



**Psychological
Early
Intervention**



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Psych.E.In. Case Studies



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

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Psych.E.In. Zbiór Studiów Przypadków

Skierowany do psychologów, psychoterapeutów i psychoanalityków

Spis treści

Wstęp	2
Studium przypadku 1.....	4
Studium przypadku 2.....	7
Ciężki COVID-19 a objawy PTSD: Indywidualne podejście CBT z naciskiem na restrukturyzację poznawczą i akceptację.....	7
Studium przypadku 3.....	12
Studium przypadku 4.....	18
Studium przypadku 5.....	23
Rozwijanie „mikrokosmosu”: doświadczenia dzieci i nastolatków uchodźców w środowisku lokalnym.	23
Studium przypadku 6.....	27
Ścieżka rezyliencji w kryzysie pandemicznym: pierwsza ścieżka rezyliencji online w kryzysie pandemicznym jako Adleriański Zestaw Praktyk Psychologicznej Interwencji Kryzysowej i Prewencji, zgodnie z Adleriańską metodą Psychologii Indywidualnej.....	27
Podziękowania.....	32



Wstęp

Psychologiczna wczesna interwencja (Psych.E.In.) Zbiór Studiów Przypadków skierowany jest do psychologów, psychoterapeutów i psychoanalityków i obejmuje sześć studiów przypadków, które przedstawiają różne podejścia metodologiczne stosowane w różnych kontekstach emergencyjnych.

Doświadczenie partnerów Psych.E.In. jest wzbogacone o opis studiów przypadków bezpośrednio leczonych lub zaczerpniętych z literatury. Studium przypadku to wysoce elastyczna i spersonalizowana metoda uczenia się, która obejmuje uczenie się oparte na problemach i promuje rozwój umiejętności analitycznych, nie poprzestając na przywoływaniu wiedzy do analizy, ocenie i osobistym zastosowaniu. Podobnie, studia przypadków mogą ułatwić interdyscyplinarne uczenie się, zgodnie z zaleceniami we wczesnej interwencji psychologicznej, i mogą być wykorzystane do podkreślenia powiązań między treścią a zastosowaniami w świecie rzeczywistym. Studia przypadków zostały zgłoszone, aby ulepszyć osobiste uczenie się dorosłych poprzez promowanie i poprawę rezultatów zawodowych w zakresie ocen i umiejętności.

Interwencyjne warunki Wczesnej Interwencji Psychologicznej opisane w Zbiorze przypadków to:

- Setting 1: medyczne humanitarne sytuacje kryzysowe (takie jak epidemia i pandemia) (Przypadek 1 i Przypadek 5)
- Setting 2: klęski żywiołowe humanitarne sytuacje kryzysowe (takie jak trzęsienie ziemi, tornado, pożar, wywołane naturalnie lub związane z technologią) (Przypadek 2)
- Setting 3: zdarzenie traumatyczne dla zdrowia (Przypadek 3)
- Setting 4: katastrofy technologiczne humanitarne sytuacje kryzysowe (takie jak wypadki chemiczne lub nuklearne, NBC)
- Setting 5: społeczne humanitarne sytuacje kryzysowe (takie jak ataki terrorystyczne, zamieszki, przymusowe migracje z dużą obecnością uchodźców i osób ubiegających się o azyl, konflikty i wojny, przestępstwa, przemoc fizyczna lub samobójstwo, gwałtowna śmierć, osoby zaginione, porwane, torturowane) (Przypadek 4)
- Setting 5: wypadki (jak poważne wypadki drogowe, przy pracy lub w szkole)
- Setting 6: humanitarne sytuacje kryzysowe o zasięgu globalnym (konflikty i wojny, terroryzm, kryzys gospodarczy)

Zbiór studiów przypadków Psychological Early Intervention (Psych.E.In.) oferuje kompleksowy przegląd różnych podejść, które są rzadko spotykane we Wczesnej Interwencji Psychologicznej. Metody opisane w przypadkach to:

- Poznawczo-behawioralna — poznawcza restrukturyzacja i akceptacja (Przypadek 1 i Przypadek 3)
- EMDR (Terapia odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych) (Przypadek 2)
- Psychologia transkulturowa (psychologia etnokliniczna) i Analityka grupowa (Przypadek 4)
- Bio-psycho-społeczna metoda psychodynamiczna (Metoda adleriańska) (Przypadek 5)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Każdy przypadek zapewnia globalną interdyscyplinarną perspektywę przejmując kontrolę nad wszystkimi fazami sytuacji kryzysowej. Aby dowiedzieć się więcej, zapoznaj się ze stroną Psych.E.In.: Strona ze studiami przypadków i poznaj kolejne dobre praktyki pod linkiem: https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php



Studium przypadku 1

Techniki i interwencje w terapii żałoby

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (PL)

Autor: Ackerman Courtney E.

Słowa kluczowe: Pandemia, Żałoba, Techniki Terapii Doradczej

1. Opis zdarzenia

W czasie pandemii Covid-19 do Centrum Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii dla Profilaktyki i Wychowania w Kielcach trafiła rodzina składająca się z matki (50 l.), córki (22 l.) i syna (16 l.). Dwa miesiące wcześniej z powodu Covid-19 i niewydolności oddechowej zmarł ojciec rodziny (56 l.). Śmierć była niespodziewana. Mężczyzna chorował przez dwa tygodnie. Zgon nastąpił nagle w szpitalu. Zespół interwencyjny składał się z 2 osób (psychologów).

2. Ogólne okoliczności

Matka, pani Anna, bardzo źle funkcjonowała. Miała zaburzenia snu, nie mogła jeść, w ciągu miesiąca schudła ponad 5 kg. Budziła się w nocy, miała mnóstwo różnych negatywnych i złych myśli. Jej nastrój się pogorszył, czuła się bardzo zmęczona i słaba. Miała trudności z koncentracją. Przez cały dzień odczuwała silny niepokój. Bała się o swoją przyszłość i przyszłość swoich dzieci. Doświadczała również silnego poczucia winy. Obwiniła się za śmierć męża: „Gdybym wcześniej wezwała lekarza, mój mąż mógłby dalej żyć”. Była bardzo związana z mężem. Tworzyli dobre małżeństwo i zgraną rodzinę. Wszyscy byli sobie bliscy. Mieli plany na przyszłość. Pandemia i śmierć zabrały to wszystko.

Córka Elżbieta jest studentką. Studiuje marketing. Bardzo boi się o swoją mamę. Nie wie, jak jej pomóc. Ona sama też ma problemy ze snem. Nastrój ma również obniżony. Nie ma jednak problemów z jedzeniem. W domu przejęła wszystkie obowiązki. Mama nie może ich wykonywać. Pani Elżbieta robi zakupy, pilnuje, żeby rachunki były opłacone. Bardzo boi się o przyszłość. Początkowo często odwiedzała ich rodzina i przyjaciele. Teraz coraz mniej osób ich odwiedza. Zostali sami ze swoim nieszczęściem. Mama nie chce nigdzie wychodzić. Obecnie nie pracuje i nie pełni żadnych obowiązków.

Syn Mateusz uczy się w II klasie liceum ogólnokształcącego. Był głęboko poruszony śmiercią ojca. Nie spodziewał się tego. Był blisko z ojcem. Bardzo martwi się o swoją mamę. Boi się, że ona zrobi sobie coś złego. Mateusz obecnie śpi dobrze, nie ma problemów z jedzeniem. Chodzi do szkoły. W szkole nie ma problemów. Jednak często myśli o swoim ojcu. Ciągłe zadaje sobie pytanie: „Dlaczego tak się stało?”. Nie może pogodzić się ze śmiercią ojca.



Mateusz czasami jest wybuchowy i zły na innych ludzi i cały świat. Potem siada przy komputerze i gra. Czasami gra po kilka godzin. W domu nie rozmawiają o tym, co się stało. To zbyt bolesne. Boją się, że rozmowy jeszcze bardziej pogorszą stan matki. Nie rozmawiają też o przyszłości. Jest wiele rzeczy do zrobienia. Mama jednak nie jest w stanie się nimi zająć. Mateusz martwi się, co będzie dalej.

Interwienienci spotkali się z całą rodziną. Ocenili funkcjonowanie każdego członka rodziny. Najgorzej funkcjonuje mama, pani Anna. Ma objawy depresyjne: zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, obniżony nastrój, negatywne myśli o sobie, negatywne myśli o przyszłości, myśli rezygnacyjne (bez myśli samobójczych). Wycofuje się z codziennych zajęć, nie pracuje, nie wykonuje obowiązków domowych. Izoluje się od ludzi. Cóрка, pani Elżbieta, przejęła obowiązki domowe. Robi zakupy, gotuje, sprząta. Ma również objawy depresyjne i reakcję na traumę, ale nie tak silną jak jej matka. Cóрка chodzi na zajęcia i jest aktywna. Teraz martwi się głównie o mamę, mniej myśli o tym, co się stało. Syn Mateusz psychofizycznie funkcjonuje całkiem dobrze. Od bólu psychicznego ucieka jednak grając na komputerze. Mało wychodzi z domu, bo boi się o mamę. Chodzi do szkoły, nie ma problemów z nauką.

Rodzina znalazła się w bardzo traumatycznej sytuacji związanej ze śmiercią ojca i pandemią. Składa się z trzech osób: matki, córki i syna. Matka ma silne objawy depresyjne, cóрка przejęła obowiązki domowe, syn ucieka w gry komputerowe.

Komunikacja w rodzinie bardzo zawężona. Granice rodziny są teraz sztywne. Nastąpiło ograniczenie kontaktów z osobami spoza rodziny. Członkowie rodziny mocno się wspierają, okazują sobie wzajemną troskę, ale przede wszystkim w relacji dzieci do matki. Matka źle funkcjonuje w rolach życiowych. Dzieci w miarę dobrze funkcjonują w szkole, ale mają ograniczone kontakty społeczne.

3. Interwencja

Pierwsze spotkanie z rodziną. Rodzina zgłosiła się do ośrodka po pomoc. Stało się to za sprawą siostry Anny, która telefonicznie umówiła rodzinę. Pierwsze spotkanie poprowadziło dwóch interwentów. Mimo pandemii i zaleceń dotyczących kontaktu online zdecydowano się na kontakt bezpośredni, twarzą w twarz. Na potrzeby spotkania nawiązano współpracę z rodziną, zapewniając zrozumienie i wsparcie. Przeprowadzono diagnozę problemu. Oceniono funkcjonowanie każdego członka rodziny oraz całego systemu rodzinnego. Ustalono również oczekiwania rodziny co do celów i form pomocy. Konsultacja rodzinna miała na celu zwiększenie bezpieczeństwa i stabilizacji w sytuacji traumatycznej. Stworzono bezpieczne warunki do rozmowy o przeżytej traumie. Po raz pierwszy od śmierci ojca matka i dzieci rozmawiali wspólnie o zdarzeniu i obecnej sytuacji. Mogli też w bezpieczny sposób wyrażać swoje emocje i lęki. Wyrazili gotowość do dalszych spotkań. Interwienienci zaproponowali osobne spotkania dla każdego członka rodziny i wspólne spotkania dla całej rodziny. Przede wszystkim umówiono spotkanie Pani Anny z lekarzem w celu poprawy snu. Indywidualne spotkania z trzema różnymi interwentów odbywały się raz w tygodniu. Wspólne spotkania rodzinne odbywały się raz w miesiącu. Prace interwencyjne zaplanowano na sześć miesięcy. Indywidualna praca z mamą, panią Anną, miała na celu poprawę jej funkcjonowania i zmniejszenie objawów depresyjnych. Kolejnym celem było przepracowanie straty i żalu. Praca z dziećmi koncentrowała się na ich problemach i potrzebach nie tylko w kontekście utraty ojca, ale także obaw o mamę. Spotkania rodzinne koncentrowały się na wspólnym przeżywaniu żałoby i poprawie funkcjonowania systemu rodzinnego.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Efekty

Po trzech miesiącach funkcjonowanie mamy, pani Anny, uległo poprawie. Lekarz zalecił leki przeciwdepresyjne. Dzięki temu poprawił się jej sen i aktywność, zmniejszyły się objawy depresyjne. Pani Anna wróciła do obowiązków domowych i pracy. Dzięki temu córka mogła bardziej zaangażować się w życie poza rodziną. Syn Mateusz zaczął kontrolować swoje granie na komputerze, zaczął częściej kontaktować się ze znajomymi. Spotkania rodzinne bardzo pomogły w przeżywaniu żałoby. Podczas tych spotkań rodzina mogła wspólnie wyrazić swoje uczucia, zarówno smutek, jak i lęk przed przyszłością. Ważnym momentem w pracy z rodziną było napisanie listu pożegnalnego do ojca (6 miesięcy pracy terapeutycznej). Napisali wspólny list do ojca, ale każdy z osobna także napisał też do niego list. Zabrali te listy na cmentarz, na grób ojca.

