

KLINICKÁ EFEKTIVITA KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ LÉČBY PSYCHOLOGICKÝCH PORUCH ZPŮSOBENÝCH TERORISTICKÝMI ÚTOKY S VELKÝM POČTEM OBĚTÍ

María Paz GARCÍA-VERA

Poznámka autora: Tato kapitola je upravenou verzí článku “Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional” (“Psychologická léčba stresových poruch způsobených teroristickými útoky 3/11: z klinické psychologie založené na důkazech do odborné praxe”), sepsanou autorem a Laura Romero Colinovou a vydaném v *Clinica y Salud* (svazek 15, č. 3, str. 355–385, 2004).

Abstrakt: *Hlavním účelem článku je posouzení účinnosti nebo klinické užitečnosti empiricky podpořené kognitivně-behaviorálních léčby u psychopatologických následků masových teroristických útoků, a to zejména akutního stresu a posttraumatické stresové poruchy. Za tímto účelem jsme analyzovali výsledky z psychologických zásahů prováděných u jednotlivců ovlivněných útoky z 3/11 na Clínica Universitaria de Psicología (Univerzitní psychologická klinika – s názvem Unidad de Psicología Clínica y de la Salud do února 2008) na Complutense University v Madridě (UCM, podle španělského akronymu).*

Klíčová slova: *psychologické reakce, posttraumatická stresová porucha, depresivní poruchy, duševní zdraví, kognitivní terapie, psychoedukace, techniky zvládnání úzkosti, kognitivně restrukturalizační techniky*

Po teroristickém útoku s velkým počtem obětí, kterými byly například útoky z 19. dubna 1995 v Oklahomě, z 11. září 2001 (9/11) v New Yorku a ve Washingtonu nebo 11. března 2004 (3/11) v Madridu, se objevily lehké a mírné psychopatologické reakce u velkého počtu jednotlivců včetně nejen přímých obětí, jejich příbuzných, profesionálů a dobrovolníků, kteří jim pomáhali, ale také u mnoha lidí, kteří žijí v širokém okolí oblasti, kde k takové tragédii došlo. Byl také zjištěn menší (přesto určitě významný a relevantní) počet vážných reakcí (Galea, Nandi, Vlahov, 2005; García-Vera, Sanz, 2008). Dále bylo například zjištěno, že jeden nebo dva týdny po útoku 3/11 v Madridu trpělo 15 % obyvatel Madridu syndromy akutního stresu, které ovlivnily jejich

schopnost zvládat každodenní život (Muñoz a kol., 2004). O pouhé tři měsíce později vykazovalo posttraumatické stresové poruchy způsobené útoky z 3/11 jen 2 % populace (Miguel-Tobal a kol., 2004; Vázquez, Pérez-Sales, Matt, 2004). Toto procento je sice nižší, přesto kontrastuje s jednoroční prevalencí posttraumatické stresové poruchy ve Španělsku, která je odhadována přibližně na 0,5 % (Haro a kol., 2006). Není třeba dodávat, že psychopatologické následky byly mnohem vyšší u zraněných, příbuzných a přátel mrtvých a zraněných po tomto útoku z 3/11 než u ostatních. Odhaduje se, že tři měsíce po útoku mohla posttraumatická stresová porucha ovlivnit přibližně 41–44 % zraněných a 28–34 % jejich příbuzných a přátel (Fraguas a kol., 2006; Gabriel a kol., 2007; Iruarrizaga a kol., 2004; Miguel-Tobal a kol., 2004). Avšak psychopatologické reakce spouštěné masovým teroristickým útokem nejsou omezeny na akutní stres a na posttraumatické stresové poruchy, zahrnují také další psychické poruchy, jako například závažné depresivní poruchy (MDD), agorafobii, generalizovanou úzkostní poruchu (GAD), nebo nadměrnou konzumaci alkoholu, zákonných i nezákonných drog (Gabriel a kol., 2007; Iruarrizaga a kol., 2004; Miguel-Tobal a kol., 2004).

Psychologická léčba uvedených poruch je v současnosti dostupná a úroveň její účinnosti je empiricky ověřena. Například obě posouzení studií efektivity (Creamer, 2000; Foa, Keane, Friedman, 2000; Lohr, Hooke, Gist, Tolin, 2003) a pokynů pro léčbu/klinickou praxi připravených různými panely expertů včetně pokynů vydaných vysoce prestižními vědeckými společnostmi, jakými jsou UK National Institute for Clinical Excellence (NICE), the American Psychiatric Association, the American Psychological Association, the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), nebo skupina expertů v oblasti duševního zdraví ve vztahu k nemocem spojených v rámci US National Institute for Mental Health (NIMH) (American Psychiatric Association, 2004; Chambless a kol., 1998; Foa, Davidson, Frances, 1999; NICE, 2005; NIMH, 2002), zdůraznily, že léčba stresových poruch se silnější empirickou podporou zahrnuje: nácvik zvládnání úzkosti (nebo nácvik simulace stresu), kognitivní restrukturalizační techniky (nebo kognitivní terapii) a techniky vystavení účinkům; všechny tyto techniky jsou řazeny mezi techniky kognitivně-behaviorální. Navíc většina zmíněných pokynů v oblasti léčby a klinické praxe naznačuje, že na základě stávajících vědeckých znalostí by měly být zmíněné psychologické techniky pro zvládnání stresové poruchy upřednostňovány (Foa a kol., 1999; NICE, 2005; NIMH, 2002) před jinými, do jisté míry populárními, psychologickými technikami (např. psychologický debriefing) nebo psychofarmakologickými terapiemi.

