

## **Výzkumná studie**

# **Časná psychosociální intervence po katastrofách, teroristických a dalších šokujících událostech: vývoj vodítek**

Hans Te Brake, PhD, Michel Dückers, PhD, Maaïke De Vries, PhD, Magda Rooze, MSc, MBA, Impact, Nizozemské znalostní a poradenské centrum pro psychosociální péči po neštěstích, Amsterdam

Daniëlle Van Duin, MSc, Trimbos, Nizozemský institut pro duševní zdraví a závislosti, Utrecht

Cor Spreeuwenberg, MD, PhD, Škola výzkumu Caphri, Univerzita v Maastrichtu, Nizozemí

## **Abstrakt**

Přestože většina osob zasažených katastrofou, teroristickými útoky nebo jinými šokujícími událostmi se uzdraví sama, u značného množství zasažených se rozvíjí dlouhodobé problémy spojené s katastrofou. Zasažené osoby by měly obdržet včasnou a odpovídající psychosociální pomoc. Tento článek popisuje vývoj vodítek pro psychosociální intervenci v průběhu prvních 6 týdnů po rozsáhlém incidentu. Pro formulaci doporučení byly využity vědecká literatura, znalecké posudky a shoda mezi relevantními stranami v klinické oblasti. Jsou zmíněny časný screening, podpůrný kontext, včasné preventivní a léčebné psychosociální intervence a také organizace jednotlivých intervencí. Jsou diskutovány důsledky pro klinickou oblast a budoucí výzkum. Je zřejmé, že mezinárodní znalostní báze poskytuje cenné podklady pro vypracování národních směrnic. Ale úspěšná realizace těchto vodítek může proběhnout pouze v případě, že jsou legitimizována a přijata místními klíčovými aktéry a funkčními cílovými skupinami. Jejich zapojení do průběhu procesu vývoje je velmi důležité.

## **Klíčová slova**

medicína katastrof, plánování pro případ katastrof, posttraumatická stresová porucha, praktické pokyny, sociální podpora, péče po teroristickém útoku

## **Úvod**

Katastrofy, terorismus a další šokující události mají hluboký vliv na životy lidí. Ačkoli výzkum prokázal, že většina zasažených těmito událostmi se uzdraví sama, u značného množství zasažených se rozvíjí dlouhodobé problémy spojené s katastrofou (Norris et al., 2002). Nedávné katastrofy v Nizozemí ukázaly, že psychosociální a zdravotní následky katastrof mohou někdy trvat roky. To podtrhuje nutnost včasné a odpovídající psychosociální pomoci pro katastrofou dotčené osoby.

V Nizozemsku je po šokujících událostech nabízena podpora ve fázi akutního psychického traumatu různými poskytovateli péče (tj. profesionálové a dobrovolníci, neziskové a komerční organizace). Bez ohledu na množství lidí, kteří poskytují psychosociální péči, by péče sama o sobě měla být nabídnuta v souladu s nejnovějšími postupy, které se ukázaly jako účinné. Nicméně, v některých otázkách existuje rozpor mezi výsledky vědeckých studií o účinnosti časných psychosociálních intervencí a tím, co se skutečně děje v praxi. Existují debaty o

načasování, kdy by měla časná psychosociální intervence začít, kdo by ji měl vykonávat, aby byla co neúčinnější a jaké metody by měly být používány. Odpovědi na podobné otázky často závisí na názorech organizací, jednotlivých humanitárních pracovníků a někdy i na obchodních zájmech. Ve výsledku je péče často poskytována mnoha různými způsoby a zasaženým není vždy k dispozici „nejnovější“ péče.

Odborná veřejnost potřebuje srozumitelnost. V reakci na tuto potřebu byla v Nizozemí vytvořena multidisciplinární vodítka pro časnou psychosociální intervenci po katastrofách, teroristických akcích nebo dalších šokujících událostech. Vodítka jsou prostředkem jak poskytovat pomoc v souladu s nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a na základě (systematicky sbíraných) praktických zkušeností. Poskytují odpovědi na otázku: „Co (ne) dělat.“ během prvních 6 týdnů po katastrofě, teroristickém útoku nebo jiné šokující události. Doba 6 týdnů byla zvolena proto, že: (i) v průběhu tohoto období je nabízena většina časných intervencí, a (ii) je známo, že když stresová reakce zmizí „sama“, bude to během prvních 6 týdnů. Cílem tohoto článku je shrnout postup, jakým byl tento holandský standard pro psychosociální péči vytvořen a poskytnout přehled o vodítcích.

## **Metoda**

Pro vytvoření vodítek byl založen multidisciplinární národní panel odborníků (dále jen Panel), skládající se z 21 členů. V Panelu byli zástupci pěti hlavních sdružení nizozemské zdravotní péče a dalších 13 asociací a organizací, které se podílí na časné psychosociální intervenci (přehled těchto organizací je v dodatku č.1). Prvotní otázky byly formulovány na základě zkušeností s překážkami v každodenní péči po katastrofách. Tyto otázky byly zodpovězeny za použití příslušných vědeckých studií spolu s dalšími, více praktickými, zkušenostmi členů Panelu. Použití této metodologie vedlo k závěrům, které lze považovat za „založené na praxi“. I když jsou vodítka zaměřena na psychosociální péči po velkých katastrofách, použitá literatura čerpala z akcí menších měřítek. Panel považoval tuto literaturu pro vypracování vodítek za vhodnou, vzhledem k srovnatelnosti účinků událostí v malém a velkém měřítku a absenci studií, které prokazují opak.