Źródło: Ackerman Courtney E. (2018). 3 Grief Counseling Therapy Techniques & Interventions.
<https://positivepsychology.com/grief-counseling/>



Studium przypadku 2

Ciężki COVID-19 a objawy PTSD: Indywidualne podejście CBT z naciskiem na restrukturyzację poznawczą i akceptację

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet w Preszowie (SK)

Autor: Ľubica Zibrínová

Słowa kluczowe: COVID-19, PTSD, poznawcza restrukturyzacja i akceptacja

4. Opis zdarzenia

1. Scenariusz

Pacjent Piotr, lat 53, zgłasza się na interwencję po przebyciu ciężkiego COVID-19 z koniecznością wprowadzenia w stan śpiączki farmakologicznej na okres około 1 miesiąca. Po wyprowadzeniu ze śpiączki farmakologicznej i przy możliwości samodzielnego poruszania się, zgłosił się za radą lekarza rodzinnego i najbliższych. Skarży się na szereg obaw jakie pozostały mu przez pobyt w szpitalu. Najsilniejszy strach wynika z jego braku zaufania do lekarzy. Uważa, że nie mają wystarczających umiejętności zawodowych i wiedzy, przez co ludzie cierpią i umierają. Ma problem z pójściem na kontrolę, boi się, że znowu popełni jakiś błąd i tym razem umrze. Jego żona jest chora na raka, on bardzo boi się o jej życie i wpływ lekarzy na jej zdrowie. Na widok wiadomości lub lekarza wzdryga się i wracają wspomnienia ze szpitala oraz silne poczucie bezsilności i ostateczności.

2. Zespół Interwencyjny

Wyszkolony terapeuta CBT.

5. Ogólne okoliczności

Pacjent zaraził się COVID-19. Bardzo martwił się o życie swojej żony, nie przypuszczając, że on sam będzie w niebezpieczeństwie, zważywszy, że jego żona była chora na raka, a on do tej pory był zdrowy, bez wyjątków. Pojawiły się objawy choroby covidowej, z którą we wczesnych stadiach radził sobie w miarę dobrze. Po okresie inkubacji rozwinęła się faza objawowa z nietypowymi objawami infekcji dróg oddechowych (podobnymi do grypy). Typowym objawem była przejściowa utrata smaku i węchu.

Wczesne stadium płucne objawiało się dusznością w 5-8 dobie choroby. Stan się nie poprawił; wręcz przeciwnie, gorączka utrzymywała się i towarzyszyła jej duszność. Na tym etapie wirus spowodował już uszkodzenie płuc (wirusowe zapalenie płuc), a nieuregulowana reakcja immunologiczna ze wszystkimi jej konsekwencjami, tzw. burza cytokinowa, stopniowo narastała. Choroba postępowała do późnego stadium płucnego. Opisane objawy COVID-19:



- ciężka duszność
- silny, nieustanny ucisk w klatce piersiowej
- silny ból w klatce piersiowej
- utrata mowy, dezorientacja po przebudzeniu
- odkrztuszanie krwi
- podwyższona temperatura, gorączka
- suchy kaszel
- zmęczenie
- dreszcze
- utrata węchu lub smaku
- ból głowy
- ból mięśni lub stawów
- ból gardła

Następnie został wprowadzony w śpiączkę farmakologiczną na około 1 miesiąc, po czym został wybudzony. Po przerwaniu śpiączki farmakologicznej doszło do znacznego splątania, dezorientacji, utraty zdolności przypominania sobie przeszłości, utraty sprawności ruchowej i silnego bólu mięśni w całym ciele. Pomimo intensywnego leczenia przeciwzapalnego występował intensywny kaszel. Gniew mieszał się ze strachem i bezsilnością. Następnie został ustabilizowany i wypisany do opieki domowej. Zalecono intensywną rehabilitację w celu odzyskania sprawności ruchowej. Faza ta trwała około 5 miesięcy. W tej fazie opiekowała się nim żona (chora na raka). Toczył rozmowy w swoim umyśle, że jest w gorszej sytuacji niż ona, ponieważ jest zależny od jej pomocy. Nie mógł spać w nocy, bojąc się, że się nie obudzi. Na każdą wzmiankę o lekarzach, szpitalu i chorobie wzdygał się, nie mogąc opanować strachu, a żywe obrazy chwili po przebudzeniu wracały do niego. Następnie rozwinęła się symptomatologia pourazowa:

- koszmary senne
- przerażające myśli
- pocenie się i drżenie
- odmowa dyskusji na temat zdarzenia
- unikanie rzeczy przypominających zdarzenie
- poczucie oderwania i wyobcowania od innych
- niemożność przypomnienia sobie niektórych aspektów zdarzenia
- zmniejszone zainteresowanie życiem
- trudności z koncentracją
- trudności z zasypianiem lub budze się i niemożność zaśnięcia
- zmienność nastroju
- drażliwość
- wybuchy złości
- nadmierna czujność wobec potencjalnego zagrożenia
- doświadczanie destrukcyjnych uczuć podczas podobnych zdarzeń
- poczucie winy
- fobie
- zaburzenia lękowe
- ciężka depresja
- bóle głowy
- ból w klatce piersiowej
- fizyczny niepokój i ból
- osłabiony układ odpornościowy



- problemy z podstawowym funkcjonowaniem

6. Interwencja

Stosowanie kontrolowanego oddychania połączonego z ekspozycją na wspomnienia i bieżące wydarzenia oraz restrukturyzacja poznawcza – w celu zaakceptowania prawdziwego życia z obecnością ewentualnych chorób nawet o bardzo poważnym charakterze.

W pierwszej fazie interwencji po prostu rozmawialiśmy z klientem i pytaliśmy o fakty wspierające jego funkcje poznawcze. Następnie zastosowaliśmy krótką baterię diagnostyczną, mającą na celu zorientowanie go na słabe punkty mechanizmu psychologicznego, które wymagały wzmocnienia w terapii. Zastosowaliśmy schematy dezadaptacyjne Younga – 90-itemowy kwestionariusz YSQ-S3 SK, poprawioną Skalę Wpływu Zdarzeń (IES-R), PHQ-9 dla objawów depresji oraz 7-itemową Skalę Lęku Uogólnionego (GAD- 7). Interwencja zostanie opisana w 7 krokach interwencyjnych (sesjach):

1. Interwencja –Wykorzystanie technik stabilizacyjnych do treningu tu i teraz

Zastosowano techniki stabilizacyjne, aby sprowadzić przytłoczony niepokój/napięcie do stanu „tu i teraz”, czyli do teraźniejszości. Stosowaliśmy: **liczenie od 100-7** („włączanie” funkcji poznawczych); **współczującą uważność**: siedzenie i obserwowanie, jakie doznania pojawiają się w ciele. Kiedy były zauważane, można było pomyśleć: witam; **oddech kwadratowy**: wdychanie przez nos przez 4 sekundy. Wstrzymanie oddechu na 4 sekundy. Wydychanie przez nos przez 4 sekundy. Wstrzymanie przez 4 sekundy. W myślach przechodzimy po bokach kwadratu. Zalecamy wykonanie ćwiczenia w pozycji siedzącej, a następnie podczas chodzenia.

2. Interwencja –Stosowanie technik poprawiających koncentrację uwagi

- wypisanie wszystkiego, co znajduje się w pokoju (lub co jest zielone, itp.) Procedura pomaga mózgowi rozszerzyć percepcję na inne rzeczy.
- Siedzę na krześle z zamkniętymi oczami i po prostu zauważam i obserwuję: Które części ciała dotykają krzesła? Gdzie jest większy nacisk? Które części ciała są ciepłe, a które zimne? Jakie dźwięki dochodzą do mnie z zewnątrz i z wnętrza ciała? Jakie zapachy do mnie docierają? Jaki smak mam w ustach? Otwieram oczy i obserwuję, jakie barwy do mnie docierają – Zatrzymanie, wycofanie się z tego, co się dzieje. Oczami wyobraźni wyobrażam sobie pozycję „drona” i po prostu obserwuję tę odległość.

3. Interwencja – Spotkanie akceptacji negatywnych emocji – znalezienie pozytywnego związku z negatywną emocją

Technika RUZN do radzenia sobie z nieprzyjemnymi uczuciami i do akceptacji emocji bez wewnętrznego radzenia sobie z nią przez pacjenta

- 1. R – ROZPOZNAĆ** – rozpoznać jego uczucia i emocje, które mu się przytrafiają, stawać się ich świadom.
- 2. U – UMOŻLIWIĆ** – pozwolić doświadczeniu być takim, jakie jest, zaakceptować te uczucia. Pozwolić im być takimi, jakimi są w tej chwili. Tego rodzaju przyzwolenie pozwoli mu być w większym kontakcie ze sobą i nie pozostawać w niechęci/oporze.
- 3. Z - ZBADAĆ** – delikatnie zbadać i zwrócić swoją ciekawość na doświadczenie. Po prostu zadaj sobie pytanie „Co się ze mną dzieje? Co zwraca moją uwagę? Jak to czuję w swoim ciele?”



4. N - NATURALNA ŚWIADOMOŚĆ lub NIEAKCEPTACJA – naturalna świadomość nieutożsamiania się z nieprzyjemnym uczuciem lub myślą. Nasze JA nie jest ograniczone chwilowymi emocjami i na tym polega wolność.

4. Interwencja

- Pacjent odczuwał irracjonalną potrzebę uspokojenia i kontroli nad tym, co się dzieje, więc szukaliśmy nowych opinii i postaw na temat rzeczywistych wydarzeń.
- Konstrukttywne punkty widzenia: Zapewnienie konstruktywnej perspektywy tego, czego doświadczamy. W każdej sytuacji szukaliśmy zasobów, które można wykorzystać. Staraliśmy się wspierać to, co możemy zrobić.
- Skoncentrowany na tu i teraz: nie mamy wpływu na to, co się wydarzy. Wszystkie plany zostały złamane. Ważne jest, aby skupić się tylko na danym dniu, na „tu i teraz”. Na tym, co jest tutaj, co jest w moim zasięgu.