Velká většina studií zahrnutých do výše uvedených posouzení a pokynů je navržena pro analýzu vyhodnocení účinnosti zásahů. Tyto studie jsou charakterizovány tím, že upřednostňují interní validitu tak, aby bylo možné vyvodit výskyt příčinného vztahu mezi zásahy a pozitivními výsledky pozorovanými při dokončení zmíněných zásahů. Pro tento účel mají pracovníci výzkumu ideální a řízené podmínky, které jim umožňují určit jakýkoliv (i ten nejmenší) pozitivní efekt léčby. Toto přinejmenším ukazuje, že pracovníci výzkumu musí mít značnou kontrolu nad výběrem účastníků ve vzorku (například použití přísných kritérií zahrnutí a vyloučení), správou léčby (obvykle prostřednictvím nahodilé alokace účastníků do skupin léčby/kontroly) a metody jejího užití (například za použití terapeutů speciálně vyškolených pomocí příruček léčby a hodnocených podle jejich dodržování). Typickým příkladem studie účinnosti je studie experimentální (nebo

nahodilý klinický pokus), zahrnující kontrolní skupinu (řízená studie) homogenizovaného vzorku pacientů ve strukturovaném prostředí univerzitních laboratoří. Prioritu má interní validita; zmíněné studie částečně obětují externí validitu, a z tohoto důvodu není jasné, zda mohou být pozitivní vlivy zjištěné za ideálních nebo řízených podmínek laboratoře přenášeny přímo do obvyklé klinické praxe, která se zabývá mnohem více heterogenní populací, ve které je aplikace léčby flexibilní a vedená klinickými profesionály s různými klinickými zkušenostmi a dovednostmi.

Výzkumné studie, které se zabývají přímo klinickou užitečností zásahů, jež se dříve prokázaly účinnými, jsou známy jako *studie efektivnosti* nebo jako *studie klinické užitečnosti*. Jejich hlavní charakteristikou je upřednostnění externí validity, z tohoto důvodu vyhodnocují vlivy léčby v podmínkách, které jsou co nejvíce podobné podmínkám poskytnutých zvykovou klinickou praxí. To znamená, že se používají přirozené terapeutické kontexty (například centra duševního zdraví, nemocnice, soukromé psychologické praxe), kliničtí profesionálové, kteří pracují ve zmíněných kontextech, a heterogennější vzorky pacientů zvolené bez kritéria zahrnutí/vyloučení jednotlivců, kteří zmíněné kontexty běžně používají.

Účelem této studie je posoudit klinickou užitečnost kognitivně-behaviorálních terapií doporučených v případě psychologických poruch způsobených masovými teroristickými útoky a dalšími katastrofami. Tyto terapie se zabývají specificky akutním stresem a posttraumatickými stresovými poruchami. Za tímto účelem budeme analyzovat výsledky z psychologických zásahů u jednotlivců ovlivněných útoky z 3/11 na *Clínica Universitaria de Psicología* (Univerzitní psychologická klinika s názvem *Unidad de Psicología Clínica y de la Salud* do února 2008) na Complutense University v Madridě (UCM, podle španělského akronymu). Tato klinika je registrovaným zdravotnickým centrem, které poskytuje ambulantní psychologickou péči pacientům s duševními zdravotními problémy a dalšími zdravotními problémy, a to jedincům z Univerzity i obecně ze společnosti. Těmto pacientům pomáhají postgraduální studenti psychologie procházející specializovaným klinickým výcvikem. V ostatních příspěvcích (García-Vera, 2004; García-Vera, Cruzado, 2003), jsou podrobně popsány ostatní charakteristiky kliniky včetně jejich zaměstnanců, zabezpečení a vzdělávacích činností, typů pacientů, nejčastějších důvodů konzultací atd. I když tato klinika vykazuje zvláštní charakteristiky, které nelze najít v jiných přirozených terapeutických kontextech (např. kliničtí lékaři jsou residentními psychology, kteří procházejí výcvikem a získávají školení od univerzitních profesorů a dalších specialistů), terapeutické výsledky zde získávané nám umožňují vyhodnotit klinickou užitečnost programů léčby na základě psychologických technik, které se v minulosti prokázaly jako účinné při léčbě stresových poruch v řízených experimentálních studiích. Z tohoto důvodu byly na této klinice řešeny zvykové klinické praxe na základě heterogenního vzorku pacientů ovlivněných útoky z 3/11 vybraných bez kritérií začlenění/vyloučení. Zodpovědní kliničtí lékaři navíc neobdrželi žádnou informaci o specifické nebo intenzivní léčbě ve vztahu ke stresovým poruchám, a to podle programů v příručce, ale prošli empiricky podloženými programy léčby na základě kognitivně-behaviorální techniky beroucích v úvahu charakteristiky každého pacienta. Krom toho modifikovali uvedené programy v souladu s postupem u každého pacienta a okolnostmi terapie tak, aby byla zajištěna flexibilní a efektivní léčba.