Byly provedeny systematické rešerše se zaměřením na publikace mezi lety 1995 a 2006 (doplněny o „klíčové články“ z doby před rokem 1995). Literatura byla čerpána z různých zdrojů: National Guidelines Clearinghouse a Guideline International Network, databáze Cochrane o „systematickém hodnocení“ z Cochrane Library až do roku 2006, Medline (PubMed), PsycINFO a Pilots. Hledání bylo zaměřeno na vodítka založená na zkušenostech pro časnou psychosociální intervenci po katastrofách a soustředilo se na systematické hodnocení nebo meta-analýzy, s vyhledáváním výrazů jako „katastrofy“, „terorismus“, „akutní posttraumatický stres“, „akutní psychologické intervence“, „krizová péče“, „krátké intervence“ a „debriefing“. Kromě toho byly získány relevantní články z bibliografie vybraných článků.

Kvalita nalezených vodítek byla vyhodnocena pomocí nástroje AGREE (AGREE Collaboration, 2001). Kvalita vybraných článků byla poprvé klasifikována na základě jejich metodologického návrhu, v rozpětí od úrovně A až po úroveň D (viz tabulka 1). Klasifikace metodologické kvality, jak je znázorněna v tabulce 1, není zcela použitelná pro studium psychologických intervencí, protože tyto nemohou být provedeny dvojité naslepo. Proto byly jedno slepé, randomizované kontrolní studie přiděleny úrovni A. Dalším krokem bylo stanovení na úrovni důkazů, a to od úrovně 1 do úrovně 4 (viz tabulka 2).

Na „důkazech založené“ závěry vycházely z dostupných důkazů v literatuře a dalších úvah Panelu. Tyto závěry byly následovány doporučeními. S cílem dospět k doporučením byly vzaty v úvahu další aspekty, včetně volby obětí, nákladů, dostupnosti a organizačních hledisek. Bohužel, některé prvotní otázky nebylo možné uspokojivě odpovědět kvůli nedostatku jednomyslných důkazů. U těchto témat Panel doporučil další výzkum.

**Tabulka č. 1. Klasifikace metodologické kvality jednotlivých studií**

Úroveň	Intervence	Diagnostická přesnost studie	Poškození nebo vedlejší efekty, etiologie a prognóza
A1	Systematický přehled alespoň dvou studií na úrovni A2 provedených nezávisle na sobě		
A2	Randomizovaná, dvojitě naslepo provedená srovnávací klinická studie v dobré kvalitě a v dostatečné velikosti	Studie ve vztahu k referenčnímu testu („zlatý standard“) s předem definovanými cut-off (ostře řezanými) body a nezávislým hodnocením výsledků testu a zlatého standardu, týkající se dostatečně velké série po sobě následujících pacientů, z nichž všichni měli index a referenční test	Případná studie kohorty o dostatečné velikosti a pokračování, ve které došlo k adekvátní kontrole „matoucích“ faktorů a následné selektivní pokračování bylo dostatečně vyloučeno.
B	Srovnávací studie, ale ne s charakteristikami studií z úrovně A2 (toto zahrnuje kontrolní studie pacientů, studie kohort)	Studie ve vztahu k referenčnímu testu, ale ne se všemi charakteristikami z úrovně A2	Případná studie kohorty, ale ne se všemi charakteristikami z úrovně A2 nebo retrospektivní studie kohorty nebo kontrolní studie pacientů
C	Nesrovnávací studie		
D	Názory expertů		

**Tabulka č. 2: Úroveň důkazů ze závěrů**

Závěr	Základ
1	Úroveň studie A1 nebo alespoň dvě studie na úrovni A2 prováděny nezávisle na sobě
2	Jedna studie úrovně A2 nebo alespoň dvě studie na úrovni B provedené nezávisle na sobě
3	Jedna studie na úrovni B nebo C
4	Názor expertů

**Obsah vodítek**

Obsah vodítek byl rozdělen do pěti témat: (i) screening, (ii) podporující kontext, (iii) preventivní časné intervence, (iv) léčebné preventivní intervence a (v) organizace. V následující části jsou shrnuty závěry Panelu spolu s uvedením jejich konkrétní důkazní úrovně. Pokud je to vhodné, jsou výsledná doporučení také popsána (přehled všech doporučení lze nalézt v tabulce 3).

**Tabulka č. 3 Doporučení z panelu**

Číslo	Doporučení
<b>S ohledem na cíle časných psychologických intervencí:</b>	
0	Časné psychosociální intervence slouží k těmto účelům: (i) ke stimulaci přirozené obnovy a využívání přirozených zdrojů, (ii) k identifikaci osob zasažených katastrofou, terorismem, nebo jinými šokujícími událostmi, kteří potřebují akutní psychosociální péči, a (iii) v případě potřeby doporučení a léčba zasažených a osob, které potřebují akutní psychosociální péči.
<b>S ohledem na screening:</b>	
1	I přes některé důkazy, žádné brzké sledování těch zasažených, kteří mají vysoké riziko PTSP za použití PTSP dotazníků.
2	Screeningové nástroje, které nejsou v holandštině (obvykle jsou v anglickém jazyce) by měly být přeloženy a následně by měla být provedena validizace mezi zasaženými Holanďany; ověření musí být provedeno v nizozemské populaci u lidí postižených katastrofami, terorismem, nebo jinými šokujícími událostmi.
3	V případě již existujících duševních poruch by měla být stanovena správná diagnóza a zahájena léčba.
4	Žádné brzké sledování těch zasažených, kteří mají vysoké riziko PTSP, je-li stanovena ASR jako prediktor, ale doporučuje se naplánovat si následné setkání pro další pozorování.
5	Další studie u obyvatel zasažených katastrofami, terorismem nebo jinými šokujícími událostmi týkající se možného použití screeningových nástrojů, které jsou založeny na zkoumání rizikových faktorů.
6	Další studie o efektivitě screeningu po traumatických událostech u širší populace.
7	Po šokující události, je-li rozhodnuto, aby byly pozorovány děti a adolescenti pro příznaky ASR, měly by být informace získávány od obou skupin, tj. dětí i rodičů/pečujících.
8	Další studie na nejvhodnější dobu pro screening po katastrofě, terorismu, či jiné šokující události.

