano, R. J., McCoy, G., DeMartino, R., Julian, W. E., Dumont, C. E., Holloway, H. C. & Noorwood, A. E. (2001). The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Review*, 29 (2-4), 271–280.

Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115.).

Schedlich, C., Zurek, G. & Bering, R. (2008). *Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen*. Target Group Intervention Programme Heft II. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.

Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.

Schüffel, W., Schunk, T. & Schade, B. (1999). *Forschungsbericht aus der Wehrmedizin. Untersuchungen zu Ressourcen, Belastungen und Stressreaktionen deutscher Soldaten in UN- resp. NATO-Einsätzen - Langzeitverläufen unter gesundheitlichen Aspekten*. Druck und Verteilung im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung. Streitkräfteamt/Abteilung III. Fachinformationszentrum der Bundeswehr (FIZBw).

Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.

Walter, C. (2003). *Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigung nach Banküberfällen: Validierung und Adaptierung des Kölner Risiko-Index für die spezielle Situation von Banküberfällen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.

Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008a). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63 – 74.

Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Großschadenslagen*. Target Group Intervention Programme Heft III. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.

7. Příloha

7.1 Cologne Risk Index (CRI-D) Inventář pro lidi zasažené mimořádnou událostí

CRI–D Inventář pro lidi zasažené mimořádnou událostí

Cílem inventáře je identifikace zátěžových a podpůrných faktorů pro určení dalších potřeb osoby.

| | | | |
|---|-----------------|--|---|
| PIN: | | Datum: | |
| A. Váš věk: | Pohlaví: | <input type="checkbox"/> žena | <input type="checkbox"/> muž |
| B. Rodinný stav: | | | |
| <input type="checkbox"/> svobodný/á | | <input type="checkbox"/> ženatý, vdaná partnerství/druh, družka | <input type="checkbox"/> rozvedený/á odloučený/á |
| <input type="checkbox"/> vdovec, vdova | | | |
| C. Máte děti? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano/počet: _____ věk: _____ Žijí s vámi v domácnosti: | | <input type="checkbox"/> ne | |
| D. Máte sourozence? | | | |
| <input type="checkbox"/> ano/počet: _____ věk: _____ | | <input type="checkbox"/> ne | |
| E. Dosažené vzdělání | | | |
| <input type="checkbox"/> základní vzdělání | | <input type="checkbox"/> výuční list | <input type="checkbox"/> maturita |
| <input type="checkbox"/> vyšší/vysokoškolské vzdělání | | | |
| E. Odborné vzdělání | | | |
| <input type="checkbox"/> žádné | | <input type="checkbox"/> výuční list | <input type="checkbox"/> bakalářský titul |
| <input type="checkbox"/> magisterské, inženýrské, postgraduální studium | | | |
| <input type="checkbox"/> jiná odborná kvalifikace | | | |
| F. Předchozí zaměstnání | | | |
| <input type="checkbox"/> částečně kvalifikované | | <input type="checkbox"/> kvalifikované | |
| <input type="checkbox"/> zaměstnanec společnosti | | <input type="checkbox"/> absolventské povolání | |
| <input type="checkbox"/> OSVČ | | <input type="checkbox"/> student/žák | |
| <input type="checkbox"/> v domácnosti | | | |
| G. Současné zaměstnání | | | |
| <input type="checkbox"/> částečně kvalifikované | | <input type="checkbox"/> OSVČ | |
| <input type="checkbox"/> kvalifikované | | <input type="checkbox"/> nezaměstnaný | |
| <input type="checkbox"/> absolventské povolání | | <input type="checkbox"/> student/žák | |
| <input type="checkbox"/> v pracovní neschopnosti | | <input type="checkbox"/> v důchodu | |
| <input type="checkbox"/> v domácnosti | | | |
| H. Druh bydlení: | | | |
| <input type="checkbox"/> byt/dům v pronájmu | | <input type="checkbox"/> město | <input type="checkbox"/> bydlící sám/sama |
| <input type="checkbox"/> vlastní byt/dům | | <input type="checkbox"/> vesnice | <input type="checkbox"/> spolubydlení |
| <input type="checkbox"/> bydlení s rodinou / partnerem, partnerkou | | | |
| <input type="checkbox"/> bydlení s rodiči | | | |
| I. Byl/a jste někdy v psychiatrické léčbě? | | | |
| <input type="checkbox"/> ne | | | |
| <input type="checkbox"/> ano | | pokud ano: | <input type="checkbox"/> 1krát |
| | | | <input type="checkbox"/> 2-3krát |
| | | | <input type="checkbox"/> 4-6krát |
| | | | <input type="checkbox"/> 7 - 10krát |
| | | | <input type="checkbox"/> více než 10krát |