5. Interwencja – Restrukturyzacja poznawcza

Ta metoda służy do:

1. uświadomienie sobie negatywnych myśli, które mają wpływ na pojawienie się negatywnego nastroju
2. zbadać zasadność myśli
3. znaleźć racjonalne myśli
4. przetestować zasadność racjonalnej reakcji w rzeczywistych sytuacjach

Za pomocą dialogu sokratejskiego zbadaliśmy zasadność myśli:

- lekarzom nie można ufać, nie mają wiedzy ani wystarczających umiejętności zawodowych
- nie mogę zasnąć, kiedy zasnę, nie obudzę się
- moja żona ma raka, a ja jestem w gorszej sytuacji niż ona
- jeśli pójdę do lekarza, zrobi mi krzywdę i umrę
- jestem chory, już nigdy nie będę sprawny

Zadano następujące pytania (tematy):

1. Co za tym przemawia? Co jest przeciw?
2. Czy są inne możliwe wyjaśnienia?
3. Co ktoś inny pomyślałby w takiej sytuacji?
4. Czy ten pomysł opiera się na przeczuciu czy na rzeczywistości?
5. Jakie są zalety lub wady myślenia w ten sposób?
6. Jakie błędy logiczne popełnia?
7. Czy zapomina o ważnych faktach i przecenia znaczenie drobiazgów?
8. Czy nie myśli w skrajnych kategoriach — wszystko albo nic?
9. Czy nie zajmuje się pytaniami, na które nie można odpowiedzieć?
10. Czy nie stawia sobie surowszych wymagań niż innym?
11. Czy nie przecenia prawdopodobieństwa wystąpienia określonego zdarzenia?
12. Nawet gdyby wydarzyło się to, czego obawia się pacjent – co byłoby tak strasznego?
13. Czy pacjent nie bierze również odpowiedzialności za wydarzenia od niego niezależne?



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

6. Interwencja – Akceptacja rzeczywistości, akceptacja choroby jako możliwej części życia

John Leach powiedział: „Ofiary zostały wydobyte z łodzi ratunkowych wyposażonych w skrzynki ratunkowe (race, żywność, apteczka i inne), których nikt nawet nie otworzył, a ważna zawartość nie została wykorzystana. Ktoś po prostu poddaje się zbyt wcześnie”.

W trudnych sytuacjach każdy ma ograniczoną ilość zasobów. Ważne jest, aby dobrze zarządzać zasobami i szukać kreatywnych rozwiązań – takich, o których w pierwszej chwili byśmy nie pomyśleli. Połącz różne opcje i zastąp zasoby czymś innym...

Zaproponowane ćwiczenia dały następujące możliwości:

- Biorąc pod uwagę niestabilność ruchową, czytaj 1 godzinę dziennie – można stosować nawet u chorych.
- Aby wzmocnić stabilność motoryczną, zbuduj model samolotu, niezależnie od jakości rezultatu – może go wykonać nawet osoba chora.
- Rozpoczęcie nauki języka obcego – trening pamięci – może to wykonać osoba chora.
- Pomaganie chorym – na zakończenie terapii pacjent przeszedł kurs masażu, aby być pomocnym osobom chorym, niedołącznym, aby ulżyć innym w bólu i zobaczyć, jak ważne jest niesienie pomocy.
- Odwrócenie uwagi od samoanalizy, aby pomóc innym. Wytrwać oznacza „nie poddawać się”, bez względu na to, jak trudne mogą być sprawy.

7. Interwencje – Poszukiwanie pozytywnego znaczenia traumy w rozwoju osobistym pacjenta.

4. Efekty

1. Wskaźniki rezultatu (np. IES-R)

Znacząca poprawa objawów PTSD, depresji i lęku mierzona za pomocą IES-R, PHQ9, GAD-7.

2. Symptomatologia

Znacząco zmniejszona symptomatologia PTSD, a także objawy depresji i lęku uogólnionego. Zmiana perspektywy sytuacji życiowej. Wzrastające docenianie życia i wdzięczność, że jego życie zostało uratowane i że inni mu pomogli. Taka perspektywa prowadzi do większej otwartości na innych i większej chęci niesienia pomocy innym.

3. Funkcjonowanie społeczne

Stanie się bardziej otwartym na innych zmniejsza jego wrogość i znacznie redukuje izolację społeczną. Poprawa w codziennym funkcjonowaniu. Zmiana pracy po 13 latach na pracę bardziej adekwatną do jego możliwości, potrzeb i wykształcenia. Szuka możliwości, jak może pomagać innym jako wolontariusz w szpitalu. Lepsza akceptacja zmian życiowych (np. posiadania nowych sąsiadów).

5. Globalna interdyscyplinarność

To studium przypadku może być dobrym przykładem pracy krok po kroku z klientem, który przeżył traumę. Poprzez radzenie sobie z objawami ostrego stresu, m.in. poprzez trening w zakresie technik regulowania oddechu i uziemiania, a następnie zmianę perspektywy patrzenia na traumę poprzez restrukturyzację poznawczą i akceptację traumatycznego doświadczenia i jego konsekwencji, co pomaga zintegrować doświadczenie z własnym życiem. Techniki przedstawione w studium przypadku mogą być również stosowane oddzielnie w różnych fazach stresu i w różnych podejściach oraz przez różne osoby zapewniające



interwencję skoncentrowaną na traumie. Opisanie każdego kroku interwencji w kontekście konkretnego przypadku pozwala lepiej zrozumieć, w jaki sposób te kroki interwencji mogą być pomocne w przetwarzaniu reakcji pourazowych, integracji doświadczenia traumatycznego oraz w procesie wzrostu potraumatycznego.

Źródło: Ľubica Zibrínová. Individual CBT interventions with client suffered with severe COVID-19. Case study from own clinical practice. Ambulance of Clinical Psychology, Presov, Slovakia.

Studium przypadku 3

Interwencje w przypadku zdarzeń krytycznych

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie EMDR Włochy (IT)

Autor: Roger M. Solomon

Słowa kluczowe: Interwencje, interwencja EMDR

Metoda: EMDR

1. Opisanie zdarzenia

Scenariusz

Tragedia całej społeczności dotyka wielu osób, gdy infrastruktura społeczności została zniszczona, a inne problemy wysuwają się na pierwszy plan jako bezpośrednie następstwo (schronienie, żywność, bezpieczeństwo itp.).

2. Ogólne okoliczności

1. Ogólne warunki ofiar/grupy. Objawy wg ICD 11

W przypadku zdarzenia krytycznego na ofiary mogą mieć wpływ:

- Ostre zaburzenie stresowe (ASD)
- Depresja
- Skomplikowane reakcje na żałobę
- Strach, niepokój, pobudzenie fizjologiczne na poziomie zakłócającym funkcjonowanie
- Problemy z kontrolą gniewu
- Ciężkie stany dysocjacyjne
- Niepełnosprawność funkcjonalna
- Nadużywanie substancji
- Zaburzenia w związku

2. Wpływ na ogólny obecny poziom funkcjonowania ofiary



Początkowo osoby, które przeżyły, mogą być w szoku, więc najważniejsze są mniejsze interwencje, które koncentrują się na stabilizacji. Są to interwencje, które promują poczucie bezpieczeństwa, obniżają pobudzenie, edukują i wspierają adaptacyjne strategie radzenia sobie.

3. Interwencja

Ważne jest, aby przyjąć podejście podłużne i zapewnić ciągłość interwencji psychologicznych w celu zaspokojenia zmieniających się potrzeb w czasie i zgodnie z rozwijającą się fazą zdrowienia, której doświadczają osoby. W następstwie krytycznego incydentu w zakresie trzech szerokich, nakładających się celów klinicznych, które zmieniają się w czasie:

Stabilizacja (pierwsze 48 godzin lub dłużej),
Radzenie sobie i identyfikacja zasobów (od 24 godzin do 12 tygodni),
oraz *Wsparcie w dochodzeniu do zdrowia* (od 2 tygodni do 52 tygodni).

Strategie interwencji można opracować według:

1. Populacja-target—Kto potrzebuje interwencji?
2. Typ zdarzenia—Jakie interwencje są właściwe?
3. Czas —Kiedy?
4. Tematy — Jak są fakty związane ze zdarzeniem, problemy i obawy?
5. Zasoby — Kto jest najlepszym dostępnym źródłem wsparcia?
6. Bieżąca ocena.

1. Opis fazy początkowej – pierwsze 48 godzin (triaż/docieranie... ewakuacja, ocena szkód).

Celem interwencji w ciągu pierwszych 48+ godzin jest stabilizacja. Stan przejściowy po zdarzeniu, kiedy dana osoba próbuje potwierdzić, zweryfikować i zrozumieć swoje doświadczenie, jest krytycznym okresem, w którym osoby po traumie są podatne na sugestię i skłonne do dysocjacji, gdy otrzymują wskazówkę. Celem interwencji psychologicznej w bezpośrednim następstwie jest stabilizacja –regulowanie emocji i zapewnienie konstruktywnych strategii radzenia sobie w celu zmniejszenia pobudzenia, zwiększenia kontroli i zapobieżenia pogorszeniu się dystresu lub szkód. Należy zminimalizować ekspozycję na bodźce pobudzające.

2. Pierwsza interwencja psychospołeczna (stabilizacja, dostęp do zasobów, tymczasowe schronienie i/lub zakwaterowanie)

Ocena Funkcjonowania/Potrzeb. Ocena funkcjonowania/potrzeb (triaż) jest przeprowadzana w celu ustalenia, co jest potrzebne. Należy przeprowadzić ocenę, aby ocenić wpływ zdarzenia i określić, co jest potrzebne.

Pierwsza Pomoc Psychologiczna. Psychologiczna pierwsza pomoc (PPP) polega na stosowaniu pragmatycznych interwencji, udzielanych w fazie bezpośredniego oddziaływania osobom, które doświadczają ostrych reakcji stresowych lub które wydają się niezdolne do samodzielnego odzyskania wystarczającej równowagi funkcjonalnej (Young, 2006). Celem PPP jest pomoc w adaptacyjnym radzeniu sobie i rozwiązywaniu problemów. PPP obejmuje interwencje ukierunkowane na 1. Bezpieczeństwo. 2. Uspokojenie/stabilizację. 3. Łączność z innymi. 4. Zwiększenie własnej skuteczności i upodmiotowienie. 5. Nadzieję.



3. Interwencje indywidualne

Indywidualna Interwencja Kryzysowa. Kiedy osoba jest szczególnie zdenerwowana, uzasadniona jest sesja indywidualna, jako przeciwieństwo interwencji grupowej. Narażenie na historie innych ludzi może zintensyfikować reakcje tej osoby. Przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności EMDR można stosować w kontekście interwencji kryzysowej (Solomon, 1998) i jest ona szerzej omówiona w artykułach Kutza oraz E. Shapiro i Laub z tego zakresu.

4. Interwencje grupowe: Psychospołeczna interwencja w sieci rodzinnej, społeczności... szkoła, organizacja, oddział

Briefingi Zarządzania Kryzysowego [Crisis Management Briefings] (Mitchell i Everly, 2000), zwane także Orientacją na Stres w Przypadku Zdarzenia Krytycznego [*Critical Incident Stress Orienting*] (Solomon & Macy, 2003). Ta interwencja jest jak spotkanie w ratuszu i może być zastosowana do dużych grup osób. Spotkanie ma charakter informacyjny i koncentruje się na przedstawieniu faktów dotyczących tego, co się wydarzyło oraz nauczaniu normalnych reakcji i umiejętności radzenia sobie. Spotykając się z innymi osobami w pewnym, bezpiecznym środowisku zapewnia strukturę, wzmacnia spójność grupy i zmniejsza izolację oraz stwarza okazję do triażu.