- 9 Další studie na potenciálně negativní účinky na screening obětí katastrof, terorismu a jiných stresujících životních událostí.

**S ohledem na podporující kontext:**

- 10 Po katastrofě, terorismu či jiné šokující události, je nabízen podporující kontext, který se skládá z: (i) naslouchání, podpory, útěchy a otevřenosti k bezprostředním praktickým potřebám zasažených, (ii) věcných a aktualizovaných informací o šokující události, (iii) mobilizace sociální podpory ze sociálního prostředí zasažených osob, (iv) spojení s blízkými lidmi a udržení rodin pohromadě, a (v) ujištění pro ty zasažené, kteří projevují běžné stresové reakce.

**S ohledem na časné preventivní psychosociální intervence:**

- 11 Po katastrofě, terorismu či jiné šokující události jsou informace nabízeny všem zasaženým a měly by sestávat z: (i) uklidňujícího vysvětlení o normalnosti reakcí, (ii) znalostí, kdy si požádat o pomoc a (iii) poradenství zasaženým, aby mohli řešit své každodenní úkoly.
- 12 Nenabízejte preventivní psychoedukaci.
- 13 V akutní fázi mají vyškolení dobrovolníci, prvotní pomáhající a humanitární pracovníci, se sekundárními pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví v pozadí, úlohu v oblasti psychologického třídění (triage) s cílem určit ty zasažené, kteří trpí duševními poruchami a/nebo závažnými klinickými příznaky, které vyžadují diagnostiku a/nebo léčbu. Psychologické třídění často probíhá v akutní fázi, ale může k němu také dojít v průběhu období, na které se vodítka vztahují (prvních 6 týdnů) (např. když se osoba, která byla zasažena radí s pomáhajícím pracovníkem).
- 14 U psychologického třídění (triage), musí být rozlišováno mezi: (i) zasaženými, kteří nemají duševní poruchy a/nebo závažné klinické příznaky (největší skupina zasažených, většina se zotaví v dohledné době sama o sobě a v období prvních 6 týdnů; v případě potřeby mohou být ujištěni a obdržet malé množství informací), (ii) zasaženými osobami, které by mohly mít psychické poruchy a/nebo závažné klinické příznaky (malé množství informací musí být rovněž dáno této skupině, kromě toho musí pečující zajistit následné setkání se zasaženými), a (iii) těmi zasaženými, kteří mají duševní poruchu a/nebo závažné klinické příznaky (v této skupině jsou patrné klinické problémy a správná diagnostika a/nebo léčba by měly být nabídnuty okamžitě).
- 15 Vyvarování se jednorázového psychologického debriefingu (včetně CISD), s cílem zabránit PTSP a dalším psychickým problémům zasažených.
- 16 Žádný psychologický debriefing (včetně CISD) pro členy záchranných služeb.
- 17 Podpora ze strany kolegů (peer support) přispívá k podpůrnému kontextu, protože může poskytnout praktickou a emocionální podporu a podpořit používání sociálních zdrojů na podporu zasažených osob.
- 18 Nespokytování CISMu široké populaci.
- 19 Další studie o efektivitě CISMu.
- 20 Další studie o efektivitě první psychologické pomoci.
- 21 Vyvarování se jednorázového psychologického debriefingu (včetně CISD), s cílem zabránit PTSP a dalším psychickým problémům u zasažených dětí.
- 22 Další studie o efektivitě strukturovaného podpůrného dotazníku (structured relief protocol) jako preventivní intervence u dětí.

**S ohledem na časné léčebné psychosociální intervence:**

- 23 Léčba na trauma zaměřenou KBT pro ty zasažené, kteří mají ASR nebo těžké příznaky PTSP v prvním měsíci po šokujícím zážitku.
- 24 Relaxace by měla být nabízena pouze jako součást KBT, ne jako (na trauma nezaměřená) intervence sama o sobě.

- 25 Další studie o efektivitě EMDR jako metodě časné léčebné intervence v prvních 6 týdnech po stresující životní události.
- 26 V případě poruch spánku jako následek traumatu, může být zvažováno nasazení farmak (pro medikamentózní léčbu poruch spánku, depresivních nebo úzkostných poruch Panel odkazuje čtenáře na stávajících pokyny).
- 27 Zaměstnavatel by měl nabídnout poradenství (které má být prováděno odborníkem nebo vyškoleným dobrovolníkem), pokud se šokující událost stala na pracovišti.
- 28 Léčba na trauma zaměřenou KBT pro děti > 7 let věku s těžkými příznaky akutního posttraumatického stresu a/nebo ASR v prvním měsíci po šokující události.
- 29 Další studie o efektivitě EMDR jako metodě časné léčebné intervence u dětí.
- 30 Další studie o farmakologické léčbě při intervencích u dětí.
- 31 Kontaktujte pravidelně etnické menšiny a v případě potřeby i kulturně odlišné skupiny: kulturně specifické prvky se mohou skládat z poskytování informací v mateřském jazyce a zahrnovat klíčové osobnosti z etnických menšin.
- S ohledem na organizaci časné psychosociální péče:**
- 32 Časné psychosociální intervence by měly být prováděny lidmi, kteří jsou vyškoleni/dostali zvláštní instrukce.
- 33 Kolektivní časné intervence tvoří podstatnou součást integrovaného balíčku postkatastrofické psychosociální péče, a proto by mělo být zajištěno jejich používání.
- 34 Po dobu prvních 6 týdnů po katastrofě by měl být zajištěn dobrý podpůrný systém.
- 35 Informacím je dáno pevné místo v různých plánech politik tak, aby vše hladce běželo.
- 36 Implementace těchto všeobecných multidisciplinárních vodítek mezi profesionály.
- 

ASR (akutní stresová reakce); KBT (kognitivně-behaviorální terapie); CISD (critical incident stress debriefing); CISM (critical incident stress management); EMDR (desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování); PTSP (posttraumatická stresová porucha).