Metoda

Účastníci

Čtyřicet pacientů – 39 dospělých (27 žen a 12 mužů) ve věku 20–54 let a jedenáctiletý chlapec – byli na klinice individuálně léčeni mezi 15. březnem a 5. listopadem 2004. Pacienti zahrnovali 55 % příbuzných, rodičů a přátel zabitých při útocích; 17,5 % byli studenti, kteří se účastnili jako dobrovolníci při úkolech podpory obětí a příbuzných; 12,5 % byli „svědkové z první ruky“, kteří cestovali ve vlacích nebo čekali ve stanicích zasažených útoky; 7,5 % pacientů žilo blízko míst, kde došlo k tragédii, nebo ji sledovali v TV, zbývajících 7,5 % byli jednotlivci zranění při útocích (viz tabulka 1).

Většina pacientů (45 %) vykazovala stresové poruchy včetně akutního stresu (22,5 %) a posttraumatického stresu (22,5 %). Všichni pacienti s úzkostnou symptomatologií podobnou akutním nebo posttraumatickým stresovým poruchám, nebo dokonce se symptomy, které patří ke kterékoliv z dalších dvou symptomatických stresových poruch (disociativní symptomy nebo přehrávání tragédie), ale kteří přesně nesplňovali diagnostická kritéria DSM-IV pro zmíněné poruchy, mohli být také zahrnuti do této kategorie (například: úzkost, nespavost, noční úzkosti, stavy vyostřené bdělosti, strach z vlaků, vyhýbání se informacím a místům spojeným s teroristickými útoky). V takovýchto případech, které pro mnohé pracovníky výzkumu představují výskyt částečných posttraumatických nebo akutních stresových poruch (Schützwohl, Maercker, 1999; Zlotnick, Franklin, Zimmerman, 2002), byla podle schématu DSM-IV diagnostikována porucha přizpůsobení s úzkostí (25 %) a porucha přizpůsobení s úzkostí a depresivní náladou (10 %). Následně vykazovalo 80 % pacientů patologickou reakci na útoky z 3/11, symptomatologii charakterizovanou přehráváním této tragédie, vyhýbání se stimulům spojeným s touto tragédií, přítomnost disociativních symptomů nebo velice vysokou aktivaci úzkosti.

U zbývajících pacientů (20 %) byl fundamentální psychologický problém orientován na symptomy deprese (viz Tabulka 1): pacient vykazoval poruchu přizpůsobení s depresivní náladou; šest pacientů (15 %) vyhledalo profesionální pomoc kvůli symptomům deprese spojeným s jejich reakcí na smrt blízké osoby (zármutek); zbývajícím pacient vykazoval tolik intenzivních a častých depresivních symptomů způsobených ztrátou příbuzného (syna), že vedly k dlouhému, silnému a postupnému funkčnímu zhoršení s tím, že se zdálo, že nejhodnější diagnózou stavu tohoto pacienta nebyl zármutek, ale silná depresivní porucha. Kromě toho se jednalo o jediného pacienta s psychopatologickou komorbiditou takové úrovně, při níž odpovídající symptomatologie také objasňuje diagnózu posttraumatické stresové poruchy – přesto byl neklid a stupeň zásahu spojeného se symptomy deprese mnohem vyšší, z tohoto důvodu byla za hlavní diagnózu považována významná depresivní porucha.

Reakce ve formě zármuteku pěti dalších pacientů způsobeného smrtí blízké osoby byly také předmětem klinické úvahy a byly průvodními doprovody posttraumatické stresové poruchy (čtyři pacienti) nebo poruchy přizpůsobení s úzkostí (jeden pacient), i když v těchto pěti případech intenzita, povaha a stupeň zásahu depresivní symptomatologie charakteristické pro zármutek nevysvětlily diagnózu klinické poruchy, jakou je například depresivní porucha nebo porucha přizpůsobení s depresivní náladou.

Hlavní diagnóza podle DSM-IV	Oběť	Osoba blízká	Svědék	Dobrovolník	Obyvatelstvo obecně	Celkem
Porucha přizpůsobení se úzkostí	1 (33 %)	7 (32 %)		2 (29 %)		10 (25 %)
Posttraumatická stresová porucha	1 (33 %)	5 (23 %)	2 (40 %)	1 (14 %)		9 (22.5 %)
Akutní stresová porucha	1 (33 %)	1 (4,5 %)	2 (40 %)	2 (29 %)	3 (100 %)	9 (22.5 %)
Zármutek		6 (27 %)				6 (15 %)
Porucha přizpůsobení se smíšenou úzkostí a depresivní náladou		2 (9 %)	1 (20 %)	1 (14 %)		4 (10 %)
Porucha přizpůsobení se depresivní náladou				1 (14 %)		1 (2.5 %)
Závažná depresivní porucha		1 (4.5 %)				1 (2.5 %)
Celkem	3 (100 %)	22 (100%)	5 (100%)	7 (100 %)	3 (100 %)	40 (100%)

Tabulka 1. Hlavní psychologická diagnóza odpovídající obětem teroristických útoků z 3/11 podle jejich vztahu k uvedeným událostem.