Demobilizacja (Mitchell i Everly, 1996, 2000). Taka interwencja jest zwykle udzielana personelowi służb ratowniczych po zdarzeniu na dużą skalę, gdy zaangażowanych jest zbyt wiele osób, aby zapewnić bardziej spersonalizowane wsparcie. Ma to być szybka sesja informacyjno-wypoczynkowa po zdarzeniu. Po zwolnieniu z miejsca zdarzenia jednostki mogą zgłosić się do punktu, w którym otrzymają krótką sesję informacyjną (np. 10 minut) na temat stresu i radzenia sobie ze zdarzeniem krytycznym oraz mają trochę czasu (np. 20 minut) na posiłek i odpoczynek. Dostawca usług psychologicznych może zaoferować krótkie informacje i nieformalne badanie dla osób, które mogą potrzebować dalszej pomocy.

Rozładowywanie (Mitchell i Everly, 1996, 2000). Rozładowywanie to spotkanie grupowe lub dyskusja na temat krytycznego zdarzenia, przeprowadzana w ciągu pierwszych kilku godzin po zdarzeniu. To nie jest właściwa interwencja w przypadku masowej katastrofy. Zazwyczaj ci, którzy podzielają tę samą perspektywę, są umieszczani w jednej grupie, np. grupie roboczej osób na miejscu zdarzenia lub tych, którzy dzielą określoną perspektywę. Wzmacnia to korzyści płynące ze spójności grupy i identyfikacji oraz zmniejsza izolację. Grupy mogą być bardzo pomocne w walidacji i normalizacji doświadczenia. Rozładowywanie trwa zwykle 20–45 minut. Celem jest złagodzenie wpływu zdarzenia, zmniejszenie objawów, przyspieszenie procesu powrotu do zdrowia i ocena zapotrzebowania na dalsze usługi. Podkreśla się powstrzymywanie, a nie otwieranie. Rozładowywanie może przeprowadzić odpowiednio przeszkolony profesjonalista.

Skierowanie. Jeśli osoby są poważnie dotknięte i nie radzą sobie dobrze, potrzebne jest skierowanie na dalszą ocenę i leczenie. Podstawowe przykłady stanów wymagających skierowania obejmują listę objawów opisanych w akapicie 2.

5. Opis ostrej fazy 24 godziny-12 tygodni (radzenie sobie i identyfikacja zasobów).

Ważną częścią zdrowienia jest identyfikacja dostępnych zasobów, które mogą pomóc w promowaniu powrotu do zdrowia. Zasoby te obejmują sieć społecznościową (przyjaciele i rodzina), usługi społeczne, usługi profesjonalne, instytucje religijne, usługi medyczne itp. Po kilku dniach należy przeprowadzić ocenę mającą na celu określenie, jakie interwencje są właściwe i kiedy.



Podsumowanie dotyczące Stresu w Przypadku Zdarzenia Krytycznego [*Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*] (Mitchell i Everly, 1996, 2000). Dobrowolna, poufna, pozbawiona wartościowania dyskusja na temat zaangażowania, myśli i reakcji wynikających ze zdarzenia. Lider jest specjalistą w zakresie zdrowia psychicznego. Przeszkolony personel wzajemnego wsparcia często pomaga w podsumowaniach przeprowadzanych dla pracowników służb ratunkowych. CISD zapewnia również edukację i dyskusję na temat stresu i radzenia sobie. Jest przeprowadzane z jednorodnymi grupami (tj. grupami, które mają ten sam punkt widzenia na darzenie) po zakończeniu zdarzenia. Zwykle udziela się go 1–14 dni po kryzysie, ale w zależności od sytuacji może to nastąpić później. W związku z tym CISD może nie mieć natychmiastowego zastosowania po masowej katastrofie, której skutki są długotrwałe i ciągłe. Celem CISD jest złagodzenie ostrych objawów, ocena potrzeby monitorowania, promowanie powrotu do zdrowia i, jeśli to możliwe, ułatwienie psychologicznego zamknięcia.

Ponadto CISD daje możliwość oceny, kto może potrzebować skierowania na dalsze usługi. CISD nie jest leczeniem traumy, ale metodą interwencji kryzysowej, która musi mieścić się w kompleksowych ramach. CISD był nieco kontrowersyjny. Narażenie na historie innych ludzi może zwiększać niepokój i może nie być wskazane (Wessely, Rose i Bisson, 1998). Na przykład osoby wykazujące znaczące oznaki dysocjacji, ostrego niepokoju i pobudzenia lub osoby, które się izolują, mogą odczuć negatywny wpływ historii innych ludzi i mogą odnieść większe korzyści z pierwszej pomocy psychologicznej lub sesji indywidualnych. Chociaż CISD może zapewnić nadzwyczajne wsparcie i naukę dla grup dotkniętych zdarzeniem krytycznym, obowiązkowe CISD może w rzeczywistości nasilić objawy pobudzenia i unikania.

Indywidualna Interwencja/Stabilizacja. Osoby, które przeżyły, doświadczające znaczących objawów, mogą czerpać korzyści z indywidualnych sesji, podczas których można bardziej szczegółowo zająć się problemami. Usługodawca może przeprowadzić badanie/triaż pod kątem istotnych objawów i zapewnić możliwość zindywidualizowanej interwencji.

Usługi dla Rodzin. Członkowie rodziny mogą mieć własne reakcje stresowe na to wydarzenie, wpływając na rodzinną atmosferę i zakłócając powrót do zdrowia. Bardzo korzystne mogą być specjalne warsztaty i sesje informacyjne dla członków rodziny, a także sesje indywidualne i rodzinne.

EMDR. Najwcześniejszym momentem, w którym autor zwykle stosuje EMDR, jest moment, w którym zaczęto odczuwać wpływ emocjonalny, a często później. Początkowo po krytycznym zdarzeniu może wystąpić szok, odrętwienie, zaprzeczenie, dysocjacja i inne mechanizmy psychologiczne, które służą do odparcia przytłaczających emocji (Solomon i Macy, 2003). W pewnym momencie rzeczywistość tego, co się wydarzyło, znaczenie i emocje zaczynają być doświadczane. Wtedy EMDR może być przydatny. Może to nastąpić dzień lub dwa po zdarzeniu, do kilku miesięcy, w zależności od reakcji osoby, która przeżyła krytyczne wydarzenie. Protokół EMDR dla Niedawnych Krytycznych Wydarzeń [*Recent Event*] (Shapiro, 2001) okazał się przydatny, a Izraelczycy omówili bardziej szczegółowo wczesne interwencje EMDR w przypadku niedawnych wydarzeń.

6. Opis fazy działań następczych [*follow up*] 2 tygodnie-52 tygodnie (rekonwalescencja i rozwiązanie).

Dalsze wsparcie i usługi mogą wymagać ciągłej dostępności, a ocena powinna być prowadzona na bieżąco. Na podstawie wydanych skierowań należy przeprowadzić działania następcze.

Wpływ i znaczenie zdarzenia zmieniają się w czasie. Interwenci mogą zaoferować dalsze podsumowania i spotkania grupowe, które mogą sprzyjać integracji zdarzenia, wspierać przystosowanie się do świata



obecnie postrzeganego jako inny oraz zwiększać odporność, aby wzmocnić zdolność jednostki i grupy do radzenia sobie.

Spotkanie po Zdarzeniu Krytycznym [Postcritical Incident Seminar (PCIS)]. Spotkanie dotyczące okresu po zdarzeniu krytycznym to kilkudniowa (np. 3–4 dni), multimodalna interwencja grupowa wykorzystywana przez wiele organizacji do dalszego wsparcia. Po upływie kilku miesięcy i osiągnięciu pewnego dystansu psychicznego od zdarzenia, obserwacja może być pomocna w radzeniu sobie z długoterminowymi konsekwencjami zdarzenia. Kilkudniowa formuła zapewnia wystarczającą ilość czasu na opowiedzenie własnej historii, interakcję z innymi osobami, które doświadczyły zdarzenia krytycznego (co jest niezwykle pomocne w walidacji i legitymizacji reakcji na zdarzenie), edukację w zakresie typowych reakcji i umiejętności radzenia sobie oraz do dalszej pracy nad zdarzeniem. Ten format okazał się skuteczny w zmniejszaniu objawów traumy (Solomon i Kaufman, 2002). Stwierdzono, że dodanie EMDR do tej struktury skutkuje większą redukcją objawów niż sam warsztat (Solomon i Kaufman, 2002).

4. Efekty

1. Wskaźniki rezultatu

Kiedy mamy do czynienia z tragedią, należy pamiętać, że nie wszystkie oznaki i symptomy ostrego dystresu są patologiczne. Co więcej, ludzie, którzy doświadczyli zdarzenia krytycznego, mogą mieć dobre umiejętności radzenia sobie i dobre systemy wsparcia społecznego, które umożliwiają zdrową rekonwalescencję. Interwenujący musi rozumieć wartości kulturowe, żargon i język techniczny, funkcje zawodowe, nieodłączne czynniki stresogenne i rodzaje traum nieodłącznie związane z zawodem. W szerszym kontekście ważna jest elastyczność w kontaktach z różnymi kulturami etnicznymi.

2. Symptomatologia

Testy oceniające (np. IES-R) służą do sprawdzenia głównej symptomatologii. W następstwie tragedii ważne jest przyjęcie podejścia podłużnego i zapewnienie kontinuum interwencji w celu zaspokojenia zmieniających się w czasie potrzeb. Zbyt często klinicyści przeprowadzają „jednorazowe” interwencje w kilka dni po tragedii i nie radzą sobie z długoterminowymi konsekwencjami psychologicznymi. Opisane tutaj „menu” interwencji zostało zaprojektowane w celu wzmocnienia normalnych procesów zdrowienia w normalnych populacjach, które mają normalne reakcje na nienormalne zdarzenia, w normalnym czasie. Interwencje te nigdy nie miały być terapią (z wyjątkiem EMDR) ani substytutem terapii. Jednak dzięki zastosowaniu kompleksowego i długoterminowego podejścia metody te mogą pomóc złagodzić skutki zdarzenia, promować powrót do zdrowia i zapewnić możliwość badania przesiewowego osób potrzebujących dalszego leczenia.

5. Globalna interdyscyplinarność

Podsumowując, opisana przez Rogera Solomona interwencja w przypadku zdarzeń krytycznych uwzględnia perspektywę podłużną, prospektywną, interdyscyplinarną i globalną.

Podłużna i prospektywna w ujęciu w jakim jest opracowana obejmuje trzy różne fazy sytuacji kryzysowej (faza ostra bezpośrednio poprzedzająca zdarzenie krytyczne, faza ostra i faza następcza), z podkreśleniem konieczności zapewnienia ciągłości pracy we wszystkich fazach interwencji i unikania interwencji na „jedno podejście”.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Interwencja w Przypadku Zdarzeń Krytycznych jest **interdyscyplinarna** ze względu na możliwość integracji wielowarstwowych interwencji, które uwzględniają różnorodność potrzeb ofiar. W szczególności potrzeby psychospołeczne (podstawowe potrzeby biologiczne, takie jak jedzenie, mieszkanie), potrzeby bezpieczeństwa (opieka, bezpieczeństwo fizyczne), potrzeby psychologiczne (spokój, relacje z siecią społeczną, poczucie kontroli, przetwarzanie traumatycznych doświadczeń).