Vědecká literatura se neshoduje v cílech časné psychosociální intervence po katastrofách. Panel uznává, že časná psychosociální intervence by měla být poskytována k zajištění duševní pohody dotčených osob a zabránit psychopatologii. Proto Panel došel k závěru, že by psychosociální intervence měla dosáhnout těchto cílů: (i) podpora přirozeného zotavování se a využívání přirozených zdrojů, (ii) identifikace zasažených, které potřebují akutní psychologickou pomoc, a (iii) předání a léčba zasažených, kteří potřebují akutní psychologickou pomoc (důkazní úroveň 4).

### Screening (doporučení 1–9)

Je důležité rozlišovat mezi screeningem, tříděním (triage) a detekcí. Screening znamená systematicky vyhledávat ve specifických cílových skupinách obyvatelstva nemoc, která se ještě neprojevila. Naopak třídění (triage) slouží k identifikaci zasažených, kteří potřebují akutní péči. Detekce je široký pojem, je zaměřena na bdělost k možnému výskytu nemoci, aniž by došlo ke konkrétnímu posuzování celé cílové populace. Panel se nedomnívá, že by byl screening, na základě dotazníků posttraumatické stresové poruchy (PTSP), užitečný. Existují některé slibné výsledky na časný záchyt PTSP (důkazní úroveň 2: Brewin et al., 2002; Silove et al., 2003), ale tyto studie musí být zopakovány u populace zasažených neštěstím.

Odborná literatura se neshoduje na prediktivní hodnotě akutní stresové reakce (ASR) pro existenci PTSP (důkazní úroveň 3). V mnoha případech jsou stresové reakce v průběhu prvního měsíce chápány jako "normální reakce na nenormální události". Rovněž je nutný další výzkum zaměřený na účinnost screeningových nástrojů založených na rizikových

faktorech. Ačkoliv existují studie, které ukazují jasné rizikové faktory pro PTSP, ale jejich prediktivní hodnota je příliš malá, aby mohly být použity v praxi (důkazní úroveň 1: Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; důkazní úroveň 3: Wohlfarth et al., 2002; Winkel et al., 2004).

Screening akutního stresového syndromu u dětí byl proveden s částečným úspěchem (důkazní úroveň 3: Chemtob et al., 2002). Nicméně, rodiče a odborníci ve školách jsou často vůči dětem ochranitelští a tak je pochopitelné, že odolávají "lidem zvenku", kteří chtějí získat informace o dětech a od dětí. Panel doporučuje, aby pokud po šokující události bylo rozhodnuto o screeningu dětí a dospívajících na příznaky ASR, byly informace získávány od obou skupin - dětí a rodičů/pečovatelů.

Panel rovněž vzal v úvahu případné negativní vlivy na proces screeningu, jako například "medikování" lidí, kteří trpí akutními příznaky stresu jako součást normálního procesu. Také může screening produkovat falešně pozitivní a falešně negativní výsledky. Kromě toho náklady a množství organizací zapojených do screeningu velkých skupin zasažených lidí pravděpodobně neodpovídá získanému užítku ve výsledcích zdravotní péče. Na závěr je třeba uskutečnit více výzkumů týkajících se nejuvhodnější doby, po kterou je screening potřeba.

Celkově lze říci, že Panel doporučuje, aby v současné době neprobíhal screening v průběhu prvních 6 týdnů po katastrofě. Nicméně, během tohoto období je třeba vynaložit veškeré úsilí k identifikaci zasažených, kteří potřebují přímou psychologickou pomoc. Správná diagnóza a léčba musí být neustále k dispozici.

### **Podporující kontext (doporučení 10)**

Existuje všeobecná shoda o hodnotě nabízení podporujícího kontextu (důkazní úroveň 4). Nabídka útěchy, informací, podpory a pozornost k okamžitým praktickým a emocionálním potřebám hrají významnou roli při zvládnání zasažených v akutní fázi (Litz et al., 2002). Praktická a sociální podpora hraje důležitou roli v zotavování se z příznaků PTSP, a to zejména bezprostředně po incidentu (NICE, 2005). Na základě těchto a dalších důvodů (např. Parker et al., 2006), Panel doporučuje, aby byl podporující kontext poskytován. Skládá se z: (i) poslouchání, podpory, útěchy a otevřenosti k bezprostředním praktickým potřebám zasažených, (ii) věcných a aktualizovaných informací o incidentu, (iii) mobilizace sociální podpory ze sociálního prostředí zasažených osob, (iv) spojení s blízkými lidmi a udržení rodin pohromadě, a (v) ujištění pro ty zasažené, kteří projevují běžné stresové reakce.

Aktivní přístup by měl být přednost, a to jak v akutní fázi, tak i poté (tj. humanitární pracovník by neměl čekat, až zasažení sami od sebe "přinesou své problémy"). Podporující kontext může být usnadněn tím, že umožníme zasaženým dostat se do kontaktu s ostatními, kteří byli také zasaženi nebo kteří mají podobné zkušenosti. Tyto kontakty mohou být organizovány prostřednictvím svépomocných skupin nebo skupin lidí s podobnými zkušenostmi. U dětí musí být poskytování podporujícího kontextu prováděno prostřednictvím dospělých a sociálních sítí, které jsou dítěti blízké (zpravidla škola nebo jiné, např. sportovní organizace).

