



Evropský systém psychosociální pomoci v případě katastrofy

Program intervencí zaměřených na specifické skupiny (TGIP)

Manuál II

Manuál pro intervence zaměřené na specifické skupiny zasažených osob u mimořádných událostí většího rozsahu

cílová skupina: uniformované složky

Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Robert Bering

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



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 intervence zaměřené na specifické skupiny zasažených osob u mimořádných událostí většího rozsahu 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 je podporován EU.

Autoři

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.

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering: Odborný lékař v oboru psychiatrie a psychoterapie; Vedoucí lékař v Centru pro psychotraumatologii, Nemocnice Alexianer, Krefeld.

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 níže uvedeným delegátům 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 Schedlich, Bering, Zurek

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

Předmluva

Manuál pro intervence zaměřené na specifické skupiny zasažených osob u mimořádných událostí většího rozsahu (Manuál II) byl sepsán v rámci projektu „European Guideline for Target Group Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster - Evropská vodítka psychosociální následné péče v situacích katastrof, zaměřené na cílové skupiny (EUTOPA)“, dále byl adaptován v rámci následného projektu EUTOPA IP. Oba projekty jsou podporovány EU.)“. 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.

Manuál I se zabývá psychologickým screeningem. Manuál II obsahuje moduly intervencí TGIP. Manuál III je psychoedukativní příručkou. 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.

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 II se soustředí na intervence zaměřené na specifické skupiny zasažených osob u mimořádných událostí většího rozsahu. Manuál je určený pro odborníky z řad pomáhajících profesí, kteří se angažují při mimořádných událostech. Jeho cílem je poukázat na možnosti a limity využití intervenčních 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. ÚVOD	9
2. INTERVENCE V RÁMCI PSYCHOSOCIÁLNÍ NÁSLEDNÉ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA CÍLOVÉ SKUPINY PO ZÁVAŽNÝCH MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTECH A KATASTROFÁCH VELKÉHO ROZSAHU	11
2.1 NA RIZIKU NEZÁVISLÁ OPATŘENÍ V TGI	16
2.1.1 AKUTNÍ PÉČE	16
2.1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPŮRNÁ OPATŘENÍ VE FÁZI LATENCE A NÁSLEDNĚ PO NÍ (FÁZE B A C)	16
2.1.3 INFORMACE A STRUČNÉ PORADENSTVÍ NÁSLEDUJÍCÍ PO SCREENINGU POMOCÍ CRI-D	17
2.1.4 POKYNY PRO SVĚPOMOC	19
2.2 NA RIZIKU ZÁVISLÁ OPATŘENÍ ORIENTOVANÁ NA CÍLOVÉ SKUPINY	19
2.2.1 INTERVENCE ZAMĚŘENÁ NA CÍLOVOU SKUPINU: SAMOSTATNĚ SE ZOTAVUJÍCÍ OSOBY	20
2.2.2 INTERVENCE ZAMĚŘENÁ NA CÍLOVOU SKUPINU OSOB V POTENCIÁLNÍM RIZIKU	20
2.2.3 INTERVENCE ZAMĚŘENÁ NA CÍLOVOU SKUPINU OSOB VE VYSOKÉM RIZIKU	21
3. STRUKTURÁLNÍ IMPLEMENTACE - DEFINOVÁNÍ PROBLÉMU A ŘEŠENÍ	22
4. OPATŘENÍ PROGRAMU INTERVENČÍ ZAMĚŘENÝCH NA CÍLOVÉ SKUPINY (TGIP) S CÍLEM PREVENCE DLOUHODOBÝCH PORUCH U OSOB ZASAŽENÝCH KATASTROFAMI – SOUHRN	25
5. ODKAZY	26

1. Úvod

V posledních desetiletích došlo k výraznému nárůstu počtu přírodních katastrof, stejně jako velkých ztrát následkem technického selhání nebo terorismu. Situace rozsáhlých mimořádných událostí kladou specifické nároky na psychosociální a psychologickou péči o velké počty osob, které byly přímo nebo nepřímo zasaženy (patří sem např. přeživší, jejich rodiny, pozůstalí, truchlící, svědkové události, obyvatelé dotčené obce či oblasti, záchranáři, dobrovolníci). Kromě lékařského ošetření zraněných, je stále více uznávána potřeba **akutní, střednědobé a dlouhodobé psychosociální péče** (včetně odborné psychologické léčby). Oblast tohoto typu pomoci se v posledních patnácti letech prudce rozvíjí. Potřeba začlenit akutní (časnou) psychosociální péči o zasažené osoby je od počátku odborníky vnímána jako nesporná. Toto téma nachází rostoucí uznání ve většině evropských zemí. Podle definičních kritérií pracovní skupiny Norris (2002), je **katastrofa** charakterizována třemi klíčovými vlastnostmi, kterými jsou (1) **náhlý začátek**, (2) **kolektivní zkušenost/zážitek** a **společné zasažení katastrofou**, a (3) **na základě kolektivní (rozsáhlé) povahy**:

- je nezbytné centrální vedení a organizace pro akutní, středně i dlouhodobou fázi
- je požadována vysoce komplexní asistence
- jsou obvykle přetíženy kapacity pro středně a dlouhodobou péči; jejich zdroje mohou být zničeny
- nemusí existovat okolo jednotlivců bezpečné prostředí; jsou zasaženy celé oblasti nebo regiony
- je ohrožena a může být narušena důvěra ve veřejné úřady a představitele

Zkušenosti ukazují, že realizace stávajících koncepcí, strategií a vodítek je u rozsáhlých událostí nebo terorismu obtížná a nemáme cestu, jak se připravit na jakoukoli možnou událost.

Rozsáhlé mimořádné události s velkými ztrátami znamenají, že bylo náhle vystaveno ohrožení a destrukci velké množství osob. Tento fakt odlišuje katastrofy od působení dlouhodobě přetrvávajícího stresu, jakým je například situace války (srov. Piper, 2005).

Situace po rozsáhlé katastrofě má následující charakteristiky:

- velký počet lidí je ovlivněn přímo i nepřímo
- velký počet lidí potřebuje lékařskou péči a psychosociální podporu
- existují rozsáhlé fyzické, sociální a psychické dopady a potřeby
- místní zdravotnické záchranné služby - včetně psychosociálních služeb jsou přetíženy a kapacitně nedostačují
- jsou zapojeny různé profesní skupiny a musí být společně koordinovány (zdravotnické záchranné služby, lékaři, krizový management, psychologové, hasiči, policie, armáda, duchovní, psychoterapeuti, atd.)