Poznámka: Hodnoty představují počet pacientů (procento v závorkách je třeba číst po sloupcích).

Opatření a nástroje

Na začátku byli všichni pacienti vyšetřeni a posouzeni na základě polostrukturovaného rozhovoru a několika dotazníků navržených pro měření stresu, úzkosti a symptomů deprese, nebo toho, jak zvládají některé oblasti jejich každodenního života. Tyto dotazníky, specificky poskytnuté každému pacientovi, se lišily podle typu poruchy, kterou trpěli, problémů spojených s jejich stavem a jejich vlastních charakteristik (např. věku). Přesto byly nejčastěji používanými, v sestupném pořadí, Stupnice akutních stresových symptomů (ESEA, podle španělského akronymu), Stupnice nepřizpůsobení (EI, podle španělského akronymu), Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) a State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

ESEA je sebevyhodnocujícím dotazníkem navrženým pro vyhodnocení výskytu akutních symptomů stresové poruchy zahrnutých do diagnostických kritérií DSM-IV. Tato stupnice byla vytvořena ad hoc pro účel jejího zahrnutí jako autodiagnostického nástroje v “Psychologickém průvodci svépomoci po teroristických útocích 3/11” připraveného klinikou za účelem pomoci jednotlivcům ovlivněným těmito útoky (*Grupo de Trabajo de la Clínica Universitaria de Psicología* – pracovní skupina univerzitní psychologické kliniky, 2008). ESEA zahrnuje 22 položek, z nichž každá odráží specifický akutní stresový symptom, jehož intenzita je posuzována při vyplnění stupnice typu Likert v formě 4 bodů (“žádný”, “mírně”, “velmi” a “extrémně”). Pro stanovení přítomnosti symptomu je rozhodující skutečnost, že jednotlivci položku ohodnotí jako “velmi” a “extrémně” a celkové skóre ESEA je tedy v rozmezí mezi 0 a 22. Skóre 5 bodů bylo nastaveno jako práh pro identifikaci klinicky významných úrovní stresu.

EI (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo, 2000) je sebevyhodnocujícím nástrojem, který zahrnuje šest položek hodnocených podle 0–5bodových stupnic typu Likert pro účely měření stupně dopadu traumatické události na přizpůsobení pacienta životu obecně a specificky na každou oblast života: práce, společenský život, odpočinek, vztahy v manželství/partnerství a v rodině. Celkové skóre podle této stupnice bylo

v rozsahu 0 až 30. Skóre 12 na celkové stupnici a 2 u každé položky indikují klinicky významné úrovně špatného přizpůsobení.

BDI-II (Beck, Steer, Brown, 1996; přijat ve Španělsku Sanz, Navarro, Vázquez, 2003) je autodiagnostickým dotazníkem navrženým k řešení všech symptomatických diagnostických kritérií odpovídajících depresivním poruchám podle DSM-IV. BDI-II zahrnuje 21 položek a čtyři možnosti odpovědi se skórem 0-3, čímž může být skóre v rozsahu mezi hodnotami 0 a 63. Skóre 13 indikuje výskyt klinicky významných úrovní depresivní symptomatologie.

STAI (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970; španělská adaptace TEA: Spielberger a kol., 1997) je sebevyhodnocujícím dotazníkem, který zahrnuje 20 položek navržených pro účely vyhodnocování charakterové úzkosti, plus dalších 20 pro měření charakterové úzkosti. Tyto položky jsou posouzeny pomocí likertovské stupnic v bodech 0-3; skóre každé stupnice jsou tedy v rozmezí mezi 0 až 60. Nejběžnějším prahem detekce klinicky významných úrovní úzkosti je percentilní skóre 75 (Echeburúa, 2004).

Kromě těch, kteří léčbu přerušili, prošli všichni pacienti vyhodnocením po léčbě, a to prostřednictvím rozhovoru, který byl zaměřen na jejich vlastní poruchy a problémy a formou celé řady dotazníků používaných během vyhodnocení před léčbou a jakýchkoli dalších přímo spojených s jejich specifickými problémy. Toto vyhodnocení bylo provedeno během závěrečného terapeutického sezení, nezúčastnili se jej pacienti, kteří stále procházeli léčbou, když byla tato studie prováděna. V těchto případech bylo posouzení po léčbě provedeno během posledního týdnu v říjnu a prvního týdnu v listopadu 2004.