Pojem podporujícího kontextu může být považován pro tato vodítka za klíčový. Panel expertů stanovil, že podporující kontext musí být k dispozici a dosažitelný po celé období prvních 6 týdnů. To je základem, z něhož vychází další psychosociální intervence. Mohou být rozlišovány dva druhy časné psychosociální intervence: preventivní a léčebné zásahy. Ty jsou popsány v následujících oddílech.

## Časné preventivní psychosociální intervence (doporučení 11–22)

Panel rozlišuje následující témata preventivních časných intervencí: (i) nabízení všeobecných informací, (ii) psychologické třídění (triage), (iii) psychologický debriefing, a (iv) ostatní metody časné intervence. Při zvážení hodnoty poskytování všeobecných informací zasaženým panuje všeobecná shoda, že jsou nutné (důkazní úroveň 4). Tyto informace by měly obsahovat uklidňující vysvětlení o normálnosti reakcí, popis signálů, kdy vyhledat pomoc a rady, jak pokračovat v každodenních úkolech. Pro děti by měly být informace upraveny jejich úrovni porozumění a zkušeností.

Poskytování obecných informací by nemělo být zaměňováno s psychoeducací. Psychoeducace se skládá ze strukturované (často opakované), informace a školení zasažených osob. Jejím cílem je přinést změny v chování souvisejícím s traumatem. Neexistuje žádná vědecká podpora účinnosti takové preventivní psychoeducace (důkazní úroveň 1: např. Ehlers et al., 2003; NICE, 2005; Turpin et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007). Proto Panel nedoporučuje nabízet preventivní psychoeducaci tak jak je popsána výše.

Kromě poskytování obecných informací, mají v akutní fázi svou úlohu také vyškolení dobrovolníci, prvotní pomáhající a humanitární pracovníci, a to v psychologickém třídění (triage). Psychologické třídění (triage) se skládá z identifikace zasažených s duševními poruchami a/nebo se závažnými klinickými příznaky, které vyžadují diagnostikování a/nebo léčbu. To znamená, že i dobrovolníci a profesionálové musí mít odborný trénink s cílem rozpoznat klinické příznaky. Důkazy o účinnosti psychologického třídění (triage) nejsou k dispozici. Obecně platí, že Panel doporučuje, aby odborníci a další osoby jako např. partneři zasažených, supervizoři, zaměstnanci škol) po dobu prvních 6 týdnů pečlivě zasažené pozorovali. Když jsou zpozorovány zřejmé klinické problémy, měla by být nabídnuta přímá a přesná diagnostika a léčba (důkazní úroveň 4).

Psychologický debriefing je třetím preventivním zásahem. Může být popsán jako standardizovaná krizová intervence, jejímž cílem je zabránit a snížit nepříznivé psychologické účinky traumatických událostí. Psychologický debriefing má mnoho různých forem, ale je často chápán jako jednorázová, polostrukturovaná intervence. Bylo prokázáno, že psychologický debriefing po šokující události není účinný v prevenci PTSP a ostatních psychických problémů a že i jedno sezení dokonce může mít škodlivé účinky (důkazní úroveň 1: např. Van Emmerik et al., 2002, Lewis, 2003; Aulagnier et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007). Důkazy nepodporují ani používání psychologického debriefingu u dětí (Stallard et al., 2006). S cílem zabránit PTSP a jiným psychiatrickým problémům u zasažených osob, Panel doporučuje vyhýbat se jednorázovým psychologickým debriefingům.

Další dostupné metody časné intervence jsou critical incident stress management (CISM) a "psychologická první pomoc", modulární časná intervence vytvořená Národním centrem pro posttraumatickou stresovou poruchu. Neexistují žádné náznaky, že CISM skutečně předchází rozvoji chronických psychických poruch (důkazní úroveň 1: např. Everly et al., 2002, Roberts & Everly, 2006). U modulu psychologické první pomoci, ačkoliv je nadějný a vědecky opodstatněný, zatím není ve vědeckých studiích dostatečně prokázáno, že je účinný. Proto Panel doporučuje další studie účinnosti u CISMu a u psychologické první pomoci.



## Časné léčebné psychosociální intervence (doporučení 23–31)

Vodítka pro časné léčebné zásahy jsou omezeny na intervence, které mohou být nabízeny během prvních 6 týdnů po katastrofě. Délka léčby u většiny běžně se vyskytujících postkatastrofických situací (např. úzkostné poruchy, depresivní poruchy, akutní stresová reakce, PTSP) sahá daleko za 6 týdnů. Kromě toho může být PTSP diagnostikována za 4 týdny od stresujícího životního zážitku (Americká psychiatrická asociace, 1994). Dále je léčba pro tyto situace podrobně popsána v existujících holandských multidisciplinárních vodítkách.

Kombinace kognitivních a behaviorálních léčebných postupů se nazývá kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Výzkum ukazuje, že krátká, na trauma zaměřená KBT během několika prvních týdnů po šokující události vede ke snížení příznaků PTSP po několik následujících měsíců (důkazní úroveň 1: André et al., 1997; Bryant et al., 1998; Bisson et al., 2004; Foa et al., 2006; Sijbrandij et al., 2007; důkazní úroveň 2: Bryant et al., 1999, 2005). Vedle toho výzkum Bryant et al. (1998) a Echeburua et al. (1996) ukázal, že relaxace (tj. řízené snižování úzkosti jako jsou dechová cvičení, svalová relaxace a "mluvení se sebou"), nemá sama o sobě žádnou přidanou hodnotu pro KBT zaměřenou na trauma (důkazní úroveň 4).

Desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování (EMDR) je psychoterapeutický postup, který je zaměřen výslovně na léčbu PTSP a jiných úzkostných poruch po šokujících událostech. Bez ohledu na přibývající důkazy o EMDR jako metodě účinné léčby chronické PTSP (např. Maxfield & Hyer, 2002; Seidler & Wagner, 2006), neexistuje dosud dostatek vědeckých důkazů pro používání EMDR během prvních 6 týdnů po stresující životní události (důkazní úroveň 3: Silver et al., 2005).

Výzkum je také nejednoznačný v použití farmakoterapie jako časné intervence, i když odborníci jsou toho názoru, že farmakoterapie by mohla být zvažována v akutních fázích PTSP pro léčbu poruch spánku (důkazní úroveň 4: NICE, 2005). Mimo to existují náznaky, že benzodiazepiny nejsou vhodné pro léčbu ASR (důkazní úroveň 3: Gelpin et al., 1996). K provádění léčby depresí a úzkostných poruch pomocí léků Panel odkazuje na stávající vodítka.

Intervence na pracovišti jsou zásahy, které se uskuteční po šokující událostech, které se staly na pracovišti. Existují náznaky, že intervence na pracovišti vedou k významnému snížení psychických problémů (důkazní úroveň 3: Boscarino et al., 2005), ale není zcela jasné, které z nich jsou nejúčinnější (důkazní úroveň 4: Devilly & Cotton, 2003). Panel doporučuje, aby zaměstnavatelé po šokující události, která se stala v práci, poradenství nabízeli.

Časné léčebné intervence u dětí s klinicky zjevnými problémy by se měly skládat z několika následných setkání (důkazní úroveň 3: de Roos & Eland, 2005). Ačkoliv je potřeba dalších studií, existují náznaky, že KBT zaměřená na časné trauma je efektivní léčebnou metodou u dětí > 7 let se závažnými příznaky PTSP (důkazní úroveň 4). Neexistuje žádný empirický důkaz pro použití EMDR jako časné léčebné intervence u dětí a dospívajících (důkazní úroveň 4). Panel se domnívá, že důkazy o použití farmakoterapie u dětí jsou příliš omezené, aby mohla být farmakoterapie doporučena.

Národnostní menšiny, které jsou postiženy katastrofou, je třeba kontaktovat pravidelně a dle potřeby i kulturně specificky. Zasažené osoby z různých kultur jsou podobné ve vyjadřování

příznaků, které jsou spojeny s PTSP, stresem a úzkostnými poruchami (důkazní úroveň 3). Podle názoru odborníků, kulturně specifické prvky sestávají z poskytování informací v mateřském jazyce a zapojení klíčových osob z etnických menšin.

### **Organizace (doporučení 32–36)**

Psychosociální péči po katastrofách je třeba integrovat do stávajících postupů krizového řízení a měla by být nabízena tak často jak je to jen možné. I když existují náznaky, že časné intervence by měly být prováděny vyškolenými pomáhajícími osobami (důkazní úroveň 4: Arendt & Elklit, 2001), vzhledem k pestrosti těchto pomáhajících (dobrovolníci, praktičtí lékaři, sociální pracovníci a pracovníci zasahujících složek, kteří jsou nasazeni po šokující události), Parker et al. (2006) argumentoval, že je nereálné, aby byli všichni trénováni v celém rozsahu časné intervence. Místo toho navrhl řadu kompetencí, které by pracovníci v sektoru veřejného zdraví měli umět: (i) aktivně naslouchat, (ii) stanovovat priority a reagovat na potřeby zasažených osob, (iii) rozpoznat drobné psychické problémy a poskytnout o nich informace, (iv) rozpoznat potenciálně závažné psychické problémy a poskytnout o nich informace, (v) předat techniky jak nakládat s ASR, (vi) rozpoznat rizikové faktory se špatným výsledkem pro duševní zdraví a snížit tyto rizikové faktory prostřednictvím větší informovanosti, (vii) rozpoznat a využít formálních i neformálních zdrojů pro interpersonální podporu, a (viii) předat zasaženou osobu do existujícího systému péče o duševní zdraví.

Panel doporučuje vytvoření informačního a poradenského centra v týdnu po katastrofě. Jeho hlavní aktivity jsou: (i) oslovit a udržet kontakt se všemi zasaženými (dosah), (ii) shromažďovat všechny otázky od zasažených, (iii) formulovat odpovědi na tyto otázky, (iv) sledovat stav zasažených osob, a (v) poskytovat rady ohledně pomoci, kterou zasažení hledají. Kromě toho by měly podporovány a umožněny podpůrné skupiny zasažených. V některých postkatastrofických situacích je doporučováno, aby byly vytvořeny týmy specialistů na duševní zdraví, skládající se z lidí vyškolených v určitých formách léčby na základě potřeb zasažených osob. Tím, že humanitární pracovníci se budou podílet na zásahu ne více než 2-3 dny v týdnu, lze se vyhnout sekundární traumatizaci humanitárních pracovníků a "jednotvárnosti" samotné práce. Posuzování zdravotního stavu je potřebné pro sledování zdraví dotčených osob, a na základě těchto hodnocení může být podpora přímo zaměřena odpovídajícím způsobem.