Všeobecné podmínky po 9/11 v New Yorku, teroristických útocích v Madridu 2003 a Londýně 2004 i povodních a tsunami 2004/2005 opakovaně kladly nároky na velkou flexibilitu v postupech, aby se bylo možné vyrovnat se s následky katastrofy. Každá mimořádná událost má svou vlastní dynamiku a vyžaduje velkou angažovanost, kreativitu, flexibilitu a odolnost na straně pomáhajících. Po každé události je třeba zkušenosti integrovat a koncepty zrevidovat. "Různorodost traumatických událostí a jejich následků se vzpírá jakýmkoli specifickým pokynům a vodítkům, a narůstá potřeba flexibility intervencí a adaptace na konkrétní okolnosti." (Hobfoll et al., 2007, 284)

V konkrétním případě katastrofy, musíme očekávat i středně a dlouhodobé stresové reakce přímo zasažených osob, jejich rodin a záchranářů. V tomto případě se jedná o kolektivní výzvu všem profesionálním pomáhajícím k angažovanosti pro zmírnění utrpení, podpoře zasažených osob a pomoci jejich návratu do běžného života. Evropská unie podporuje výzkumné projekty, které se zabývají konceptualizací akutní psychosociální péče a prevencí dlouhodobých psychických následků u lidí zasažených katastrofami. Koncepční práce a tvorba sítí na evropské úrovni jsou nezbytné, neboť rozsáhlé mimořádné události nejsou omezeny hranicemi jednotlivých států. Proto byl projekt EUTOPA „European Guideline for Target Group Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster“ (Evropská vodítka psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny v situacích katastrof) podporován Generálním ředitelstvím Evropské komise pro životní prostředí a zaměřil se na optimalizaci psychosociální péče v případech rozsáhlých mimořádných událostí. Pod koordinací kanceláře pro mezinárodní vztahy města Kolín nad Rýnem, spolupracuje mezinárodní expertní výzkumná síť, kterou tvoří Institut klinické psychologie a psychologické diagnostiky (IKPPD) univerzity v Kolíně nad Rýnem, Centrum pro Psychotraumatologii v Krefeldu, nadace Impact v Amsterdamu, Nizozemí a španělská společnost pro Psychotraumatologii a Disociaci (SEPET + D) v Madridu, Španělsko. Tato síť spolupracuje také s dalšími klíčovými experty napříč Evropskou unií i mimo ni.

Tato spolupráce má za cíl identifikovat mezery v pokrytí problematiky a podněcovat další rozvoj stávajících konceptů, které mohou být využity v praxi v evropských zemích. Pokud chceme rozumně integrovat programy krizové intervence do oblasti pomoci při mimořádných událostech, jsme závislí na minimálních standardech, které zohledňují průběh procesu stresových poruch. Hlavní otázkou zde je: Která opatření krizové intervence po katastrofě se podle aktuálního výzkumu ukazují jako užitečná (při akutní, střednědobé a dlouhodobé následné péči) pro snížení rizika vzniku stresových poruch? Nejistota ve vztahu k efektivitě a cílům je patrná v koncepci a empirickém zkoumání opatření krizové intervence pro akutní, střednědobou i dlouhodobou následnou péči (srov. Bering, 2005; Bering et al, 2006.). "Dodnes nebyl nalezen evidence-based konsenzus ohledně efektivních intervencí pro fáze akutního a střednědobého období po hromadných neštěstích." (Gersons & Olff, 2005 v Hobfoll et al., 2007, 284). Projekt EUTOPA zahrnuje

návrhy, jak postupovat s cílem optimalizovat a zajistit kvalitu krizových intervencí a preventivních opatření.

Jeden z příspěvků Institutu klinické psychologie a psychologické diagnostiky (IKPPD) a Centra pro Psychotraumatologii v Alexianer nemocnici v Krefeldu v rámci projektu EUTOPA je **adaptní intervenční program zaměřený na cílové skupiny (TGIP) na typ situace a dynamiku procesu u lidí zasažených katastrofami**. TGIP se zaměřuje na jednotlivá středně a dlouhodobá opatření následné péče a usiluje o vhodné propojení s koncepty časné intervence.

Pro diferencovanou prezentaci současných empirických standardů týkajících se akutní a časné intervence odkazujeme na manuál "**Multidisciplinární vodítka časné Intervence po katastrofách, teroristických a jiných šokujících událostech**", které byly vytvořeny jedním z partnerů projektu – nizozemskou nadací Impact v r. 2007.

(Materiál je v originále k dispozici na: www.eutopa-info.eu)

Pokud jde o obsah, klíčová je otázka, která opatření jsou účinná a ve kterém okamžiku potenciálně traumatického procesu (Fischer & Riedesser, 2003) v průběhu katastrofy a po jejím skončení. Je nesporné, že lidé v existenčně ohrožující a poškozující situaci potřebují podporu. Cílem opatření efektivní psychosociální následné péče musí být rovněž minimalizace možnosti rozvoje stresových poruch v důsledku traumatu - ve smyslu úspěšné sekundární prevence.

V minulosti byla hlavním cílem výzkumných studií prevence posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Dnešní stav poznání souvisí s tím, že dopad stresu po potenciálně traumatizující zkušenosti je rozhodně komplexnější, takže výzkumné zaměření se na PTSD nepokrývá rozsah stresových reakcí adekvátně. Akutní reakce na stres (ICD: F 43.0), Porucha přizpůsobení (ICD: F 43.2) a Posttraumatická stresová porucha (PTSD - MKN-10: F 43.1) jsou některé z psychických poruch, spolu s komorbidními poruchami v případech dlouhodobého rozvoje (např. deprese, úzkostné poruchy, somatizační poruchy, závislosti).

2. Intervence v rámci psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny po závažných mimořádných událostech a katastrofách velkého rozsahu

Intervenci, která se zaměřuje na cílové skupiny (TGI) můžeme považovat za sekundární prevenci v rámci individuální psychosociální následné péče. Jejím smyslem je zabránit rozvoji dlouhodobých stresových poruch v návaznosti na distres plynoucí z mimořádných událostí. Příprava intervenční strategie zaměřené na cílové skupiny v situacích rozsáhlých mimořádných událostí vychází z postupů analogických intervencí u obětí násilí (Fischer et al.,

1999) a intervenčních programů pro vojáky německé armády (Bering et al., 2003), které jsou přizpůsobeny logistickým a strukturálním podmínkám mimořádným událostem s velkými ztrátami. Základní rozdíly mezi pojetím intervencí zaměřených na cílové skupiny (TGI) oproti jiným konceptům časné intervence jsou následující:

- 1) využití screeningového nástroje Cologne Risk Index /CRI, vyvinutý výhradně za účelem včasného odhalování ohrožených osob;
- 2) rozlišuje na riziku nezávislá a na riziku závislá intervenční opatření.

Klíčovou roli v konceptu TGI hraje včasné odhalení rizikových faktorů, které podporují rozvoj dlouhodobých stresových poruch. Za účelem hodnocení rizika rozvoje těchto poruch je třeba využít vhodný dotazník (checklist), který umožňuje prognostické závěry k procesu copingu (srov. Bering et al. 2008, kapitola I). Po vyhodnocení každého rizikového profilu, mohou být navrženy a zahájeny vhodné - individuálně přizpůsobené intervence.

Máme zde na mysli koncept na míru přizpůsobených intervenčních opatření, jakou je Intervence zaměřená na cílovou skupinu (TGI), (Bering et al, 2000a; Bering et al 2001b; Bering et al, 2003; Schedlich et al, 2003.). Rozlišujeme přitom opatření, která jsou nabízena bez ohledu na individuální rizikový profil zasažených osob a opatření, která jsou přizpůsobena individuálnímu rizikovému profilu.

Předpokládáme, že časné **odhalení osob v riziku** pomocí nástroje CRI a následné přizpůsobení intervenčních opatření umožňuje ekonomické plánování, které může zajistit **ideální podporu velkému počtu zasažených osob při omezeném počtu interventů**. Je třeba zdůraznit, že **reakce na mimořádně stresující zážitky by neměly být považovány za patologické** nebo jako předstupeň patologie. Mnoho lidí dočasně trpí normální stresovou reakcí, tyto lidé potřebují zejména **podporu při obnovení zdrojů** a při návratu k normálnímu fungování, nepotřebují tradiční psychodiagnostické postupy nebo klinickou léčbu.