Postup

Standardní multikomponentní program zásahů byl zvolen a priori pro poruchy, které pravděpodobně ovlivnily oběti útoků z 3/11: specifický akutní stress a posttraumatické stresové poruchy, depresivní poruchy a reakce na zármutek. Závěrečné terapeutické sezení bylo uskutečněno tehdy, když se terapeut a pacienti shodli na tom, že se stav pacienta zlepšil a že je schopen žít opět normálním životem jako před útoky, a kdy se tedy lékař i pacient dohodli na ukončení léčby. Z tohoto důvodu bylo mnoho pacientů propuštěno před dokončením všech částí programů zásahů nastavených a priori. V každém případě propuštění z terapie to taky znamenalo, že terapeut v rozhovoru uskutečněném během vyhodnocení po léčbě výslovně stanovil, že diagnostická kritéria poruchy, kterou pacient původně trpěl, zcela odezněla a že skóre pacienta v dotazníku symptomatologie byla pod prahovými hodnotami, tj. každý nástroj prokázal, že si pacient opět osvojil své normální chování. Uvolnění z terapie v této studii je definováno třemi následujícími simultánními podmínkami: (a) pacient a terapeut souhlasí se zlepšením poruchy a návratem k běžnému životu; (b) nepřítomnost symptomatologie, která splňuje diagnostická kritéria původní poruchy nebo problému; (c) skóre relevantního nástroje symptomatologie je v rámci normality.

U pacientů se stresovými poruchami (80 w všech léčených případech), zahrnoval standardní program léčby následující komponenty:

1. Psychoedukace.

Zahrnuje výchovu v oblasti běžných reakcí na traumatické události, jakými jsou teroristické útoky, bere v úvahu povahu stresové poruchy, včetně informací o dalších

podmínkách, které mohou být spuštěny tragédií, jako například obtížné zvládnání emoci a problém v meziosobních vztazích. Za tímto účelem jsme použili informace zahrnuté do “Psychologického průvodce svépomoci po teroristických útocích 3/11”, všichni pacienti obdrželi kopii tohoto průvodce. Tento terapeutický komponent také zahrnoval poskytnutí popisu navrhované léčby pacientovi se zdůvodněním a vysvětlením očekávání pro nápravu stavu.

2. Techniky ovládnání úzkosti.

Na základě nácviku stresu podle Meichenbauma jsme zahrnuli techniky, které se zaměřují na předání dovedností a jsou pro pacienta potřebné k tomu, aby mohl čelit jakýmkoliv symptomům kognitivní a/nebo fyzické úzkosti, které by je mohly v budoucnosti ovlivnit. Ze všech dostupných technik ovládnání symptomů fyzické úzkosti jsme zvolili nácvik pomalého abdominálního dýchání, který byl při uvážení jeho jednoduchosti a okamžitého pozitivního efektu využit v některých případech hned od prvního sezení. Techniky použité k řízení kognitivních symptomů úzkosti zahrnovaly v zásadě zastavení myšlenek a techniky odpoutání pozornosti od negativních myšlenek pro řízení jejich četnosti a trvání (např. od traumatických vzpomínek, od přemítání o útocích) a nácvik instrukcí pro použití sebeujišťování a pozitivní meditace vedoucího k nahrazení negativních myšlenek pozitivními tam, kde pacienti musí buď čelit situacím souvisejícím s teroristickými útoky, nebo je předpokládají.

3. Kognitivní restrukturalizační techniky.

Na základě Beckovy kognitivní terapie se tyto techniky soustředily na výcvik pacientů v identifikaci negativních myšlenek (např. přesvědčení, že vám chce cizí člověk ublížit nebo že v některém batohu je výbušnina) a na překonání dysfunkčního přesvědčení (např. že svět není bezpečný) pomocí sebereflexe, vyhodnocení validity těchto přesvědčení a myšlenek a zvažování údajů pro a proti a přijatých alternativních přesvědčení a pozitivně změněných myšlenek týkajících se útoku, sebe sama a světa v budoucnosti.

4. Techniky vystavení účinkům.

Tyto techniky byly použity k tomu, aby jednotlivcům pomohly čelit interním a externím stimulům spojeným s útoky, které jim způsobily strach, úzkost a neklid. Toto vystavení účinkům si mohli pouze představovat (opakované a dlouhé emoční vzpomínky, prostřednictvím živého popisu, v první sobě a v přítomném čase, na traumatické události, dokud se úzkost nerozptýlí), nebo mohlo být živé (reálná, postupná a dlouhá konfrontace s obávanými stimuly, dokud se úroveň úzkosti nesníží). I když měl tento plán a priori používat obě formy vystavení s tím, že pracoval nejdříve s představeným vystavením účinkům a poté s živým vystavením, jakmile bylo dosaženo cílů terapie.