| | |
|--|---|
| První přijetí bylo před _____ měsíci / _____ roky. Poslední přijetí bylo před _____ měsíci / _____ roky. | |
| J. Byl/a jste někdy v péči psychologa či psychoterapeuta? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano </div> <div> pokud ano: <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <input type="checkbox"/> do 50 hodin <input type="checkbox"/> do 80 hodin <input type="checkbox"/> více než 80 hodin </div> </div> </div> Terapie probíhala před _____ měsíci / _____ roky. | |
| K. Existují ve vaší rodině nějaké problémy v oblasti duševního zdraví? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano | |
| L. Cítíte se být diskriminován/a ze strany společnosti kvůli své etnické příslušnosti (např. náboženství, barva pleti, národnost)? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano | |
| Následující otázky se vztahují k období bezprostředně před a po mimořádné události | |
| 1. Byl/a jste ve stresu před mimořádnou událostí v důsledku jiných životních situací (např. rodinné nebo finanční problémy)? pokud ano: <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <input type="checkbox"/> stres se objevil více než jeden rok před událostí <input type="checkbox"/> stres se objevil krátce před událostí <input type="checkbox"/> stres je trvalý </div> | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 2. Byly omezeny vaše důležité sociální kontakty během počátečního období po události? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 3. Cítil/a jste omezení životními podmínkami po události? (např. přeplněné ubytovací kapacity, chybějící dodávky vody, elektřiny)? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 4. Setkal/a jste se s negativními reakcemi od přátel a rodiny při líčení vašeho stresujícího zážitku (např. nezájem, nedostatek pochopení, nepatřičná nebo zatěžující zvědavost, obviňování, pohrdavé poznámky)? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 5. Měl/a jste po události nějaké negativní zkušenosti s úřady/institucemi? pokud ano, šlo o: <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <input type="checkbox"/> policii <input type="checkbox"/> hasiče <input type="checkbox"/> zdravotnické záchranáře <input type="checkbox"/> armádu <input type="checkbox"/> lékaře/nemocnice <input type="checkbox"/> orgány veřejné správy <input type="checkbox"/> další </div> | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |

| | |
|---|---|
| 6. Zažil/a jste od rodiny, přátel či příbuzných podporu menší, než jste očekával/a? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 7. Zažil/a jste po stresujícím/traumatickém zážitku (očekávanou) podporu od přímého nadřízeného? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 8. Je pro vás obtížné hovořit otevřeně o vlivu a dopadech události na váš život? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |

Následující otázky se týkají přímo mimořádné události

| | |
|--|---|
| 9. Kdy a kde se neštěstí stalo? Měsíc/rok: _____ Místo: _____ Co se stalo? _____ | |
| 10. Jak hodnotíte velikost zátěže danou touto zkušeností? Zátěž: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> extrémní (2) <input type="checkbox"/> těžká (2) <input type="checkbox"/> celkem těžká (1) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> spíše lehčí (1) <input type="checkbox"/> lehčí (0) </div> </div> | |
| 11. Vnímali/a jste událost (částečně) neobvyklým způsobem? a) Jako byste nebyl/a součástí incidentu. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| b) Reagoval/a jste automaticky (např. křikem) bez vědomého rozhodování. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| c) Vaše vnímání času bylo změněno (např. rychlejší nebo zpomalený pohyb). | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| d) Stresující událost byla vnímána jako nereálná (jakoby ve filmu nebo ve snu). | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| e) Byl/a jste zmatený/á či jste měl/a problémy zorientovat se v čase a prostoru. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| f) Bylo to, jako by vaše vlastní tělo nebylo zasaženo, necítil/a jste bolest nebo celé části těla, byl nějak změněn váš fyzický pocit. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| g) Bylo to, jako byste plul/a nad svým tělem nebo mimo něj. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| h) Máte pouze roztržité, neúplné vzpomínky. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |

| | |
|---|---|
| i) Vaše zorné pole bolo značne obmedzené, ako v tuneli. | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| j) Měl/a jste jiné změněné vnímání/obrazy. Pokud ano, jaké: | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 12. Jaké byly charakteristiky nejvíce stresující části události? | |
| a) Přihodila se stresující událost zcela překvapivě a neočekávaně? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| b) Trvalo to déle než půl hodiny , než jste se dostal/a do bezpečí? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| c) Prožil/a jste ohrožení života nebo tělesného zdraví ? Měl/a jste strach ze smrti? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| d) Sledoval/a jste ohrožení života či tělesného zdraví u někoho dalšího? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| e) Byl/a jste vážně zraněn/a? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| f) Očekáváte trvalejší následky (např. jizvy, omezení pohybu, ztráta pracovní schopnosti) ? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| g) Viděl/a jste těžká zranění u ostatních? pokud ano, šlo o: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neznámého člověka/lidi <input type="checkbox"/> neznámé osoby typu: dítě, žena, starší osoba <input type="checkbox"/> známé osoby <input type="checkbox"/> blízkého přítele/přátele <input type="checkbox"/> člena/členy rodiny | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| h) Zemřela jedna nebo více osob? pokud ano, šlo o: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neznámého člověka/lidi <input type="checkbox"/> neznámé osoby typu: dítě, žena, starší osoba <input type="checkbox"/> známé osoby <input type="checkbox"/> blízkého přítele/přátele <input type="checkbox"/> člena/členy rodiny | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| i) V případě zemřelých, mohli být všichni identifikováni? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> nevím |
| j) Byl/a jste konfrontován/a s pohledem na těžce zraněné nebo mrtvé osoby? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |

| | |
|---|---|
| k) Ztratil/a jste majetek (např. dům, byt, vybavení, auto, oblečení)? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| l) Utrpěl/a jste finanční ztrátu ? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 13. Zažil/a jste jiné velmi stresující zážitky již před touto událostí? a) ohrožení/držení jako rukojmí (např. loupež) | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| b) zážitek fyzického násilí (např. pěstní souboj) | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| c) znásilnění, pohlavní zneužívání, týrání | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| d) nehodu | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| e) časnou nebo náhlou ztrátu milované osoby | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| f) vloupání | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| g) jiný předchozí stresující zážitek/zážitky Pokud ano, jaký? _____ | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| 14. Následující otázky se týkají reakcí úřadů a médií na událost. a) Máte pocit, že jste dostatečně informován/a médii? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| b) Máte pocit, že vás média zatěžují a zbytečně připomínají událost a z ní plynoucí důsledky pro váš život? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| c) Myslíte si, že mimořádné události mohlo být zabráněno? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| d) Myslíte si, že politici jsou zodpovědní za událost a/nebo, že nesou vinu? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| e) Cítíte podporu vlády/úřadů? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |
| f) Dostali jste od vlády/úřadů finanční/materiální podporu? | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano |

Kromě odpovědi na předchozí otázky, vás poprosíme o popsání vaší zkušenosti vlastními slovy a o zodpovězení následujících otázek:

1. Která část vaší zkušenosti je pro vás **nejdůležitější**?

2. Co bylo pro vás **nejvíce stresující** během této zkušenosti?

3. Jaké věci **po události** jste považoval/a za **pozitivní a podpůrné**?

4. Jaké věci **po události** jste považoval/a za **dále stresující**?

5. Radil/a jste se s **odborníkem na duševní zdraví**? Pokud ano, jak užitečné to pro vás bylo?

| |
|---|
| 6. Co bylo pro vás užitečné pro vyrovnání se s vaší zkušeností? |
| 7. Jakou pomoc byste si přál/a , co jiného by pomohlo? |
| 8. Změnil se podle vás od události váš obraz sebe sama, hodnoty , vidíte se v něčem jinak? |
| 9. Jak se vám po události ve vašem sociálním prostředí žije? |
| 10. Co dalšího je důležité zmínit? |