Wreszcie, Interwencja w Przypadku Zdarzeń Krytycznych jest **kompleksowa**, ponieważ implikuje podejście bio-psycho-społeczne, odnosząc się do interwencji uwzględniającej kulturowy, społeczny, ekonomiczny i duchowy kontekst ofiar. Odnosi się to również do wszystkich rodzajów ofiar (ofiary bezpośrednie, ofiary pośrednie, ratownicy i ofiary wrażliwe).

Źródło: Solomon, R. M. (2008). Critical incident interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 160.



Studium przypadku 4

Restrukturyzacja CBT, wizualizacja i ponowne przeżycie u kobiet z objawami PTSD

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (CZ)

Authorzy: Susan Ayers, Kristie McKenzie-McHarg, Andrew Eagle

Słowa kluczowe: indywidualna, PTSD, okołoporodowa

Metoda: Postnatalne PTSD i wykorzystanie restrukturyzacji poznawczej oraz innych technik CBT

1. Opis zdarzenia

Scenariusz

Sara miała 35 lat. Jej córka urodziła się 14 miesięcy wcześniej i była owocem planowanej ciąży. Sarah przerwała niechcianą ciążę, gdy miała 19 lat, co utrzymywała w tajemnicy przez 16 lat, ponieważ myślała, że ludzie będą ją oceniać negatywnie. Sarah była bardzo niespokojna podczas ciąży, ponieważ bała się ujawnić aborcję i martwiła się, że coś może pójść nie tak z ciążą jako zemsta za aborcję. Podczas ciąży Sarah miała częste krwawienia i w celu zbadania przyczyny wykonano kolposkopię. Wody płodowe Sary odeszły przed terminem, a poród rozpoczął się trzy dni później. Było zamieszanie związane z indukcją i Sarah przybyła do szpitala myśląc, że jedzie na rutynową kontrolę a została natychmiast przyjęta na indukcję porodu. W tym momencie wpadła w panikę, ponieważ była nieprzygotowana, nie miała przy sobie żadnych rzeczy osobistych, a jej męża nie było. Położna, która uczestniczyła w porodzie Sary, nie miała zrozumienia dla jej wysokiego poziomu niepokoju. Po bolesnym badaniu wewnętrznym, podczas którego Sarah płakała i prosiła położną, aby przestała, położna powiedziała: „Jeśli myślisz, że to boli, to jak zamierzasz rodzić?” Od tego momentu poród Sarah był pełen bólu, bardzo wysokiego poziomu stresu i strachu przed położną, która nadal była szorstka i nieczuła wobec Sarah. Sarah powiedziała: „położna na mnie warczała... całkowicie zniósłam swoje bariery ochronne i byłam przerażona... nie wiedziałam, co jest dobre, a co złe”. Po 25 godzinach Sarah miała tylko jeden centymetr rozwarcia, więc jej córka urodziła się przez cesarskie cięcie, podczas którego Sarah myślała, że może umrzeć. Sarah zgłosiła, że zaczęła czuć cesarskie cięcie w połowie zabiegu i dostała morfinę. Zgłosiła dysocjację podczas cesarskiego cięcia i nie pamięta nic z 12 godzin po porodzie.

2. Ogólne okoliczności

1. Ogólny stan ofiary

Sarah opisała pierwsze kilka miesięcy po porodzie jako „zamazane” i zajęło jej rok nawiązanie więzi z córką. Wydaje się, że głównymi tematami doświadczeń porodu Sarah były:

- uczucie przerażenia, bezbronności i braku kontroli;
- wysoki poziom dezorientacji i późniejszej dysocjacji;
- potwierdzenie jej przekonania, że inni będą ją oceniać i krzywdzić – poprzez jej doświadczenia z położną.

2. Skutki kryzysów emocjonalnych, somatycznych, poznawczych, behawioralnych



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- **Emocje:** Bardzo trudno było jej nawiązać więź z córką. Doświadczyła mnóstwa obwiniania siebie i złości na siebie. Miała obsesję na punkcie porażek z przeszłości i czuła się bezwartościowa.
- **Ciało:** Sarah odczuwała brak energii, zmęczenie, nawet drobne zadania wymagały dodatkowego wysiłku. Wystąpiły również zaburzenia snu.
- **Poznanie:** Kłopoty z koncentracją, zapamiętywaniem rzeczy oraz częste i nawracające myśli związane z porodem.
- **Zachowanie:** Dużo płakała, w pierwszych dniach po porodzie odpoczywała w łóżku i nie była w stanie wykonywać żadnych czynności życia codziennego.

3. Objawy według ICD 11

Objawy PTSD:

- Flashbacki
- Koszmary
- Silna reakcja fizyczna i emocjonalna na wszelkie wspomnienia o porodzie
- Odrętwienie emocjonalne
- Płacz

Objawy łagodnej depresji:

- Brak energii
- Zaburzenia snu
- Płacz
- Samoobwinianie

4. Wpływ ogólnego aktualnego poziomu funkcjonowania ofiary

Cztery miesiące po porodzie lekarz pierwszego kontaktu zdiagnozował u Sarah depresję poporodową. Była leczona lekami przeciwdepresyjnymi i uczęszczała do lokalnej grupy wsparcia poświęconej depresji poporodowej. To bardzo pomogło jej funkcjonować w roli matki.

W porównaniu z dotychczasowym poziomem funkcjonowania oceniła go jako spadek, szczególnie w zakresie poziomu energii i entuzjazmu do „robienia rzeczy”.

3. Interwencja

1. Description of the initial phase

Została skierowana do zespołu wsparcia psychologicznego przez lekarza pierwszego kontaktu.

Podczas tej pierwszej sesji wydawało się, że ponownie przeżywała poród i była przerażona, płakała i trzęsła się. Jej retrospekcje dotyczyły tego, jak leżała na sali porodowej, czując się bezradna i przerażona, a położna wchodziła przez drzwi.

2. Pierwsza interwencja psychospołeczna

Praca z oddechem i normalizacją emocji, akceptacja Sarah jako matki, która stara się jak może będąc tutaj i próbując pracować nad sobą.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Ćwiczenia **oddechowe**, aby się uspokoić, gdy czuje się emocjonalnie przytłoczona.

Psychoedukacja na temat objawów depresji i PTSD.

Zawarcie **kontraktu** – chce poczuć się lepiej i znów być sprawna w życiu.

3. Interwencja

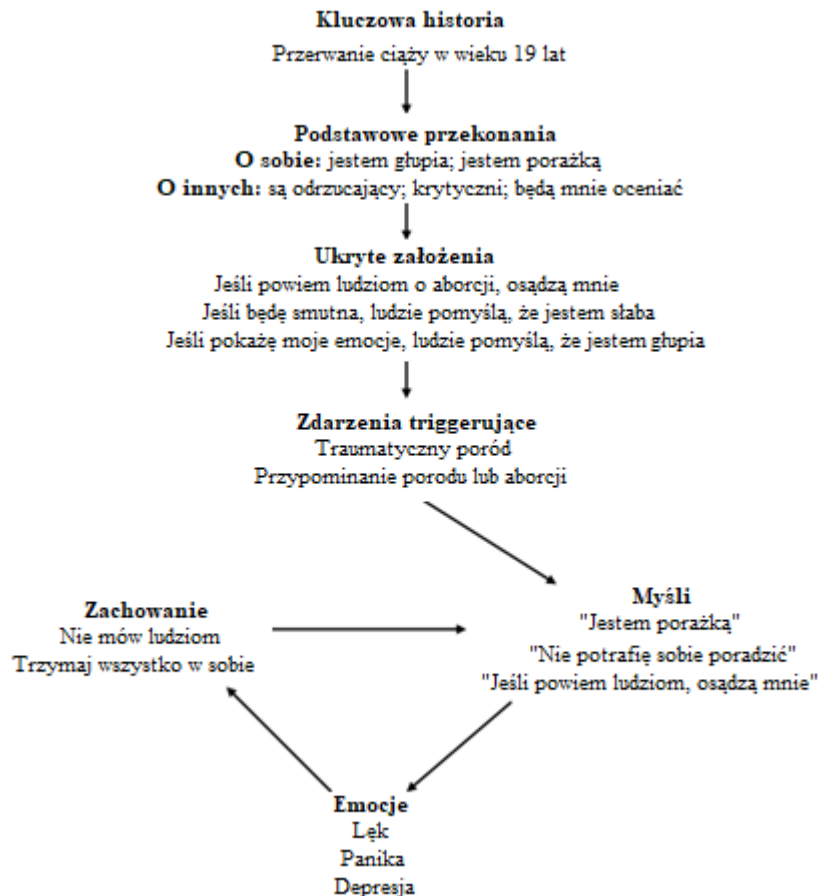
Podstawowe przekonania i negatywne myśli: Sarah miała podstawowe przekonania o sobie, że jest głupia i że jest porażką; a o innych, że będą ją osądzać i krzywdzić. Przekonania Sarah zostały wzmocnione przez aborcję, jej doświadczenie porodowe i zdiagnozowanie depresji poporodowej, którą zinterpretowała jako znak, że jest porażką i nie potrafi sobie poradzić. Dlatego Sarah miała przekonania warunkowe, takie jak: „Jeśli powiem ludziom o aborcji/porodzie/depresji, osądzą mnie”, „Jeśli będę zdenerwowana, ludzie pomyślą, że jestem słaba”. Sarah często miała negatywne automatyczne myśli, które były zgodne z jej podstawowymi przekonaniem, takimi jak „nie dam sobie rady”, „jestem porażką” i o innych, takie jak „oni nie chcą wiedzieć”, „jak może im nie zależeć?” Strategie kompensacyjne Sarah polegały na ukrywaniu aborcji, porodu lub problemów ze zdrowiem psychicznym, aby uniknąć osądu.

- Przeprowadzono anonimową ankietę dotyczącą opinii innych osób na temat aborcji Sarah, aby podważyć jej przekonanie, że inni będą ją oceniać. W ankiecie opisano okoliczności, w jakich Sarah zaszła w ciążę i dokonała aborcji, a także zapytano ludzi, co by o niej pomyśleli, czy by ją osądzili i co zrobiliby w tej samej sytuacji. Ankietę wypełniło 16 osób, które nie znały Sarah, a odpowiedzi zawierały poglądy proaborcyjne i antyaborcyjne. Ta ankieta radykalnie zmieniła przekonania Sarah na temat siebie, aborcji, tego, co pomyślą o niej inni, oraz wagi, jaką przywiązuje do poglądów innych.

Ćwiczenia ponownego przeżywania: Sarah omówiła wydarzenia związane z porodem. Zidentyfikowano punkty zapalne (szczególnie emocjonalne wydarzenia podczas porodu). Głównym punktem zapalnym były działania położnej i ciągły strach Sarah przed położną. W związku z tym wykorzystano ćwiczenia, aby zmienić ocenę tych wydarzeń przez Sarah, na przykład odgrywanie ról, aby odegrać rolę konfrontacji z położną i zmniejszyć strach Sarah. Złożono wizytę na oddziale porodowym, aby pomóc Sarah przezwyciężyć strach i unikanie.

Ćwiczenia wizualizacyjne: zostały użyte do przeformułowania jej flashbacków (np. wyobrażanie sobie różnych pracowników ochrony zdrowia na sali porodowej z nią zamiast położnej), a pozytywne przeformułowanie zostało użyte do utrwalenia zmian w przekonaniach Sarah.