U pacientů, kteří obecně vykazovali vysokou úroveň depresivní symptomatologie zdůvodňující poruchu přizpůsobení s depresivní náladou nebo diagnózou závažné depresivní poruchy, zahrnoval použitý intervenční program komponenty psychoedukace a ovládnání úzkosti/kognitivní restrukturalizační techniky se silným důrazem na kognitivní restrukturalizační techniky, a to pro účely překonání myšlenek a pocitů viny (např. vinění se za přežití nebo za to, že pacient nemohl pomoci jiným obětem). Kromě toho

byly do programu zapracovány příjemné činnosti a postupné rozdělení každodenních činností tak, aby došlo k odvrácení neschopnosti vnímat potěšení, překonání „apatie“ a společenské izolace a k zlepšení nálady. Tyto pokyny pro zásahy byly založeny na empiricky podporovaných kognitivně-behaviorálních léčbách depresivních poruch (viz Pérez, García, 2003), tj. na postupech léčby, které poskytují základ multikomponentnímu programu intervence používanému u jedinců s depresivními symptomy zármutku. V těchto případech byla psychoedukace zaměřena na úpravu reakcí spojených se zármutkem poskytnutím informací o tom, jak lidé reagují během procesu zármutku a co lze od toho očekávat (např. tento proces trvá déle, než lidé očekávají, přesto se jedná o aktivní proces zahrnující práci k zajištění zotavení). Do terapeutického procesu byly též zahrnuty techniky ovládnání úzkosti (dýchání, zvládnání negativních myšlenek, pozitivní sebeinstrukce). Aktivitu postupně alokované pro účely normalizace každodenního života byly naplánovány tak, aby podporovaly příbuzné a přátele. Tato terapie také zahrnovala kognitivní restrukturalizační techniky k potlačování negativních myšlenek a dysfunkčních postojů (např. „Měl jsem to řešit sám, bez pomoci“, „Nikdy se toho nezbavím“).

V každém případě faktory, kterými jsou relevantní symptomatologie (např. pocit viny byl shledán u většiny pacientů se stresovými poruchami, patrná byla také tendence vyhýbat se objektům a situacím, které přinášejí vzpomínky na mrtvé osoby), komorbidita, předchozí výskyt psychosociálních problémů (např. problémy v rodinných vztazích) nebo psychosociální komplikace s vlastními poruchami spuštěné teroristickými útoky (např. problémy v práci zdůvodněné úzkostnou-depresivní symptomatologií) vedly terapeuty k několika způsobům kombinování komponentů léčby nebo k přidávání různých terapeutických komponentů (např. výuka komunikačních schopností k podpoře kontaktu se sítěmi společenské podpory).

Výsledky

Při uvážení výše uvedené definice realizace terapie obsahuje tabulka 2 získané terapeutické výsledky a celou řadu provedených vyhodnocovacích-léčebných sezení. Dva pacienti (5 %), oběť a příbuzný oběti, oba trpící posttraumatickými stresovými poruchami, léčbu přerušili po třetím, respektive šestém sezení. Další dva pacienti (5 %) při provádění studie stále procházeli léčbou a do té doby prošli 13, respektive 15 vyhodnocovacími léčebnými sezeními. Oba pacienti byli příbuznými osoby zabitě při útocích a vykazovali posttraumatické stresové poruchy, i když jeden také trpěl závažnou depresivní poruchou, která byla považována za hlavní problém.

Zbývajících 36 pacientů (90 %) bylo propuštěno v průměru po 4 sezeních. Až 60 % těchto pacientů potřebovalo v průměru sedm a půl sezení k dokončení léčby, zatímco zbývajících 40 % vyžadovalo alespoň 4 sezení. Jak bylo uvedeno v Tabulce 2, poslední jmenovaná skupina zahrnovala 6 pacientů, jejichž jediným důvodem pro klinickou léčbu byl zármutek, a tito prošli v průměru pouze dvěma vyhodnocovací-léčebnými sezeními. Tato skupina ale také zahrnovala pacienty s poruchami přizpůsobení, posttraumatickými nebo akutními stresovými poruchami. Vizualní analýzy Tabulky 2 také naznačuje, že léčba případů se zármutkem, akutním stresem a poruchami přizpůsobení byla úspěšnější (100 %) než případy s posttraumatickými stresovými poruchami (67 %).

Hlavní diagnóza podle DSM-IV	Uvolnění	Přerušení	V léčbě	Počet sezení	
				Průměr*	Rozsah
Porucha přizpůsobení se úzkostí				5	2-12
Posttraumatická stresová porucha	6 (67 %)	2 (22 %)	1 (11 %)	6	2-16
Akutní stresová porucha	9 (100 %)			4	3-7
Truchlení	6 (100 %)			2	2-3
Porucha přizpůsobení se smíšenou úzkostí a depresivní náladou	4 (100 %)			4.5	2-6
Porucha přizpůsobení s depresivní náladou	1 (100 %)			3	3
Závažná depresivní porucha			1 (100 %)	15	15
Celkem	36 (90 %)	2 (5 %)	2 (5 %)	5	2-16
Průměrný počet sezení *	4	4,5	14		

Table 2. Výsledky psychologických léčeb u obětí útoků z 3/11 v této studii podle hlavní diagnózy a počtu vyhodnocovacích a léčebných sezení získané na základě hlavní diagnózy a terapeutických výsledků.