(Hobfoll et al., 2007).

Základem plánování intervencí individuální psychosociální následné péče je:

- 1) orientace na kritérium času, na model procesu traumatického stresu;
- 2) orientace na rizikový profil zasažených osob, hodnocení rizik pomocí CRI

(srov. Bering et al., 2008, svazek I)

Rozhraní fází dopadu události je u mnoha katastrof a událostí s velkým počtem zraněných osob obtížně rozpoznatelné, z důvodu pokračujících dopadů, přetrvávajícího šoku a nedostatku zdrojů pomoci. Navíc je často obtížné vytvořit jasnou hranici mezi akutní situací a obdobím nápravy škod po události, následkem čehož může docházet k překrývání akutních intervenčních opatření s následnou střednědobou psychosociální péčí.

Rizikový profil pro vývoj stresové poruchy může být posouzen pouze ve smyslu směřování procesu. Proto vyvstává otázka, v jakém časovém okamžiku by měla být určitá intervenční opatření prováděna? Další otázkou je, jaké typy intervencí jsou vhodné pro odlišnou měrou zasažené skupiny osob. Za účelem nalezení odpovědi na tyto otázky, byla časová osa na obr. 1 rozdělena na akutní fázi (A), přechodnou/tranzitorní fázi (B) a fázi následků (C). Kromě toho byly standardní moduly intervencí zaměřených na cílové skupiny (viz obr. 1) rozděleny na moduly intervencí: na riziku závislé a na riziku nezávislé (viz obr. 2).

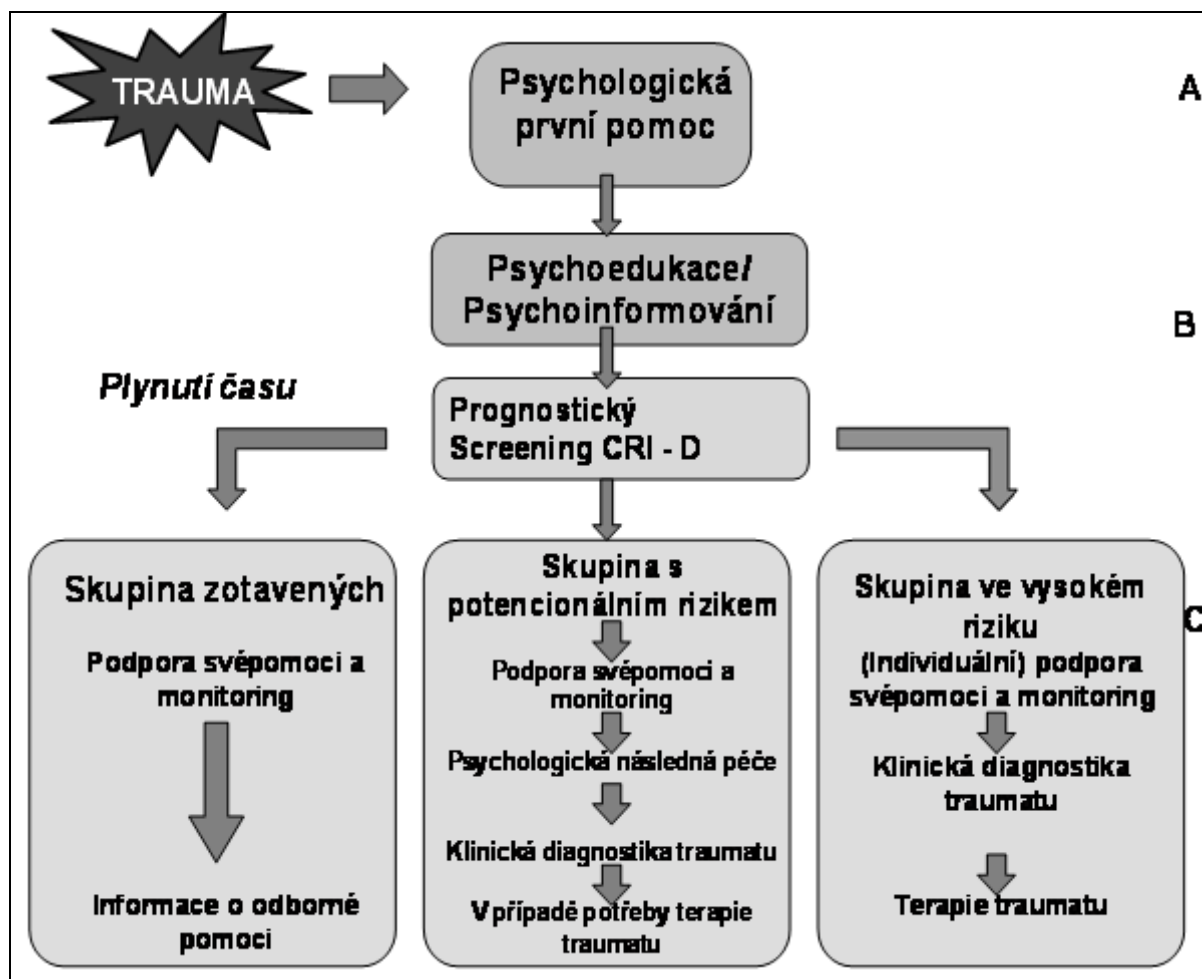
V případě rozsáhlých mimořádných událostí existují tři kritéria, která mají vliv na plánování příslušné intervence a která jsou charakteristické pro TGI. Jsou vyjádřena v následujících otázkách:

1. **V jakém časovém okamžiku** v průběhu traumatického procesu má nastoupit intervence?
2. Jaké jsou **možnosti dostupnosti sítě odborné pomoci** při realizaci TGI?
3. **Počet lidí zasažených** kritickou událostí?

Počet zasažených osob a dostupnost odborné pomoci jsou rozhodující pro nastavení intervence (individuální nebo skupinové) a pro rozsah možností pomoci. Cílem je nabídnout odpovídající pomoc co největšímu počtu potřebných osob, aby se zabránilo dlouhodobým posttraumatickým poruchám, a zároveň byla ideálně využita kapacita zaměstnanců. Psychosociální péče pro zasahující pracovníky musí být také optimalizována, aby se předešlo následným psychologickým dopadům události a udržely se jejich dobré pracovní schopnosti.

Je třeba stanovit intervenční strategii zaměřenou na cílové skupiny tak, aby zasaženým osobám (včetně zasahujících) nebyla podpůrná opatření nabízena v malé nebo přehnané míře.

Přehled opatření TGIP



Obrázek 1: Standardní vývojový diagram intervence zaměřené na cílové skupiny

Typ intervence závisí na směru/průběhu procesu. Akutní péče je ústřední pro fázi A. Fáze B popisuje dobu mezi šokem a časným dopadem. Psychoedukace a screening, pomocí CRI jsou uprostřed fáze B. Fáze C, představuje odstupňované plánování intervence u všech tří cílových skupin osob: skupinou, která se zotaví sama, skupinou s potenciálním rizikem a skupinou s vysokým rizikem rozvoje potíží (Bering et al., 2003)

Akutní péče o zasažené osoby prostřednictvím **zajištění primárního bezpečí a psychologické první pomoci**, patří mezi opatření, která jsou na riziku nezávislá (fáze A). Teprve po ústupu fáze šoku mohou být, mimo jiné, poskytnuty i **psychologické (psychoedukativní) informace**, které se odrážejí v nástroji CRI. **Diskuse výsledků CRI a stručné poradenství** uzavírají přechod do fáze časných následků (B).