### **Diskuze**

Tyto pokyny pro časnou psychosociální intervence poskytují poprvé nizozemský národní standard pro to, co dělat během prvních 6 týdnů po katastrofě, teroristickém útoku nebo jiné šokující události. Mohou být použity jako základ pro (místní a národní) politiky a protokoly. Ačkoliv byla provedena rozsáhlá rešerše literatury, značný počet doporučení je založen zejména na názorech a shodách mezi pracovníky ve zdravotnictví, v kombinaci s národním panelem expertů. Tento nedostatek vědeckých podkladů by však neměl být vnímán jako omezení. Jak jsme již upozornili, odborná veřejnost potřebuje srozumitelnost. Současná vodítka zmírňují tuto potřebu tím, že poskytují standard, ke kterému se příslušné vnitrostátní organizace zavázaly. Kromě toho, holandská vodítka v sobě zahrnují "výzkumný program" zjišťováním témat ze současné praxe, která potřebují další vědecká zkoumání. Bohužel, většina publikované literatury se zaměřuje na PTSP jako na nejvíce relevantní výsledek. Řadě dalších možných výsledků u svědků šokujících událostí je věnováno mnohem méně pozornosti, to znamená: depresivní poruchy, úzkostné poruchy, nevysvětlitelné fyzické obtíže a zneužívání návykových látek.

Poznámka na závěr: žádná vodítka by nikdy neměla sloužit jako trvalý zlatý standard. Místo toho je třeba je aktualizovat a zdokonalovat, pokud jsou zjištěny nové názory a vědecké poznatky.

Potřeba snížit rozdíly a zlepšit kvalitu psychosociální péče, za použití relevantních existujících důkazů, je uznávána i mezinárodně. V roce 2007 publikovalo australské Centrum pro posttraumatické duševní zdraví „Pokyny pro léčbu dospělých pacientů s akutní stresovou reakcí a posttraumatickou stresovou poruchou“. V roce 2005 byly představeny vodítka NICE pro PTSP. Systematické srovnání těchto nezávisle vyvinutých vodítek by mohlo být zajímavé. Vysoká úroveň podobností v doporučené léčbě a podpůrných intervencí by znamenala, že situace v různých zemích je analogická, jde-li o psychosociální potřeby obětí a použitelnost a vhodnost psychosociálních zásahů. Účinné zavádění vodítek v dané zemi by pak automaticky vedlo ke snížení mezinárodní variace. Je zajímavé, že první pokus o takové srovnání provedl Taal (2008), a zjistil velké překrytí vědecké literatury a závěrů mezi australskými a nizozemskými vodítky. Ve stejném duchu se Evropská síť pro traumatický stres pokusila systematicky přezkoumat důkazy o managementu posttraumatického stresu pro oběti přírodních a jiných katastrof (Evropská síť pro traumatický stres, 2009).

Míra, do jaké pokyny jsou schopny naplnit své cíle - snížení variací v poskytované péči - v konečném důsledku závisí na ochotě pomáhajících pracovníků, profesionálů a dobrovolníků, nakolik postupují v souladu s doporučeními. Jakmile tyto skupiny nemají zkušenosti s „vlastnictvím“ vodítek, nebo s účelem, s jejich použitelností, nebo je obsah těchto pokynů jakýmkoliv způsobem podrobně přezkoumáván, vyhlídky na postupování podle vodítek jsou minimální. Nizozemská vodítka byla přijata všemi 18 klíčovými organizacemi (kromě 1) uvedenými v dodatku číslo 1. Tím je zajištěna v této oblasti legitimita vodítek. Kromě toho musí doporučené intervence přinášet jasné výhody, musí být poměrně jednoduché na pochopení, ihned k použití, a - jakkoli paradoxní se to může zdát - nesmí příliš silně narušovat stávající praxi (Greenhalgh et al., 2004).

Ve svém popisu dostupných důkazů u intervenčních politik u bezprostředních a střednědobých zásahů při hromadných traumatech, Hobfoll et al. (2007: 283) uvádí, že: ". . . k dnešnímu dni nemáme žádné důkazy, které by vznikly na základě konsensu a podporovaly by jasný soubor doporučení". Pro řešení této otázky autoři využili přístup založený na důkazech, odvození poznatků z výzkumů u příbuzných oborů a shodli se na principech intervencí. Byly identifikovány pět "základních prvků": (i) pocit bezpečí; (ii) pocit zklidnění, (iii) vlastní výkonnost a účinnost komunity, (iv) pocit propojení a (v) naděje (Hobfoll et al., 2007). Obecně platí, že těchto pět principů je ve shodě s nizozemskými vodítky, zejména pokud jde o zásadu poskytování podporujícího kontextu.

Ačkoli tato zásada není potvrzena silnými empirickými důkazy, souhlasíme s Hobfoll et al., že je nepravděpodobné, aby klinické studie pokrývající různorodost katastrofických situací byly proveditelné. Zdravá psychosociální praxe vyžaduje jakýsi standard co dělat, a jsme přesvědčeni, že shoda mezi odborníky, založená na intuitivním a jednoduchém myšlení je nejrozumnější alternativou.

## **Poděkování**

Vývoj vodítek časně psychosociální intervence po katastrofách, teroristických akcích nebo dalších šokujících událostech byl financován nizozemským Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu.