Poznámka. Pokud není specifikováno jinak, hodnoty představují počet pacientů (procento v závorkách je třeba číst po sloupcích).

* Hodnoty zaokrouhleny na nejbližší celé číslo.

Diskuse

Hlavním účelem této studie bylo posoudit účinnost nebo klinickou užitečnost empiricky podpořené kognitivně-behaviorální léčby u psychopatologických následků masových teroristických útoků, a to zejména akutní stres a posttraumatické stresové poruchy. Za tímto účelem byla předložena neexperimentální studie před a po testu a bez kontrolní skupiny, včetně terapeutických výsledků získaných ve vztahu k obětem teroristických útoků z 3/11, kterým byla poskytnuta pomoc na Univerzitní psychologické klinice UCM.

Je zřejmé, že počet pacientů, kteří získali pomoc na této klinice, byl malý, což stanovuje limity pro jakékoliv zevšeobecňování, které by bylo možné vyvodit ve vztahu k získaným výsledkům. Také je jasné, že neexperimentální výzkum poukázal na významná omezení při pokusu o stanovení příčinné spojitosti mezi použitými léčbami a dosaženými terapeutickými vlivy. Tato studie by navíc bývala mohla velice těžit z hlubšího vyhodnocení terapeutického procesu a proměnných hodnot výsledku, stejně jako z kvantitativnější, mnohaosové, vícemetodové a multičasové definice úspěchu terapie. Navzdory jmenovaným omezením je ale přesto možné ze zde předložených výsledků vyvodit určité závěry týkající se léčby psychopatologických vlivů způsobených teroristickými útoky – závěry, které je třeba analyzovat zaměřením se více na kontext objevování, spíše než na kontext odůvodnění, ale přesto věříme, že to může být zajímavé jak pro klinickou praxi, tak pro budoucí výzkum.

První závěr odpovídá hlavnímu účelu této studie. Dosažení 90 % terapeutického úspěchu u všech poruch a problémů obětí z 3/11, 100 % u akutních stresových poruch a 67 % u posttraumatických stresových poruch nám umožňuje dojít s patřičnou opatrností k závěru, že multikomponentní zásahy založené na terapeutických technikách, které se těší vyšší míře empirického potvrzení a které jsou doporučovány v pokynech pro léčbu stresových poruch (ovládání úzkosti, techniky vystavení účinkům a kognitivní restrukturalizace), jsou užitečnými pro klinickou praxi, která se zabývá jednotlivci

s psychologickými problémy a poruchami odstartovanými masovými teroristickými útoky.

Toto je bez pochyby závěr, který nám také umožňuje obecně předpokládat, že léčby, u kterých byla prokázána jejich účinnosti na základě přísných a řízených studií, budou také pravděpodobně účinné ve standardní klinické praxi. Studie, která se nepotvrdila jako účinná za ideálních podmínek, by měla jen malou šanci na účinnost v méně ideálních podmínkách standardní praxe. Z tohoto důvodu musí být kritéria výběru nejpřiměřenější léčby psychologické poruchy způsobené masovými teroristické útoky v první řadě založena na tom, že je prokázána její účinnost. Ne jakákoliv léčba je přijatelná. Nejlepší je začít s tím, o čem už víme, že to funguje, alespoň v ideálních podmínkách, což minulý výzkum nabízí jako ve formě nejpřesvědčivějších postupů (tím spíše, pokud se tyto prokázaly být užitečnými). Poté, pokud se tato léčba nakonec nepotvrdí jako účinná pro klinickou praxi, by bylo vhodné navrhnout další terapeutické strategie, které by mohly být teoreticky užitečné pro řešenou záležitost, i když nejsou podpořeny empiricky.

Přesto: než zahájíme aplikaci těchto alternativních terapií, o jejichž fungování si nejsme v této fázi jisti, by bylo vhodné prověřit, že aplikace nejvíce empiricky podporovaných technik byla provedena řádně. To mimo jiné znamená, že tyto techniky byly použity v souladu s protokolem již ověřeným předchozím výzkumem, charakterizovaným vysokou úrovní individualizace adaptované na problémy a charakteristiky pacientů v jejich situacích. Opět je důležité mít na paměti, že neflexibilní aplikace jakékoliv techniky může být často kontraproduktivní a že individualizace a flexibilita při aplikaci zmíněných léčeb neznamená, že tyto léčby je možné realizovat. Nalezení rovnováhy mezi přísnou věrností a individualizací ve vztahu k aktivním složkám léčeb představuje jednu z klíčových klinických kompetencí, které mohou být použity ke zvažování údajů a k porovnání vědeckého výzkumu oproti klinickým zkušenostem.

Navíc nám výsledky získané v této studii umožňují (i když jen přibližně) reagovat na některé obavy zmiňované klinickými lékaři v době provádění empiricky ověřených léčeb stresových poruch, a to zejména léčby s vystavením účinkům. Jedna z těchto obav se týká možnosti toho, že by techniky vystavení mohly zhoršit negativní vlivy traumatické události. Ve světle výsledků naší studie se však zmíněná obava nejeví jako odůvodněná, protože se přinejmenším nezhoršily žádné z poruch, kterými trpěli pacienti, u kterých byly použity zmíněné techniky.