Monitorování, průběžná diagnostika, individuální poradenství, rodinné poradenství a akutní terapie traumatu patří do modulu **na riziku závislých zásahů**. Tyto intervence jsou zařazeny na časové ose do fáze C. Pomáhající volí typ intervence podle časové osy a rizikového profilu zasaženého. Aby bylo možno realizovat adekvátní „diagnostiku“ (**psychologické třídění**) na místě události a při bezprostřední hospitalizaci je nezbytné vzdálit se somatologickému paradigmatu urgentní medicíny. Zatímco výcvik urgentních lékařů a

paramediků jim umožňuje rozpoznat a realizovat život zachraňující záchranářské postupy na místě události, pokud možno, měli by být odborníci na duševní zdraví a pracovníci první pomoci schopni posoudit kompletní průběh procesu traumatického stresu a během programu psychosociální krizové intervence předejít chronifikaci stresové poruchy. Somatické paradigma urgentní medicíny tedy nemůže být přímo přeneseno do programů krizové intervence, které pracují s jednotlivcem.

V následujícím textu budeme specifikovat moduly intervenčního programu TGIP a blíže charakterizovat cílové skupiny.

Intervence během akutní traumatizující situace, fáze dopadu traumatu a fáze traumatického procesu se řídí podle motta: „Tolik, kolik je nezbytné, tak málo, jak je to jen možné“.

Při plánování intervence je důležité rozlišovat mezi **základními preventivními opatřeními** pro všechny dotčené osoby a specifickými **odstupňovanými opatřeními, která vycházejí z individuálního rizikového profilu**. V obsahu intervencí se mění důraz podle doby intervence, tj. zda je intervence nabízena v rámci akutní situace, fáze dopadů nebo v průběhu traumatického procesu. Plánování intervence v kontextu TGIP je popsáno v následujícím chronologickém pořadí, kde rozlišujeme mezi opatřeními, která jsou nebo nejsou na riziku závislá.

Opatření zaměřená na cílové skupiny zasažených osob	
Na riziku nezávislá opatření 1. Akutní péče 2. Psychologická akutní péče 4. Psychoedukace / psychoinformace 4. Screening CRI-D 5. Pokyny pro svépomoc 6. Diskuse o výsledcích CRI-D a individuální poradenství	Na riziku závislá opatření 1. Monitorování 2. Kontinuální diagnostika 3. Individuální poradenství 4. Akutní terapie traumatu (např. MPTT) 5. Rodinné poradenství

Obr. 2: Na riziku závislá a na riziku nezávislá opatření v kontextu TGI

Intervencím, které souvisí s rizikovými faktory, musí předcházet **lékařské ošetření** a základní psychologická opatření v rámci sekundární prevence. Mezi tato **opatření patří akutní péče** o zasažené prostřednictvím **zajištění základního bezpečí a psychologické první pomoci**. **Psychoedukace, screening pomocí CRI, diskuse o výsledcích, stručné poradenství a pokyny pro svépomoc** by neměly být aplikovány dříve než po odeznění fáze počátečního šoku.

2.1 Na riziku nezávislá opatření v TGI

2.1.1 Akutní péče

Do primární péče o zasažené osoby v akutní fázi události a bezprostředně po ní, nezávisle na jejich rizikovém profilu, patří následující opatření:

- lékařské ošetření
- zajištění bezpečí a ochrany zasažených
- zajištění základních potřeb (žízeň, hlad, teplo, hygiena)
- vzdálení se od místa, kde k události došlo
- informace o události (příčině, rozsahu)
- informace o pobytu rodinných příslušníků
- zajištění kontaktu s ostatními členy rodiny
- podpora truchlení
- informace o návazné pomoci
- nabídky rozhovoru

Lékařská péče je vždy prioritou při řešení rozsáhlých mimořádných událostí. **Akutní psychologická péče** je nicméně klíčovou součástí pomoci a pozitivně ovlivňuje způsob, jak se oběti vypořádávají s tím, co zažily. **Obnova relativního bezpečí a základní péče**, stejně jako **jasné informace** jsou prioritou. Dalším prvořadým zájmem v této fázi je **obnovení sociálních vazeb** (Hobfoll et al., 2007). Informace jsou existenční nutností člověka - pro zasažené je klíčové vědět, zda jsou blízcí v bezpečí a v pořádku. **Transparentnost a znalosti o dalším směřování postupu** celé věci (zdravotní opatření, nezbytné rozdělení rodin v průběhu lékařské léčby, možnosti přístřeší, útočiště, kontakty) jsou užitečné, aby se u zasažených předešlo pocitům ztráty kontroly. Otázky, které zasažené osoby mají ohledně situace, nejsou ignorovány, ale zodpovězeny podle nejlepšího vědomí a správně, neboť lidé mají v tomto momentě silnou potřebu dozvědět se co možná nejvíce. **Informace musí být uvedeny stručně a jasně**, protože kapacita vnímání je u lidí v situaci šoku velmi omezená. **Transparentnost a uklidňující pozornost** jsou v této situaci pozitivně přijímány (Bengel, 2007; Lasogga & Gasch, 2000). Další opatření, jako je psychoedukace a podrobné pokyny pro svépomoc atd. nejsou v tomto časném okamžiku doporučovány a nejsou ani perspektivní z hlediska trvalých preventivních účinků (vgl. Baumker & Bering, 2003).

2.1.2 Psychosociální podpůrná opatření ve fázi latence a následně po ní (fáze B a C)

Následně po akutní situaci, je pro zasažené mnohdy nutné **zajištění potřeb každodenního života a materiálních zdrojů**, jakož i **ochrana sociální sítě**, a to podle situačního kontextu. Hlavním zájmem je **zajištění možnosti vhodného poradenství a podpory** (např. ohledně finanční podpory, právního vysvětlení, hledání pohřešovaných osob), dále **pomoc při jednání s veřejnými orgány, úřady a předávání informací o těchto možnostech** zasaženým osobám. V některých případech může být tato podpora nezbytná po dlouhou dobu (měsíce až roky). Například lidé zasažení teroristickými útoky často potřebují podporu s právními kroky souvisejícími s útokem po velmi dlouhou dobu. (V extrémních případech mohou tyto právní

úkony trvat i desítky let, jako například po bombovém útoku v Bologni v roce 1981). Spory o náhradu škody, např. po technické katastrofě, jsou také často spojeny s dlouho trvajícím přípravným řízením.

Je také třeba **organizovat a poskytnout podporu v přípravě pohřbu a vzpomínkových aktů**. Zasažené osoby mohou potřebovat **podporu při vytvoření památníku**.

Zajištění výše uvedené podpory tak hladce jak je to možné, je jedním z cílů psychosociální pomoci po katastrofách.