Sformułowanie sytuacji Sarah w CBT:



4. Interwencja psychospołeczna z siecią rodzinną, społecznością itp.

Sarah nie chciała, aby jej rodzina dowiedziała się o tych problemach.

5. Follow up

Przeprowadzono dziesięć sesji CBT skoncentrowanej na traumie.

4. Efekty

1. Wskaźniki rezultatu

Nie oceniano żadnych pomiarów poza poziomem jej funkcjonowania.

2. Symptomatologia

Objawy PTSD Sarah zniknęły, a jej przekonania na temat siebie i innych zostały zmodyfikowane.

3. Funkcjonowanie społeczne

Poziom funkcjonowania Sarah osiągnął poprzedni poziom.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

5. Globalna interdyscyplinarność

Ten opis przypadku może być dobrym źródłem szczegółowego zrozumienia pracy z objawami poznawczymi i emocjonalnymi u osoby z zespołem stresu pourazowego. Bardzo obrazowo ukazuje pracę z negatywnymi myślami automatycznymi i podstawowymi przekonaniami, którą są uzupełnione przez techniki ponownego przeżywania i wizualizacji.

Raport podkreśla znaczenie zwiększenia wglądu pacjenta w sytuację, m.in. poprzez stworzenie własnego arkusza zapisu z opisem trudności i ich wzajemnych powiązań, co daje pacjentowi możliwość uświadomienia sobie i zrozumienia problematyki jego sytuacji, a tym samym daje mu możliwość rozpoczęcia nad nią pracy.

To podejście może być przydatne we wszystkich nurtach, gdy konieczne jest podniesienie świadomości schematów poznawczych i stworzenie dla klienta dystansu od sytuacji.

Źródło: Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 177-184.



Studium przypadku 5

Rozwijanie „mikrokosmosu”: doświadczenia dzieci i nastolatków uchodźców w środowisku lokalnym.

Odpowiedzialny partner: Instytut Analiz Grupowych w Atenach

Authorzy: Francesca Giuseppina Bascialla, Alexandra Nikolara, Charalambos Sidiropoulos, Paris Papageorgiou

Słowa kluczowe: indywidualna, PTSD, okółoparodowa

Metoda: Interwencja środowiskowa dla uchodźców: ofiary typu I lub II (dzieci/młodzież, kobiety/matki, rodziny)

1. Opis zdarzenia

1. Scenariusz

W mieście liczącym około 85 851 mieszkańców w regionie Macedonii Środkowej w Grecji organizacja pozarządowa PERICHORESIS, stowarzyszenie humanitarne i non-profit założone w 2016 r., zaczęła organizować program nauki/szkolenia w języku angielskim i greckim oraz spotkania coachingowe dotyczące życia i pracy dla uchodźców (dorosłych, dzieci i młodzieży), zapewniać wsparcie w zakresie zaopatrzenia dla rodzin oraz wsparcie dydaktyczne dla dzieci/młodzieży, które zostały również przyjęte na naukę w lokalnych szkołach publicznych. Na początku uczestnicy przybywali głównie z obozów dla uchodźców z pierwszego etapu fazy pomigracyjnej, próbując uciec przed toczącymi się wojnami na Bliskim Wschodzie czy w krajach azjatyckich. Ich rodziny zostały objęte programami mieszkaniowymi. W 2022 roku wraz z inwazją na Ukrainę rozpoczął się nowy kryzys uchodźczy. Grecki Czerwony Krzyż, UNHCR oraz konsulat Ukrainy w Salonikach zwróciły się o pomoc w znalezieniu zakwaterowania do wspomnianej organizacji. Wszyscy zaangażowani uchodźcy są ofiarami typu I lub II. Biorąc pod uwagę, że bariery językowe i kulturowe oraz kwestie związane z dyskryminacją są głównymi problemami w fazie pomigracyjnej, organizacja pozarządowa, wraz z pomocą specjalistów ds. zdrowia psychicznego, zorganizowała grupowe interwencje socjoterapeutyczne dla dzieci, młodzieży i rodziców, oraz nieustrukturyzowane działania środowiskowe oparte na społeczności. Wszystkie interwencje odbywały się w środowisku wielokulturowym, wieloreligijnym i wielojęzycznym.

2. Zespół interwencyjny

Zespół interwencyjny składał się z pedagoga, psychiatry dziecięcego-psychodramatysty-terapeuty rodzinnego, socjologa, nauczycieli i tłumaczy.

2. Ogólne okoliczności

Bycie świadkiem przemocy i doświadczanie traumatycznych wydarzeń to czynniki związane z problemami ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży (Ellis i in., 2008; Im 2018). Nie tylko indywidualne, rodzinne i



społeczne czynniki ryzyka przyczyniają się do zagrożenia pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego u dzieci/młodzieży, ale również zaburzenia zdrowia psychicznego głównych opiekunów mają na nie wpływ. Istnieją dowody na to, że problemy ze zdrowiem psychicznym częściej występują również u młodych uchodźców przesiedlonych do krajów o wysokim dochodzie (Barghadouch i in., 2018).

- I. Podczas rekrutacji dzieci, młodzież, kobiety i matki objęte opisanym programem mają potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego z powodu traumatycznych doświadczeń w fazie przed i po migracji (narażenie na przemoc, stres, niepewność, niepokój, wykluczenie, dyskryminację).
- II. Trudności w integracji w nowym i nieznanym środowisku, w które są przesiedlani.
- III. Skłonność do izolacji, unikanie kontaktów społecznych, bardziej bierne uczestnictwo w szkole. Rodzice unikają angażowania się w życie społeczne, wolą pozostać w domu.

3. Interwencja

Rano dzieci i młodzież regularnie uczęszczają do miejscowej szkoły publicznej. Po południu uczęszczają na zajęcia wspomagające naukę w ramach programu szkolnego oraz kursy językowe (angielski i grecki). Również po południu organizacja zapewnia otwarte grupy wzajemnego wsparcia, prowadzone przez facylitatora i z pomocą tłumacza. Uczestnictwo w grupach wsparcia dla uchodźców nie jest obowiązkowe. Dokładniej, od maja 2022 roku grupa 12 dzieci (8 dziewczynek i 4 chłopców w wieku od 4 do 12 lat) spotyka się raz w tygodniu na 90 minut. Od listopada 2022 r. grupa 7 nastolatków (3 dziewczynki i 4 chłopców w wieku od 13 do 16 lat) spotyka się również raz w tygodniu na 90 minut. Pochodzą z 3 różnych krajów z 2 kontynentów i 3 różnych środowisk religijnych. Kolejny facylitator prowadzi grupę dla rodziców dzieci i młodzieży, uczestnicząc w grupie koleżeńskej. Ta sama facylitorka prowadzi również grupę wsparcia kobiet samotnych lub matek, które szukały pomocy w stowarzyszeniu. Języki w grupach, poza greckim, są 3, a tłumacz mówi wszystkimi tymi językami. Moderatorem i tłumaczem dla każdej grupy są zawsze te same osoby na wszystkich sesjach w roku. Każdy członek musi poinformować facylitatora w przypadku spóźnień lub niemożności bycia obecnym. Są to grupy otwarte, co oznacza, że członkowie zmieniają się w czasie. Wiele rodzin uchodźców objętych programem oczekuje na przesiedlenie, czasem do innego kraju, ale zazwyczaj przebywają w kraju przyjmującym co najmniej rok. Wszyscy uczestnicy tych grup są również zaangażowani w działania prowadzone przez uchodźców i środowiskowe, razem z miejscową ludnością lub bez i zawsze zapraszają się nawzajem (np. urodziny itp.). W ciągu pierwszych 3 miesięcy uczestnictwa w grupach wsparcia uchodźcy opowiadali o swoich traumatycznych przeżyciach przed migracją, swojej podróży i stratach. Dzieci wyrażały je malując. Po tym okresie tematy poruszane w grupach dotyczyły raczej problemów w szkole, trudności w nauce nowych języków, obaw o innych członków rodziny (dzieci wobec rodziców i odwrotnie), z którymi mieszkali lub innych, z którymi stracili kontakt, ale także pojawiła się ogromna potrzeba kontaktu z ludźmi w nowym środowisku przyjmującym.

Działania wspólnotowe z mieszkańcami, rozszerzenie i otwarcie rodziny uchodźców na sieć społecznościową oraz połączenie z innymi rodzinami. Program nadal trwa. Grupy są grupami otwartymi, co oznacza, że nowi członkowie będą wprowadzani, a inni członkowie mogą opuścić grupy w związku z przesiedleniem do innego miasta lub kraju.

Interwencja: skupienie na metodzie

Społeczność stanowi rozszerzony setting tej interwencji dla rodzin uchodźców poszukujących przesiedlenia. Organizacja pozarządowa oferuje również miejsce do zajęć grupowych. Po zapewnieniu rodzinom



mieszkania, zaopatrzeniu ich w żywność/higienę/środki czystości, wczesnego dostępu do nauki języka, bieżącego wsparcia edukacyjnego najmłodszych oraz pracy dla dorosłych, personel zorganizował multimodalną i wielopłaszczyznową interwencję psychologiczną mającą na celu ich integrację w kontekście lokalnym, wzmacniając więzi społeczne. Metoda opiera się na zasadach psychoterapii grupowo-analitycznej i społeczności terapeutycznej. Te dwa podejścia umożliwiły więcej wymian społecznych i połączeń międzyludzkich. Grupa rówieśnicza nastolatków jest środowiskiem, w którym mogą swobodnie wyrażać, w niekrytycznym kontekście, swoje myśli i uczucia dotyczące teraźniejszości, ale także ich historii. Ponieważ nie ma z góry określonego tematu dyskusji, wychodząc od swoich codziennych doświadczeń szkolnych młodzież wspomina dawnych kolegów, przyjaciół, swój kraj i wyraża nostalgię za tamtym czasem.

Przeszłość można wspominać bez ponownej traumatyzacji, relacje w grupie zapewniają taką wspierającą sieć rówieśników, że możliwe jest poradzenie sobie ze swoją traumą. Istnieje również możliwość zorganizowania zajęć rekreacyjnych dla młodzieży, np. gry stołowe, muzykowanie, śpiewanie oraz organizowanie przyjęć urodzinowych na zaproszenie rodziców, kolegów ze szkoły, nauczycieli i osób z sąsiedztwa. Grupa dla dzieci ma różne rodzaje zajęć, takie jak malowanie, kolaż, czytanie bajek i granie w gry. Na niektórych sesjach mogą używać wszystkich tych trzech modalności wypowiedzi, mogą słuchać bajek, malować je, a następnie spisać wszystkie swoje przemyślenia. Matki dzieci czekają w osobnym pokoju, swoistej przestrzeni towarzyskiej dla wszystkich, którzy chcą spotkać się z innymi w budynku. Grupa dla kobiet samotnych lub matek oraz druga grupa dla matek, które mają dzieci uczestniczące w grupach, to grupy wsparcia, gdzie można porozmawiać o swoich przeszłych doświadczeniach, stratach, codziennych problemach życia rodzinnego, ale także o sprawach praktycznych.