Další obavou zmiňovanou klinickými lékaři ve vztahu k použití technik vystavení je nedostatek motivace pacienta a neochota procházet jakýmkoliv terapeutickým krokem, který zahrnuje jak imaginární, tak živé vystavení této traumatické události nebo jakýkoliv jiný relevantní stimulus. Přesto se ale zdá, že naše výsledky tuto obavu neprokazují. Ve skutečnosti se zdá, že pacienti v této studii byly obzvláště motivováni k provádění tohoto úkolu, který by jim pomohl k návratu do běžného života. Toto se možná dalo očekávat od pacientů, kteří se připojili k jednotkám dobrovolníků, které pomáhaly obětem útoku s jejich příbuznými, přesto to byl i případ několika jednotlivců, kteří neměli vůbec co do činění s žádnými dobrovolnickými službami ani službami psychologické podpory. Tito dva jednotlivci, kteří přerušili léčbu, to navíc učinili v době, kdy byli léčeni pomocí techniky ovládnání úzkosti, nikdy nebyli ve styku s technikami vystavení účinkům, protože byly použity v mnohem pozdější fázi.

Máme ale důvody spekulovat o tom, zda masivní úroveň společenské podpory, která obklopila oběti teroristických útoků z 3/11 a která se rozšířila i na proces jejich zotavení (včetně událostí, shromáždění, zdrojů nabídnutých vládními agenturami, zpráv, vysílání atd.) přispěla ke zvýšení motivace na vyšší úroveň pozorovanou u našich pacientů.

Po takové tragédii, která si vyžádala životy tolika lidí, jakou byly teroristické útoky z 3/11, můžeme očekávat mnoho negativních psychologických vlivů způsobených ztrátou milovaných, především procesy zármutku, které by mohly být označeny za “normální”: jednotlivce podporují ve vyhledání pomoci, zejména proto, že symptomy zármutku pravděpodobně narušují jejich zvykové každodenní činnosti. V některých případech se také navíc mohou objevit symptomy závažné depresivní poruchy.

I když bylo v těchto případech původně zvažováno použití multikomponentního programu na základě nejvíce empiricky podložených technik léčby depresivních poruch, výsledky naznačují, že se většina případů po několika málo sezeních zlepšila (v průměru dva) a prakticky všechny případy s pouhou aplikací technik psychoedukace, tzn. nabídnutím informací o tom, jak lidé reagují v procesu zármutku tak, aby se jim pomohlo normalizovat jejich vlastní reakce a poskytnutím manuálu svépomoci se základními pokyny pro techniky relaxace, řízení negativních myšlenek, získávání společenské podpory a zvládání každodenního života jako běžně.

V tomto smyslu výsledky nabízené touto studií uvádějí, že 40 % pacientů nezávisle na své poruše zlepšilo svůj stav na základě méně než čtyř léčebných a vyhodnocovacích sezení. Mohlo dojít k tomu, že za toto zlepšení byly zodpovědné běžné procesy zotavení jednotlivce. Je ale také možné, že zmíněná sezení (zejména psychoedukace a učení se technik ovládnání úzkosti) byla katalyzátory těchto procesů zotavení. Nevyhnutelné otázky se v tomto ohledu zaměřují na jednu klíčovou záležitost: co by se stalo, pokud by k zásahu, i když krátkému, nedošlo? Zhoršily by se symptomy, nebo se staly chronickými? Byly by jednotlivci zranitelnější na výskyt další poruchy? Bohužel nemáme k dispozici žádné údaje, které by nám umožnily nevyvratitelně odpovědět na tyto otázky, ale máme jistotu, že tyto záležitosti jsou dostatečně relevantní k tomu, aby se staly předmětem a účelem budoucího výzkumu.

CLINICAL USEFULNESS OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL TREATMENTS FOR PSYCHOLOGICAL DISORDERS CAUSED BY TERRORIST ATTACKS WITH HIGH VICTIM RATES

Abstract: The purpose of this study is to assess the clinical usefulness of cognitive-behavioural therapies recommended for psychological disorders triggered by mass terrorist attacks and other catastrophes, and dealing specifically with acute stress and posttraumatic stress disorders. Forty patients including 39 adults (27 females and 12 males) ages 20–54, and an 11-year old boy, were individually treated at the Clinic between 15 March and 5 November 2004 after terrorist attack in Madrid on March 11, 2004. Our study proved, that multicomponent interventions based on therapeutic techniques which have been recommended by guidelines for treatment of stress disorders

(anxiety control, exposure and cognitive restructuring techniques) are useful for clinical practice dealing with individuals with psychological problems and disorders triggered by mass terrorist attacks.

Keywords: Kognitive-behavioral therapy KBT, mass terrorist attack, multicomponent intervention, psychological disorder, acute stress, posttraumatic stress disorder, psychological treatment