Opatření psychologické následné péče uvedená v následujícím textu se zaměřují na individuální sekundární preventivní podporu při zacházení s traumatickými zážitky a při redukci stresových poruch, stejně jako na prevenci dlouhodobých stresových poruch.

Po opadnutí počátečního šokové reakce mohou být aplikována **počáteční psychoedukativní a psychoinformativní opatření**. Pokud není psychoedukaci v této době možné realizovat (např. kvůli umístění, zdravotním či personálním důvodům), může být nabídnuta v jakémkoli pozdějším čase traumatického vývoje. Konkrétnější popis obsahu a provádění psychoedukačních opatření naleznete ve svazku III (srov. Zurek et al., 2008, Band III). V návaznosti na psychoedukaci, je prováděn **screening pomocí CRI-D**, aby bylo získáno diferencované **hodnocení individuálního rizikového profilu**. V závislosti na výsledku posouzení pomocí CRI, jsou zasažené osoby rozděleny do tří cílových skupin, které tvoří: lidé samostatně se zotavující, lidé s potenciálním rizikem a lidé ve vysokém riziku. Přiřazení zasažených osob do uvedených skupin, které zohledňují riziko potenciálu rozvoje obtíží (v návaznosti na získaný skóre v indexu rizika) je základem pro cílově orientovanou a pokračující intervenci. Výsledky hodnocení jsou zjišťovány vždy a pouze v rámci individuálního kontaktu se zasaženou osobou. Popis nástroje CRI-D a jeho použití při rozsáhlé mimořádné události naleznete ve svazku I (srov. Bering et al. 2008, Band I).

2.1.3 Informace a stručné poradenství následující po screeningu pomocí CRI-D

Po screeningu pomocí CRI-D, který by měl být proveden nejlépe v rámci individuálního kontaktu, např. při poradenském sezení, je získaný **osobní rizikový profil a další vývoj diskutován v individuálním kontaktu se zasaženou osobou (!)**. Osobní kontakt umožňuje interventovi stručné **vysvětlení potenciálních rizik a ochranných faktorů při posouzení individuálních zdrojů a potřeb** v době po události a první **podporu strategií pro kompenzaci traumatu**. V závislosti na dostupném čase, jsou tak zasažení schopni mluvit o své traumatizující zkušenosti v individuálních podmínkách. Intervent by se měl nicméně **vyhnout emocionálnímu ponoru klienta** do jeho zkušenosti a poskytnout **intervenci orientovanou na zdroje a poradit, kde najít další kontakt**. Poradenství by mělo **vycházet z potřeb** – klíčové jsou otázky např. právní a administrativní pomoci, poradenství ohledně traumatu a / nebo psychoterapie traumatu. Všechny tři skupiny osob (zotavující se, ti s potenciálním rizikem a

osoby ve vysokém riziku) jsou **směřovány k vhodným způsobům vypořádání se se svými zážitky** v průběhu fáze latence (např. **mluvit s ostatními o své zkušenosti a odpočívat**, aby podpořily proces hojení).

Pro stručné poradenství je zásadní **diskutovat a podrobně vysvětlovat nezbytné a reálné možnosti podpory**. Transparentnost ohledně možných a potenciálních opatření může přinést jejich vyšší přijetí klientem v dlouhodobém horizontu.

Pokud už tak nebylo učiněno, měly by zasažené osoby na konci individuálního kontaktu obdržet – **kartičku/leták se základními informacemi**. Tyto materiály by měly obsahovat kontaktní čísla a adresy, kam se lze v případě potřeby obrátit. Potřebné kontakty na odbornou pomoc mohou být za souhlasu klienta interventem rovnou zprostředkovány.

Stručné poradenství pro osoby ve skupině samostatně se zotavujících (Self-Recovery)

Vysvětleny jsou indikátory pro nepříznivý průběh zpracování události a možnosti odborné pomoci. Další kontakt je nabídnut v období po uplynutí cca i 2 až 4 týdnů.

Stručné poradenství pro osoby ve skupině lidí s potenciálním rizikem (Switchers)

Osoby v této skupině jsou nasměřovány k vhodnému chování: např. mluvit s ostatními, nalézt klid, bezpečné místo a odstup, věnovat se sportu atd. Dále jsou tyto osoby vedeny k tomu, aby si uvědomovaly další stresové faktory v průběhu fáze latence (dalšího období), které by mohly přispět k rozvoji posttraumatických potíží: např. další následné stresující zkušenosti, sociální nebo administrativní problémy, rodinné či finanční problémy. Vysvětleny jsou indikace pro nepříznivý průběh zpracování zkušenosti. S osobami s potenciálním rizikem je naplánován další kontakt v průběhu fáze latence.

Stručné poradenství pro osoby ve skupině lidí ve vysokém riziku (High-Risk)

Osoby ve vysokém riziku rozvoje posttraumatických potíží, jsou poučeny, že s ohledem na jejich anamnestické a/nebo situační podmínky, pro ně může být obtížnější zpracovávat stresující zážitky bez odborné podpory. Stejně jako ve skupinách samostatně se zotavujících a osob s potenciálním rizikem, je poukázáno na účinné strategie ve fázi latence a možnosti svépomoci. Kromě toho, jsou domluveny a naplánovány následné poradenské schůzky s frekvencí alespoň jedenkrát týdně, které by měly proběhnout v období, jež umožňuje monitorování a doprovázení.

Přehled obsahu stručného poradenství

- Informace o individuálním rizikovém profilu
- Zkoumání vlastních zdrojů a strategií pro kompenzaci traumatu
- Poradenství o účinných strategiích chování v průběhu fáze latence
- Informace o svépomocné literatuře
- Zvýšení citlivosti ke známkám nepříznivého vývoje v procesu zotavení
- Doporučení (profesionální) podpory včetně kontaktů
- Zprostředkování nezbytných podpůrných kontaktů (např. právní a administrativní pomoc, finanční pomoc, poradenství, psychoterapie traumatu)

2.1.4 Pokyny pro svépomoc

Další kroky, které jsou nabízeny osobám, jež se samostatně zotavují, lidem s potenciálním rizikem i lidem ve vysokém riziku jsou **instrukce pro svépomoc**. Zasaženým osobám jsou předvedeny **techniky, které uklidňují a poskytují odstup od události**, a které mohou využít **ke kontrole a oslabování traumatického materiálu** (traumatických vzpomínek, myšlenek). Mezi nimi jsou **cvičení pro získání odstupu** (např. rozptýlení aritmetikou, vidím-slyším-cítím), **imaginativní techniky** (např. technika světelné energie/světelných paprsků, bezpečné vnitřní místo, vnitřní pomocník), **relaxační cvičení a informace o návycích ke snížení stresu** (Fischer, 2003; Reddemann 2001). Tyto techniky podporují přirozený proces zvládání (copping) a napomáhají k přechodu do fáze zotavení. S těmito cviky mohou zasažené osoby získat zážitek, že jsou schopny mít vliv na své emoce a myšlenky. **Možnost kognitivní a emoční kontroly** působí proti traumatické zkušenosti ztráty kontroly a bezmocnosti. Zkušenosti ukazují, že dotčené osoby mohou využívat nabízené techniky mnoha způsoby. Je dobré nabízet **širokou škálu metod** (technik), aby si mohl každý člověk vybrat ty, které jsou pro něj nejvíce užitečné a "sedí" jeho osobním preferencím. Vzhledem k tomu, že možnost použití těchto technik je často omezena časovými limity, je důležité poukázat na **svépomocné brožury**. V brožurě mohou zasažené osoby najít široké spektrum cvičení, která mohou vyzkoušet a vybrat si to, které jedinci nejvíc vyhovuje.