Od czasu do czasu odbywają się nieustrukturyzowane zajęcia, takie jak wspólne gotowanie tradycyjnych potraw typowych dla każdego kraju i wspólne spożywanie posiłków. W ramach organizacji kadra tworzy wydarzenia, na których wszystkie osoby zaangażowane w jakieś działania spotykają się na danej uroczystości, uchodźcy proszeni są o wybranie i zaproponowanie, co mają świętować, i podejmując bardziej aktywną rolę, organizują wydarzenie tak, jak zrobiliby to w swoim kraju. Są to momenty wymiany ich osobistej historii jako obywateli, a ponadto „otwierają drzwi” obywatelom kraju goszczącego. W przypadku przeprowadzki rodziny do innego miasta lub kraju organizowane jest przyjęcie pożegnalne. Zamknięcie to kolejny trudny, ale nieunikniony etap życia człowieka, pożegnanie czyni rozstanie łatwiejszym.

Dobre praktyki:

- Zapewnienie stałego wsparcia edukacyjnego
- Wczesny dostęp do szkoleń językowych
- Zajęcia rekreacyjne i kulturalne prowadzone przez uchodźców i oparte na społeczności
- Wsparcie grupy koleżeńskiej z modelem analitycznym grupy
- Multimodalna i wielowarstwowa interwencja

4. Efekty

Personel zaangażowany w interwencję ma również za zadanie utrzymywanie łączności ze szkołą. Istotne jest, że w okresie kilkumiesięcznego uczestnictwa w grupach wsparcia nauczyciele szkolni podkreślali wyraźną poprawę w zakresie aktywności w nauce, współpracy i socjalizacji z innymi oraz zmniejszenie zachowań niepokojących u dzieci i młodzieży. Matki zgłaszają lepsze relacje między członkami rodziny, ale także z lokalną ludnością. Nawet najmłodsze dzieci zapraszały swoich szkolnych kolegów na zajęcia



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

rekreacyjne w siedzibie organizacji. Wzrósł również udział ojców i mężów, którzy na początku bardzo niepewnie podchodzili do całego programu.

5. Globalna interdyscyplinarność

Interwencja rozpoczęła się w kontekście zagrożenia humanitarnego w 2016 roku. Wraz z inwazją na Ukrainę w 2022 roku do programu przyjęto uchodźców z tego kraju. Populacja uchodźców objęta interwencją zawsze zmienia się w ciągu 1-2 lat, ze względu na fakt, że przesiedlenia mogą nie być stałe. Niniejsze studium przypadku opisuje interwencję rozpoczętą w pierwszym okresie wojny na Ukrainie. Istota interwencji jest multidyscyplinarna; specjaliści ds. humanitarnych, edukacyjnych i zajmujących się zdrowiem psychicznym współpracują ze sobą. Interwencja psychologiczna opiera się na podejściu analizy grupowej i społeczności terapeutycznej. Praca z uchodźcami (specjaliści zdrowia psychicznego z uchodźcami: dzieci/młodzież, rodzice, kobiety/matki, rodzina) stanowi pierwszy poziom interwencji. Drugi poziom obejmuje innych specjalistów i inne działania (nauczyciele/uczniowie: pomoc w nauce i nowych językach). W sumie można to opisać jako poziom wewnątrz organizacji. Uchodźcy muszą być zaangażowani w normalne życie miasta przesiedlenia, a to stanowi trzeci poziom. Profesjonaliści muszą nawiązywać i utrzymywać kontakt z dzielnicami, w których mieszkają uchodźcy, ze szkołą, z miejscem pracy i z jakąkolwiek inną strukturą, do której dana osoba może uczęszczać, np. siłownia, drużyna koszykówki. Jest to interwencja bardziej oparta na społeczności: organizowanie działań i aktywności kierowanych przez uchodźców w społeczności, ale także przez społeczność. Koordynację całej tej interwencji uzyskuje się poprzez regularne refleksyjne spotkania praktyczne całego zaangażowanego personelu. Jest to przykład interdyscyplinarności, która pozwala na ograniczenie obciążenia emocjonalnego podczas pracy z traumą i wzmacnia umiejętność radzenia sobie ze wszystkimi sytuacjami kryzysowymi pojawiającymi się w ramach kontekstu emergency'ego.

Źródła:

Barghadouch A, Carlsson J, Norredam M. Psychiatric disorders and predictors here of among refugee children in early adulthood: a register-based cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2018;**206**(1):3-10.

Ellis HB, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;**76**(2):184-93.

Im H. Constructing health capital in ecological systems: a qualitative evaluation of community-based health workshops in the refugee community. *Health & Social Care in the Community* 2018;**26**(4):e541-51.

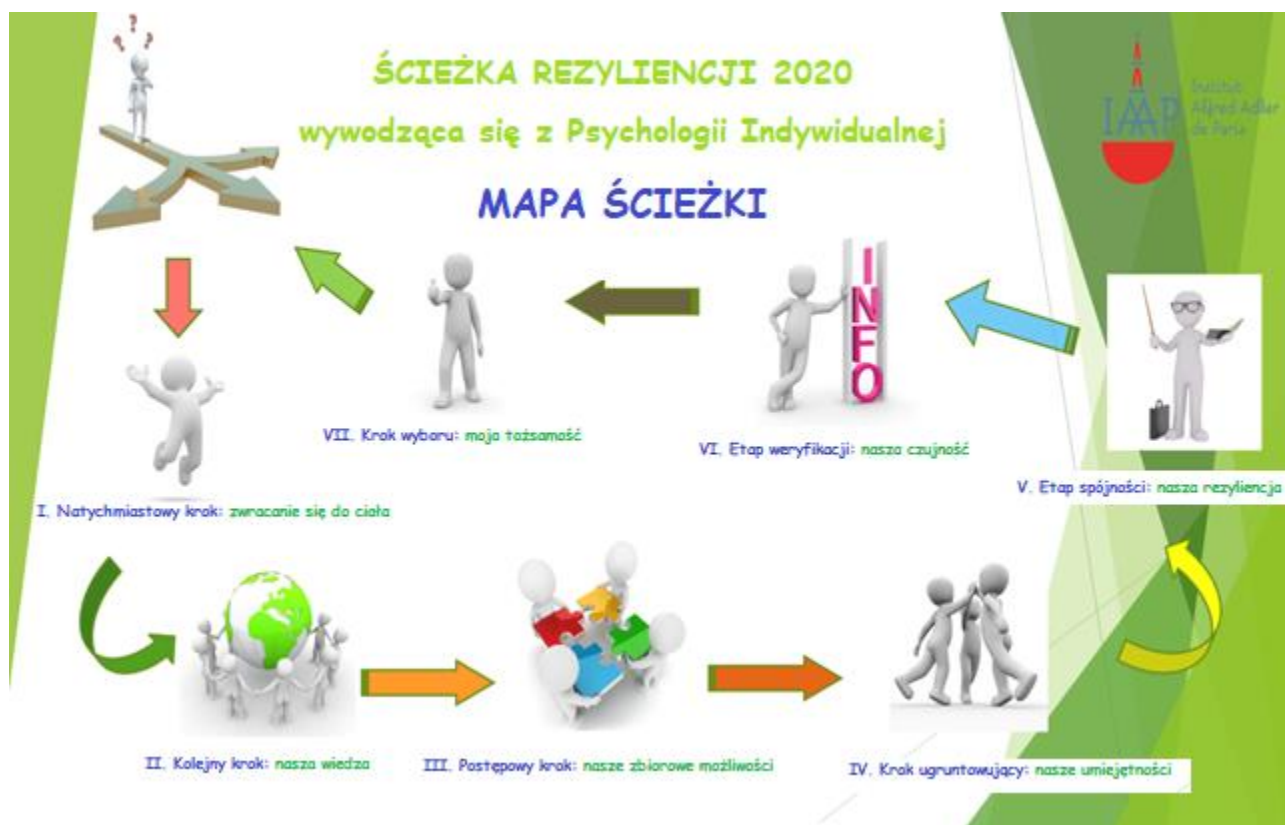
Soltan F, Uphoff E, Newson R, Purgato M, Taddese H, Barbui C, Vanderbloemen L. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 6. Art. No.: CD013657. DOI: [10.1002/14651858.CD013657](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013657).

Studium przypadku 6

Ścieżka rezyliencji w kryzysie pandemicznym: pierwsza ścieżka rezyliencji online w kryzysie pandemicznym jako Adleriański Zestaw Praktyk Psychologicznej Interwencji Kryzysowej i Prewencji, zgodnie z Adleriańską metodą Psychologii Indywidualnej

Odpowiedzialny partner: IAAP – Instytut Alfreda Adlera w Paryżu (IAAP) (FR)

Authory: Alessandra Zambelli i IAA P TEAM oraz Studenci CLASS 1



1. Opis zdarzenia

a) Trójdzielna struktura IAAP dla psychologicznej pierwszej pomocy i sytuacji kryzysowych według Adleriańskiej metody Psychologii Indywidualnej: Szkolenie z Pierwszej Pomocy Psychologicznej i Interwencji kryzysowej

Wdrożenie teoretycznego i praktycznego modułu szkoleniowego online (z superwizją i współwizją) w ogólnym kontekście psychologii sytuacji kryzysowych.



Szkolenie w formie wideokonferencji na następujące tematy: Nauczanie poprzez 200 slajdów teoretycznych; Wprowadzenie do Ścieżek Rezyliencji; Wprowadzenie do protokołów pierwszego wsparcia telefonicznego; Ćwiczenia, odgrywanie ról oparte na scenariuszach i symulacje; Kliniczne skupienie się na konkretnych przypadkach; Praca w parach i superwizja. Najważniejsze zagadnienia teoretyczne: wymagania organizacyjne; Docieranie: cechy kliniczne; Specyfika rozmówców i kontekstów; Priorytety i specyfika opieki udzielanej personelowi pierwszej pomocy i personelowi medycznemu; Charakterystyka COVID-19 i SARS-CoV-2.

b) PSYCHOLOGY Ścieżka Rezyliencji w Pandemii, a następnie PSYCHOLOGIA INDYWIDUALNA

Instrukcja on-line, krok po kroku, aby pomóc osobom w dystresie emocjonalnym rozwinąć umiejętności radzenia sobie, stosując metodę integracyjną, aby zapewnić użytkownikom ścieżki możliwość ponownego połączenia się ze sobą, z ciałem i psychiką w celu ponownego połączenia ze światem, a potem z innymi.

c) Jednostka Pierwszej Pomocy w Pandemii

Podczas pierwszego lockdownu pracowaliśmy tylko w koordynacji z Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (departament 93, obszar Paryża). W 2021 roku próbowaliśmy za pomocą sieci społecznościowych dotrzeć do większej liczby osób z powodu występujących problemów psychologicznych i wydawało się, że pierwszą trudnością jest znany negatywny wpływ Covid. A więc Beneficjentami byli: trauma zastępcza/vicarious trauma; Syndrom wypalenia; Pacjenci z covid leczeni ambulatoryjnie; krewni osób chorych lub zmarłych; Lęk, stres, Impulsywność i dekompensacja; Pozorna obojętność prowadząca do zachowań ryzykownych.

2. Ogólne okoliczności

Ogólny stan ofiar

Skoncentrowanie się na wszystkich rodzajach ofiar: Społeczność i Jednostka których nie dotyka bezpośrednio kryzys związany z pandemią, ale także bezpośrednie ofiary, jeśli nie w stanie ostrym, a więc prawie wszystkie rodzaje ofiar.

To narzędzie medialne zostało pomyślane jako część już bardziej złożonego programu szkoleniowego dla grupy studentów szkolących się na adleriańskich psychoanalitików w IAAP

3. Interwencja

Ścieżka Rezyliencji została pomyślana jako pogłębienie już trwającego szkolenia psychoanalitycznego, a także miała na celu i jako rolę utrzymanie spójności klasy uczniów i społeczności z nią związanej w tej pandemii, tak nowej i tellurycznej w swoim szkodliwym wymiarze.