## Použitá literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- André C, Lelord F, Légeron P et al. [A controlled study on the effectiveness after 6 months of early treatment of bus drivers who have been victims of aggression.] *Encéphale* 1997; 23: 65–71 (in French).
- Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr. Scand.* 2001; 104: 423–437.
- Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. [Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders.] *Rev. Epidemiol. Sante Publique* 2004; 52: 67–79 (in French).
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007.
- Bisson J, Shepherd J, Joy D et al. Early cognitive-behavioural therapy for posttraumatic stress symptoms after physical injury: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 63–69.
- Boscarino J, Adams R, Figley C. A prospective cohort study of the effectiveness of employer-sponsored crisis interventions after a major disaster. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 2005; 7: 9–22.
- Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68: 748–766.
- Brewin C, Rose S, Andrews B et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry* 2002; 181: 158–162.
- Bryant R, Harvey A, Dang S et al. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66: 862–866.
- Bryant R, Moulds M, Guthrie R et al. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005; 73: 334–340.
- Bryant R, Sackville T, Dang S et al. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156: 1780–1786.
- Chemtob C, Nakashima J, Hamada R. Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled community field study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2002; 156: 211–216.
- Deville G, Cotton P. Psychological debriefing and the workplace: defining a concept, controversies and guidelines for intervention. *Aust. Psychol.* 2003; 38: 144–150.
- Echeburua E, Corral P, Sarasua B, Zubizarreta I. Treatment of acute post-traumatic stress disorder in rape victims; an experimental study. *J. Anxiety Disord.* 1996; 10: 185–199.
- Ehlers A, Clark D, Hackmann A et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 1024–1032.
- Everly G, Flannery R, Eyer V. Critical Incident Stress Management (CISM): a statistical review of the literature. *Psychiatr.Q.* 2002; 73: 171–182.
- Foa E, Zoellner L, Feeny N. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J. Trauma. Stress* 2006; 19: 29–43.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57: 390–394.

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004; 82: 581–629.
- Hobfoll S, Watson P, Bell C et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 2007; 70: 283–315.
- Lewis S. Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggress. Violent Behav.* 2003; 8: 329–343.
- Litz BT, Gray MJ, Bryant RA et al. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2002; 9: 112–134.
- Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J. Clin. Psychol.* 2002; 58: 23–41.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Anxiety: Management of Post-traumatic Stress Disorder in Adults in Primary, Secondary and Community Care. London: National Health Service/National Collaborating Centre for Mental Health, 2005.
- Norris F, Friedman M, Watson P. 60 000 disaster victims speak: part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002; 65: 240–260.
- Ozer E, Best S, Lipsey T et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2003; 129: 52–73.
- Parker C, Everly G, Barnett D, Links J. Establishing evidence-informed core intervention competencies in psychological first aid for public health personnel. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 2006; 8: 83–92.
- Roberts A, Everly G. A meta-analysis of 31 crisis intervention studies. *Brief Treat. Crisis Interv.* 2006; 6: 10–21.
- de Roos C, Eland J. [Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: diagnosis and support.] In: Gersons B, Olf M (eds). *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress-Stoornissen*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum, 2005; 119–139 (in Dutch).
- Seidler G, Wagner F. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol. Med.* 2006; 36: 1515–1522.
- Sijbrandij M, Olf M, Reitsma J et al. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioural therapy: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 82–90.
- Silove D, Blaszczyński A, Manicavasager V et al. Capacity of screening questionnaires to predict psychiatric morbidity 18 months after motor vehicle accidents. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003; 191: 604–610.
- Silver S, Rogers S, Knipe J et al. EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *Int. J. Stress Manag.* 2005; 12: 29–42.
- Stallard P, Velleman R, Salter E et al. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2006; 47: 127–134.
- Taal L. [Some thoughts about guidelines for the psychological treatment of traumatized persons.] *Psychol. Gezond.* 2008; 36: 176–179 (in Dutch).
- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. 2001. [Cited 8 Sep 2009.] Available from URL: <http://www.agreecollaboration.org>.
- The European Network for Traumatic Stress. The European Network for Traumatic Stress. Training & Practice. 2009. [Cited 8 Sep 2009.] Available from URL: <http://www.tentsproject.eu>.

Turpin G, Downs M, Mason S. Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2005; 187: 76–82.

Van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A et al. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 303: 766–771.

Winkel F, Wohlfarth T, Blaauw E. Police referral to victim support: the predictive and diagnostic value of the RISK (10) screening instrument. *Crisis* 2004; 25: 118–127.

Wohlfarth T, Winkel F, Van den Brink W. Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 105: 451–460.

## **Dodatek číslo 1**

Spolupracující profesní sdružení a organizace, které byly zastoupeny v národním, multidisciplinárním panelu expertů, kteří vyvinuli vodítka pro časnou psychosociální intervenci po katastrofách, teroristických akcích nebo dalších šokujících událostech

Mental Healthcare Nursing Federation (Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg)

Netherlands Psychiatric Association (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)

Dutch Association for Psychotherapy (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie)

Netherlands Institute of Psychologists (Nederlands Instituut van Psychologen)

Dutch College of General Practitioners (Nederlands Huisartsen Genootschap)

Dutch Association of Primary Care Psychologists (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen)

Military Mental Health Care Institute of the Ministry of Defence (Militaire Geestelijke Gezondheidszorg)

Netherlands Association of Policy, Management and Research Physicians (Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek)

Netherlands Association of Social Workers (Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers)

Netherlands Association of Fire and Disaster Control Services (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg and Rampenbestrijding)

Netherlands Society of Physicians in Occupational Health (Nederlandse Vereniging voor Arbeids – en Bedrijfs geneeskunde)

Dutch Association of Behavioral and Cognitive Therapy (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie)

Institute for Psychotrauma (Instituut voor Psychotrauma)

Immediate Relief and Aftercare (Directe Opvang en Nazorg)

Victim Support (Slachtofferhulp Nederland; formerly National Victim Support Agency)

Council of Regional Medical Officers (Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen)

Regional Department of Emergency and Disaster Medicine Preparedness (Landelijk Bureau Geneeskundige Hulpverlening na Ongevallen en Rampen)

Police Academy of the Netherlands (Politieacademie)

Adresa pro korespondenci:

Hans Te Brake

Impact

Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam

PO Box 78, AB Diemen, 1110 Amsterdam,

The Netherlands

Email: [h.tebrake@amc.uva.nl](mailto:h.tebrake@amc.uva.nl)

**Překlad: Mgr. Michaela Krtičková  
Oddělení psychologie OPe MV ČR  
20.7.2010**