Techniky mohou být **předvedeny v individuálním nebo skupinovém setkání**. U osob v riziku nelze vyloučit nebezpečí, že budou zaplaveny traumatickým materiálem, zejména během imaginativních cvičení. Pokud by byly techniky předváděny ve skupinách, rizikové osoby by měly být pečlivě monitorovány a seznámeny s některými technikami pro sebezklidnění (získání kontroly) ještě v rámci předchozího individuálního kontaktu. **Je obzvláště důležité využívat skupinového setkání u zasahujících jednotek, protože začlenění a podpora ve skupině kolegů může fungovat jako ochranný faktor.**

2.2 na riziku závislá opatření orientovaná na cílové skupiny

Po akutní péči, psychoedukaci (psychoinformování/poskytování informací), screeningu, stručném poradenství a instrukce pro svépomoc se další nabízená podpůrná opatření liší v závislosti na individuálním rizikovém profilu (srov. obr. 1).

Může být nabídnut **aktivní monitoring a podpora, psychotraumatologická diagnostika a terapie akutního traumatu.**

Aktivní monitoring a podpora:

Aktivní podpora může být realizována formou **telefonického nebo osobního kontaktu**. Rozpoznáním dalších stresových faktorů, může být včas posouzeno nebezpečí chronifikace příznaků a v případě potřeby může být zahájena terapie akutního traumatu.

Psychotraumatologická diagnostika:

Za účelem posouzení procesu vyrovnávání se s traumatem u jednotlivých osob, lze využít diagnostických nástrojů ke stanovení traumatického procesu, stejně jako k určení léčebných možností. Obšírná diagnostika by měla být provedena a vyhodnocena odborníky na duševní zdraví, protože předchozí znalosti a zkušenosti v oblasti psychotraumatologie jsou zde bezpodmínečně nutné. Diagnostika traumatu a rozsáhlá anamnéza, stejně jako řada na trauma zaměřených diagnostických procedur jsou využity ke zkoumání předchozích traumatizací a rozvoje příznaků.

Psychoterapie traumatu:

Psychoterapie traumatu je pro rizikovou skupinu vhodná již během fáze latence. V kontextu mezinárodního výzkumu je preferovanou metodou kognitivně behaviorální terapie traumatu (Nice-pokynu, 2005, Impact, 2007, Hobfoll et al, 2007). Nicméně, objevují se pozitivní výsledky také s použitím psychodynamických metod (Horowitz, 1976, Fischer, 2000), zejména pokud je využit multi-disciplinární přístup při konfrontaci s traumatem.

2.2.1 Intervence zaměřená na cílovou skupinu: samostatně se zotavující osoby

Jestliže byla osoba přiřazena do skupiny samostatně se zotavujících, je velmi pravděpodobné, že se u ní nevyvinou návazné symptomy, i pokud byly zprvu přítomny některé příznaky, jako je nadměrné rozrušení, vyhýbavé chování nebo rušivé vtíravé myšlenky či obsahy. Pro tuto skupinu mohou být nabízená podpůrná opatření dostačující. V každém případě je užitečné zvýšit vnímavosti dotčených osob k patogenetickým progresivním znakům a zdůraznit možnosti podpory. Může být nabídnut osobní nebo telefonický další kontakt - po dvou až třech týdnech. Potenciálně nepříznivé formy reakcí a následný stres lze pak zachytit a nabídnout v případě potřeby další podporu.

2.2.2 Intervence zaměřená na cílovou skupinu osob v potenciálním riziku

Zasažené osoby, které byly přiřazeny ke skupině osob v potenciálním riziku (swithchers, „nestabilní“) mají **riziko chronifikace potíží, pokud se objeví další stresové momenty následující po události** (například nedostatek sociální opory, neoprávněná obvinění, komplikované vyšetřování, soudní spory nebo další traumatizace). Z tohoto důvodu potřebují tyto osoby rozsáhlou následnou péči ve smyslu **aktivního monitorování a podpory**. Přímý kontakt v době traumatických dopadů a následně umožňuje **hodnocení nárůstu možných**

rizik. Průběžná intervence, jako je **poradenství nebo terapie akutního traumatu**, mohou být nabízeny na počátku v případě progresivního rozvoje potíží.

V rámci poradenského rozhovoru by měl být s konzultantem pro psychotraumatologii nebo psychoterapeutem se specializací na léčbu traumatu **domluven pravidelný kontakt pro následující týdny a měsíce po události** (telefonický nebo osobní). **Navázání a realizace kontaktu** vždy vychází od osobního poradce pro psychotraumatologii či jiného odborníka a je **proaktivní**, protože **tendence k vyhýbání se vlastnímu traumatu, případná deprese, bagatelizace potíží a popření** mohou **blokovat aktivní kontakt ze strany zasažené osoby**. Doporučuje se **dohodnout se na konkrétních schůzkách** telefonicky nebo osobně. To zprostředkovává **pocit bezpečí a jistoty** a může znamenat pro zasaženou osobu psychologickou "kotvu". Pokud se schůzky nerealizují, je součástí dohody předem, že zasažená osoba má **povinnost aktivně vyhledat kontakt a dát vysvětlení**, proč není dohoda dodržena. Pouze tímto způsobem je možné rozpoznat a včas **zachytit tendence k patologickému popření a stažení se**.

Četnost kontaktu se liší v závislosti na posouzení rizika progresivního traumatického rozvoje. Čím více je člověk v nebezpečí, tím častější by měl být kontakt. Pokud má osoba dobré vlastní a sociální zdroje, může postačovat dohoda na setkání po měsíci. **U osob v riziku** rozvoje posttraumatických potíží by se schůzka měla realizovat **jednou za dva týdny**.

Pokud **vývoj směřuje spíše ke chronifikaci** potíží, ať již kvůli nárůstu stresujících okolností nebo z důvodu nedostatku sociálních a / nebo osobních zdrojů, jsou **nezbytná pokračující opatření**.

Diferencovaná klinická diagnostika může zjistit, zda se vyvíjí PTSP nebo jiná psychotraumatologická porucha. Jako prevence chronifikace stávajících potíží, by měla být každopádně doporučena **terapie akutního traumatu**. Je vhodné doporučit, aby **blízcí zasažené osoby byly zapojeny do poradenství a léčby** s cílem **posílit sociální oporu**, která je jedním ze základních ochranných faktorů.

2.2.3 intervence zaměřená na cílovou skupinu osob ve vysokém riziku

Pokud byly osoby přiřazeny do **skupiny s vysokým rizikem** rozvoje posttraumatických potíží (High-Risk), měla by být **přímo aplikována pokračující opatření**. Ohrožené osoby by měly obdržet péči od odborníků na duševní zdraví se specializací na léčbu traumatu – psychoterapeutů, psychologů a psychiatrů. Kromě opodstatnělé **psychotraumatologické diagnostiky**, by mělo být v několika sezeních realizováno obsáhlé **individuální poradenství**. V akutní fázi nebo ve fázi časných dopadů má být dán **důraz na posílení zdrojů a schopnosti mít odstup od traumatických obsahů**. Měly by být stanoveny a **posilovány individuální mechanismy kompenzace traumatu**, stejně jako **techniky pro sebestabilizaci**. Teprve až v pozdějším momentu traumatického procesu by měla být zařazena **ohnisková (fokální) akutní terapie traumatu** s explorativními prvky.

3. Strukturální implementace - definování problému a řešení

Projekt EUTOPA se zaměřuje na podporu osob přímo zasažených mimořádnými událostmi, jejich rodin a pozůstalých, jakož i na odbornou přípravu organizací, které se podílejí na bezprostřední i dlouhodobé následné péči o zasažené osoby. Podle výsledků psychotraumatologie upravené dle potřeb klientů, jsou stupňovaná **opatření intervencí zaměřených na cílové skupiny** v rámci projektu EUTOPA **přizpůsobeny potřebám specifických cílových skupin** a berou ohled na možnosti následné péče v různých evropských zemích. EU usiluje o optimalizaci opatření dotčených organizací, které poskytují péči zasaženým, pomocí **zvýšení transparentnosti**. Za účelem zajištění **odůvodněné následné péče** o zasažené, je nezbytností rozsáhlý **výcvik skupin příslušných odborníků**. Klíčovou aktivitou partnerů projektu EUTOPA je optimalizace střednědobé a dlouhodobé následné péče o osoby zasažené mimořádnými událostmi způsobem, který umožňuje časově citlivou a efektivní pomoc v případě událostí velkého rozsahu. V tomto projektu se to týká zejména **dlouhodobých individuálních intervencí**, jakými jsou: **screening, psychoedukace (psychoinformování), návod pro svépomoc, poradenství orientované na potřeby**, stejně jako **diferencované poradenství a psychoterapie v oblasti psychického traumatu** zaměřené na jednotlivé cílové skupiny.

Pokud jde o provádění opatření, která navazují na akutní fázi, důležité jsou zejména **otázký strukturální integrace střednědobé a dlouhodobé následné péče**. Je třeba řešit základní obtíže následné péče o oběti: opakovaně se vyskytující problémy hranic (koordinace, úkoly a vztahy organizací) a nutnosti **optimalizace přechodu z akutní péče do střednědobé a dlouhodobé následné péče**.

Zkušenosti z mimořádných událostí velkého rozsahu ukazují, že je mnohdy na místě neštěstí k dispozici velký kontingent pomáhajících, kteří nabízejí zasaženým osobám psychickou podporu. V bezprostřední době po události je tato podpora – bez ohledu na její kvalitu – často přítomna v nadbytku. **Obtíže se objevují v koordinaci pomáhajících, začlenění psychosociálních pracovníků do stávajících struktur záchranného systému, spolupráce mezi různými profesními skupinami a humanitárními organizacemi, stejně jako přechod do trvalé péče**. Jedna pracovní skupina v rámci odborných konferencí konaných v rámci projektu EUTOPA (řídili: Orenge, Schedlich, Vymětal) se zaměřovala na **problémy hranic/rozhraní při poskytování psychosociální pomoci a formulaci možných způsobů řešení**. Podle odborníků mohou být **následky nedostatků v koordinaci a integraci jednotlivých profesních skupin a strukturálních sítí** shrnuty takto:

- **Nadměrné poskytování péče a s tím spojené přetížení zasažených osob na místě.**
- **Snížené přijetí psychosociální podpory a pomáhajících pracovníků ze strany zasažených osob a veřejnosti.**
- **Nedostatečné nebo problematické poskytování nabídek pomoci přímo zasaženým osobám kvůli chybějící koordinaci zdrojů, nedostatkům v komunikaci, nedostatkům ve znalostech a v integraci struktur pomoci.**
- **Nejistota, bezmoc a vztek na straně zasažených - prožívání další ztráty kontroly. Ztráta důvěry v odpovědné úřady a autority (včetně politických).**

(Výsledky prvního odborného semináře, Kolín nad Rýnem, listopad 2007; Orengo, Schedlich, Vymětal, www.eutopa-info.eu)

V zájmu **zajištění diferencované a na potřeby orientované péče o zasažené**, je třeba realizovat strukturované diskuse o integraci a koordinaci psychosociální akutní péče (PSEC/psychosocial emergency care).

Psychosociální akutní péče (PSEC) reprezentuje celkovou strukturu **preventivních i krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých psychosociálních a podpůrných opatření** v kontextu stresujících mimořádných událostí. (PSEC) zahrnuje subjekty, jenž služby nabízejí, s principy a strukturami jejich organizace, relevantní právní podmínky jednotlivých zemí a obsahuje **nabídky následné péče, poradenství pozůstalým, krizové intervence, psychologickou první pomoc, poradenství, terapii.**

Hlavní cíle psychosociálních akutní péče jsou:

- poskytovat adekvátní podporu a pomoc zasaženým skupinám a jednotlivcům zpracovávat jejich zkušenosti,
- poskytovat prevenci a časnou detekci stresu po mimořádné události
- poskytovat vhodnou léčbu stresových poruch, a pokud jde o zasahující pracovníky zajišťovat dekontaminaci jejich psychického stresu souvisejícího s jejich nasazením.

(Srov. Helmerichs, 2007)

Užitečné opatření na **podporu přechodu z akutní do střednědobé následné péče** jsou **okamžité předání písemných informací na místě události**, stejně jako **pozdější kontakty a nabídky** osobám, jejichž adresy byly získány později. Jedním z možných řešení optimalizace střednědobých a dlouhodobých nabídek, které je rovněž podporováno mnoha evropskými odborníky a které je formulováno v nizozemských vodítkách pro psychosociální pomoc je **vytvoření jednoho centrálního koordinačního centra** (one stop shop centre) pro danou událost. Měly by být **připraveny nabídky funkčních kvalifikovaných služeb** tak, aby byly snadno dostupné. Vytvoření jednoho koordinačního centra patří do oblasti přípravy na mimořádné události a mělo by být zahrnuto v koncepčních úvahách a krizových plánech. Na evropské úrovni musí být vzájemná rozhraní identifikována za účelem **efektivní spolupráce**

mezi zeměmi při poskytování psychosociální péče při mimořádných událostech velkého rozsahu (překračujících hranice) nebo při pomoci v zahraničí.

V případě mimořádné události, musí být pro obyvatele stanovena **regionální kontaktní místa**, kde mohou zasažené osoby najít rychle nebyrokratickou podporu a zjistit informace o návazných možnostech podpory. Regionální kontaktní místa a ústřední koordinační centrum by měly být úzce spojeny s cílem efektivního využití zdrojů, které jsou k dispozici a jichž je často nedostatek. Je nezbytné, aby kromě informování zasažených osob o kontinuální pomoci přímo na místě, byli tito lidé také **informováni o možnostech následné péče a to komplexně a vícejazyčně prostřednictvím médií**. To je jediný způsob, jak zajistit, že informace se dostane ke všem potenciálně zasaženým osobám (např. lidé, kterým se bez úhony podařilo opustit rychle místo, a nejsou nikde registrováni). **Multi-disciplinární pracovníci** by měli být k dispozici (poradci pro právní, sociální a finanční otázky, poradci v oblasti psychotraumatu a psychoterapeuti) s cílem **pokrýt komplexní potřeby zasažených osob**.

V zájmu podpory spolupráce, koordinace a integrace zainteresovaných vládních a nevládních organizací, by měla být prováděna **pravidelná pracovní setkání zástupců pomáhajících organizací na státní i na evropské úrovni**.

Nedílnou součástí zajištění kvality v psychosociální péči při rozsáhlých mimořádných událostech je vytvoření **minimálních standardů odborné přípravy příslušných profesních skupin**. Ty se týkají psychosociální kvalifikace **pracovníků zasahujících v urgentní fázi neštěstí** (např. personál urgentní pastorační péče, psychologové se zaměřením na urgentní péči, týmy krizové intervence) i **pracovníků krizových linek a poradců v oblasti psychotraumatu a psychoterapeutům zaměřeným na léčbu traumatu**. Tímto způsobem, nemusí být opatření TGIP (nezávislá na rizikových faktorech) v průběhu individuální střednědobé a dlouhodobé následné péče aplikována psychology nebo psychoterapeuty se zaměřením na urgentní fázi, nicméně aplikace psychosociálního poradenství, resp. poradenství v oblasti psychotraumatu vyžaduje ještě další kvalifikaci. Klinickou diagnostiku v případě osob reálně ohrožených traumatem a psychoterapii traumatu mohou provádět pouze kliničtí psychologové, specializovaní psychoterapeuté a lékařští specialisté

(srov. též Blank und Helmerichs, 2008)

Opatření pro strukturální optimalizaci střednědobé a dlouhodobé psychosociální péče po katastrofě:

- Nastavení **ústředního koordinačního centra**, shromáždění kvalifikovaných nabídek pomoci pro střednědobou a dlouhodobou následnou péči.
- **Vytvoření regionálních kontaktních center** pro obyvatelstvo, spolu s poskytováním nabídky multidisciplinární podpory, která by měla být pokud možno dostupná po dobu několika měsíců až jednoho roku.
- **Opakované informace o možnostech** pomoci a kontakty na tyto služby poskytovat **prostřednictvím veřejnoprávních médií**.
- Používání **internetových portálů pro distribuci informací**.
- Organizace pravidelných **pracovních setkání se zástupci zapojených psychosociálních organizací** s cílem zlepšit spolupráci, koordinaci, diferenciaci úkolů a dohodnout se na zdrojích.
- **Rozvoj minimálních standardů pro kvalifikovanou odbornou přípravu** zúčastněných profesních skupin, respektující profil potřeb.
- Pokud možno předchozí **vyjasnění nákladů pokrývaných obcí, komunitami, státem**, atd.

4. Opatření Programu intervencí zaměřených na cílové skupiny (TGIP) s cílem prevence dlouhodobých poruch u osob zasažených katastrofami – souhrn

Zaměříme-li se na strukturální úvahy o optimalizaci přechodu z akutní do střednědobé péče, na opatření TGIP a nedávno formulované principy Hobfolla et al. (2007), můžeme shrnout: především **dostatečné informace o situaci, traumatickém procesu a možnostech trvalé pomoci** podporují v rámci psychoedukačních opatření **pocit relativního bezpečí, kompetence pro vyrovnání se s traumatem, kognitivní kontrolu** a tím **upevnění jistoty a pocitu self-efficacy**. Pokyny pro svépomoc jsou rovněž zaměřeny na podporu self-efficacy (vědomí vlastního vlivu/výkonnosti/účinnosti při zvládnutí). V psychodynamickém poradenství a psychoterapii traumatu je cílem usilovat o **posílení schémat kompenzace traumatu a funkcí kognitivní kontroly**, a zároveň jsou zdůrazňovány **diskrepance mezi zkušeností hrozby a kompenzačními kapacitami i osobní význam zkušenosti**. Nabídky dlouhodobé pomoci vždy obsahují **sociální nabídku** (kromě uznání zkušenosti, možnosti vytváření kontaktů a sociální integrace, které patří mezi hlavní účinné principy). Do souvislosti lze dát zkušenost s bezvědomím a zkušenost se ztrátou kontroly, self-efficacy je pak posílena a zážitek izolace může být neutralizován. Sebeobraz zasažené osoby a její vidění světa mohou být přiřazeny její zkušenosti s událostí a upraveny v průběhu zpracování traumatu. **Proces integrace upraveného obrazu sebe a světa, získání vlády nad svými činy a zážitky, zážitek sociální a instituční podpory vede k získání naděje a zaměření na budoucnost.**

5. Odkazy

Baum, A., Solomon, S. D., Ursano, R. J., Bickman, E., Blanchard, E., Green, B. L., Keane, T. M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E. M., & Steinglass, P. (1993). Emergency/disaster studies. Practical conceptual and methodological issues. In J. P. Wilson, & B. Raphael (Hrsg.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (S. 125–133). New York: Plenum Press.

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.

Bengel, J. (2007). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer

Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2000). *Schulungsmanual „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.

Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2001). *Elektronisches Schulungsmanual eReader 2.0 „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.

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. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.

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., Kamp, M., Grittner, G. & Fischer, G. (2007). *Prävention psychischer Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen und deren Angehörige. Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention*. Verfügbar unter: www.plot-info.eu

Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention psychischer Langzeitfolgen in der Allgemeinmedizinischen Grundversorgung. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.) *Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. Heidelberg: Asanger.

Blank, V. & Helmerichs, J. (2008). *Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Brockhaus, G. (2002). Die Reparatur der Ohnmacht. Zur Psychologie der politischen Reaktionen auf den 11. September 2001. *Politische Studien*, 53386, 42–60.

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. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie - MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.

Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Walther.

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.

Helmerichs, J. (2007). Psychosoziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In F. Lassoga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 371–389). Berlin: Springer.

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. Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care. (Hrsg.). (2007).

Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events. Verfügbar unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl>.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.

Kaiser, C. R., Vick, S. B. & Major, B. (2004). A Prospective Investigation of the Relationship Between Just-World-Beliefs and the Desire for Revenge After September 11, 2001. *Psychological Science*, 15 (7), 503–505.

Lasogga, F. & Gasch, B. (2007). *Notfallpsychologie*. Springer, Heidelberg

McFarlane, A. C. (1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9), 599–600.

Melik, M. (1978). Live changes and illness: Illness behaviors of males in the recovery period of a natural disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 335–342. National Collaborating Centre for Mental Health, London (2005).

Clinical Guideline 26 - Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>.

Norris, F. H., Friedman, M. J. & Watson, P. J. (2002). 60.000 Disaster Victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65 (3), 240–260.

Norris, F. H., , , & . (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Friedman, M. J. Watson, P. J. Byrne, C. M. Diaz, E. Kaniasty, *Psychiatry*, 65 (3), 207–239.

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.

Pieper, G. (2005). *Hilfen für Opfer von Katastrophen und gezielter Gewalt. Ein Konzept zur Psychotraumatologischen Versorgung*. Unveröffentlichte Dissertation. Albert-Ludwig-Universität, Freiburg.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

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

Schützwohl, M. (2000). Frühintervention nach traumatischen Erfahrungen: ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68 (9), 423–430.

Shapiro, E. R. (2002). Family Bereavement After Collective Trauma: Private Suffering, Public Meanings, and Cultural Contexts. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), 81–82.

Torabi, M. R. & Seo, D.-C. (2004). National Study of Behavioral and Life Changes Since September 11. *Health-Education-and-Behavior*, 31 (2), 179–192.

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