Ta sama ścieżka rezyliencji została powiązana z utworzeniem komórki wsparcia udostępnionej gabinetowi medycznemu, w którym pracuje dwóch członków IAAP, w tym Prezes, aby złagodzić psychiczne obciążenie, z jakim zgłaszali się klienci w czasie pandemii.

Sami studenci stworzyli treść i formę ścieżki rezyliencji, kierując się strukturalnymi i koncepcyjnymi wskazówkami, które stworzyli i przesłali ich trenerzy.

Struktura Ścieżki Rezyliencji jest zgodna z zasadami Psychologii Indywidualnej, poczynając od jednego Wstępu, przez 7 kroków, z kolorowym tekstem i materiałami medialnymi, obrazami, linkami i filmami oraz dynamicznym wsparciem:



Wstęp:

Ścieżka Rezyliencji oferuje użytkownikowi/pacjentowi podążanie krok po kroku za prawdziwą instrukcją, jak samodzielnie zdobyć umiejętność radzenia sobie z: KORONAWIRUSEM (nazwa gatunku wirusa), COVID-19 (nazwa choroby) i SARS-CoV-2 (nazwa wirusa).

Nauczyć się i ćwiczyć, jak łagodzić uczucie niepokoju, odkrywając na nowo ścieżkę wewnętrznego spokoju i wolnej myśli, skutecznie łącząc się ponownie ze sobą i z innymi. Pomiedzy zaprzeczeniem a paniką, szukamy właściwej postawy, aby znaleźć drogę do wewnętrznego spokoju i uwolnionej myśli. Uspokojenie kształtuje się w umyśle, ale zaczyna się w ciele i jest zakorzenione w połączeniu z sobą i innymi (Adleriańska Zasada Holistyczna).

1) I. Natychmiastowy krok: Zwracanie się do ciała

Uspokój emocje i ustabilizuj umysł poprzez ciało.

Aspekt cielesny w holistycznym adleriańskim wymiarze osobowości i z tego względu jest priorytetem w tym podejściu psychologicznym, szczególnie w sytuacjach nagłych i interwencyjnych Adler mówi o języku narządów, który psychoterapeuta i lekarz musieli przede wszystkim zrozumieć i rozmawiać/wchodzić z nim w interakcję.

2) II. Kolejny krok: Informacje, aby zrozumieć i lepiej się bronić.

Wiedza jako stabilizator ego dzięki obniżeniu niepewności związanej z ignorancją i nieznanym.

Ten etap jest odpowiedzią na adleriańską zasadę psychiczną poczucia niższości, które destabilizuje osobowość i jest stymulowane przez wszelkie sytuacje rzeczywistej lub domniemanej niepewności. Dzielenie się wiedzą z ekspertem to drugi krok w promowaniu stabilizacji i sojuszu w kierunku bardziej prawdopodobnej współpracy. Zwiększamy naszą wiedzę o wirusie, aby rozwinąć pewność siebie. Wirus, jego pochodzenie, rozprzestrzenianie się, sposoby działania, słabe punkty. Jakie zachowanie przyjąć, jakie środki ostrożności podjąć, gdzie się zarejestrować? Przejęcie odpowiedzialności za środki ochronne w celu przeciwdziałania zagrożeniom.

3) III. Postępowy krok: Nasze zbiorowe możliwości. Nasza wiedza krok po kroku:

Znajomość zachowań zbiorowych realizowana jako stabilizator ego dzięki konkretnej wizji przynależności, która predysponuje do sojuszu z otoczeniem.

Ten etap stosuje adleriańską zasadę regulującą poczucie przynależności: głęboko kontrastuje, i nie w ramach rekompensaty poczucia niższości. Przejęcie odpowiedzialności za wspólne działania w celu poprawy współpracy. Doprowadźmy do zrozumienia naszych indywidualnych i zbiorowych zdolności adaptacyjnych, takich jak: odizolowanie, środki restrykcyjne, dystans społeczny. Poznajmy nasze prawa, nasze obowiązki, możliwości pomocy i środki zapewniane przez państwo i społeczność.

4) IV. Ugruntowujący krok: Nasze umiejętności.

Upewnijmy się o umiejętnościach zbiorowych i organizacji, aby zacząć budzić poczucie przynależności. Polegaj na zdolnościach zbiorowej interwencji, ten etap jest również realizacją adleriańskiej zasady poczucia przynależności: ale w sensie otrzymywania pomocy, a nie w poprzedniej wersji współpracy. Nawet wybór umieszczenia go po aktywnej postawie (krok poprzedzający) jest adleriańską zasadą stabilizacji psychicznej powiązaną z zasadą mocy twórczej.

Zrozumiemy rolę, jaką mają do dyspozycji służby publiczne działające w sytuacjach nadzwyczajnych i zapewniające bezpieczeństwo: policja, straż pożarna, wojsko, ochrona cywilna, personel szpitala.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Dowiedzmy się, jakie usługi wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dostępne są w okresie lockdownu.

5) V. Etap spójności: Nasza rezyliencja.

Budowanie naszej kreatywności i zaradności społecznej. Jest to etap kreatywności, powiązany z koncepcją adleriańskiej mocy twórczej, która zabiega o sprawczość i przyjemność, a przez to podstawę adleriańskiej rezyliencji: poczucie przynależności i moc twórczą.

Wykorzystywanie naszych zasobów twórczych do właściwego zorganizowania naszego „koła zdrowego umysłu” (Siegel Daniel, 2015, Mind your Brain), które musi zaspokajać różne obszary naszej osobowości, takie jak: sen, ruch, koncentracja, relacje, zabawa, bezczynność, refleksja/łącność z wnętrzem (uwaga i medytacja).

Dowiedzmy się, dlaczego odosobnienie jest trudne, dla osób samotnych lub żyjących w związkach.

Stwórzmy nową wewnętrzną organizację i nowe nawyki.

Odłączmy się i pielęgnujmy naszą wewnętrzną przestrzeń.

Ustalmy cel, rozpoczniemy projekt.

6) VI. Etap weryfikacji: Nasza czujność. Jak rozwijać czujność na informacje.

Ten etap odpowiada adleriańskiej koncepcji ludzkiego fikcyjnego umysłu, który zawsze potrzebuje ukierunkowanego celu, ale który może być fikcyjny. Ta plastyczność psychiczna leży u podstaw symbolicznej odporności umysłu, ale także jego hipnotycznego i patologicznego aspektu. Niepewność i strach są podatnym gruntem dla wyobraźni i fake newsów. Manipulacje, plotki, jałowe kontrowersje, przesyt informacyjny, teorie spiskowe... nauczmy się nabierać niezbędnego dystansu, by nie wierzyć i nie przekazywać niezweryfikowanych informacji

Dlatego też indywidualną i zbiorową odpowiedzialnością jest uważne sprawdzanie otrzymanych informacji, nigdy bierna postawa, szczególnie w dobie informacji liczbowych.

7) VII. Krok wyboru: Moja tożsamość: Ponowne łączenie się ze sobą metodą rezyliencji. Ten ostatni krok prowadzi nas do połączenia się ze sobą poprzez życzliwe uznanie naszej wyjątkowości. Przechodząc przez 4 obszary, podsumujemy nasze rzeczywiste **potrzeby**, nasze **zasoby** osobiste i **wartości**, które są dla nas ważne przy kierowaniu nami w naszych **wyborach**, które są właściwe, ponieważ są nasze.

Ten ostatni krok jest powiązany z adleriańskimi koncepcjami Stwórczej mocy indywidualności w celu przeglądu własnego stylu życia i jego reorganizacji, aby wyjść poza kryzys lub traumę i stawić czoła zmianie adaptacyjnej. Jest to najbardziej terapeutyczny etap, dla którego wskazuje się, że w niektórych przypadkach warto, aby nam w nim ktoś towarzyszył.

4. Efekty

Ocena efektów uczenia się studentów i wpływu na użytkowników została przeprowadzona w sposób empiryczny i bezpośredni poprzez dyskusję zarówno ze studentami, jak i z pacjentami, którzy zwrócili się do Centrum Wsparcia.

Efekty były pozytywne: 1) dla studentów było to praktyczne ćwiczenie konkretyzacji pojęć, które pozostały abstrakcyjne* (będąc pod koniec ostatniego roku studiów i na początku stażu oraz ostatniego roku) a w związku z tym, ku dużej satysfakcji, stanowiło to znaczące wsparcie w ich pracy teoretycznej.

2) Pacjenci, którzy zgłosili się do Centrum Wsparcia, zostali już skierowani na Ścieżkę Rezyliencji i oczekują na wizytę. Wszyscy czuli znaczenie ścieżki dla ich zdolności do ponownego połączenia się ze sobą i próby



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

samodzielnej stabilizacji. Dla niektórych zrozumienie i wykonanie nie było natychmiastowe. Wsparcie Centrum z 3 bezpłatnymi sesjami pomogło lepiej towarzyszyć tym, którzy tego potrzebowali.

5. Globalna Interdyscyplinarność

Metoda Adleriańska przeplata integrację trzech wymiarów osobowości zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym jako podejście holistyczne**. Terminem **Narządowy żargon** metoda adleriańska podkreśla fundamentalne znaczenie zrozumienia holistycznego związku z ciałem, w tym reakcji somatycznych. Niemożność usłyszenia, co mówi ciało, informuje terapeutę o osobowości i patologii pacjenta. Organizm jako pierwszy reaguje na sytuację traumatyczną. To także pierwszy etap Ścieżki Rezyliencji. Empatyczne słuchanie zaczyna się od ciała pacjenta i ciała terapeuty.

Styl życia pacjenta wpływa na traumatyczną terażniejszość ze wspomnieniami somatycznymi, ale także z zebranymi doświadczeniami związanymi z **poczuciem niższości** oraz na sukces **poczucia przynależności (Gemeinschaftsgefühl)*****. Kompensacje i nadkompensacje osobowości pacjentów są utkane między tymi dwoma świadomymi i nieświadomymi biegunami, determinującymi zasoby lub zahamowania, postawy adaptacyjne lub dewiacyjne. Etapy 2 i 3 starają się pobudzić poczucie przynależności i bezpieczeństwa, aby wyciszyć poczucie niższości, które rozwija się w sytuacji kryzysowej. **Siła Twórcza** jest stymulowana na piątym etapie, ponieważ jest centralnym adleriańskim elementem równowagi psychicznej, mającym na celu zmniejszenie nadmiernych kompensacji i sprawienie, że osoba ma większy kontakt z jej zewnętrzną i wewnętrzną rzeczywistością, integrując raczej niż rozwijając nieświadome mechanizmy obronne**. Pacjent jest gotowy do nowego kontaktu z bardziej dojrzałą rzeczywistością zewnętrzną: weryfikacja i konstruktywna krytyka są celem 6. etapu. Ostatni etap, siódmy, prowadzi pacjenta do zrozumienia, że sytuacja kryzysowa wymaga również radykalnej zmiany własnej osobowości, ale bez jej utraty: jest to etap wyboru nowego stylu życia, który proponuje, energii **Woli Mocy** jako wewnętrznej instancji głęboko strukturyzującej osobowość***, aby ponownie zajrzeć w siebie, badając poczucie niższości z większą przynależnością. Komunikacja jest zawsze empatyczna (nie słodka), ponieważ koncentruje się na zachęcaniu do autonomii jako słuchaniu siebie w celu uzyskania prawdziwej autonomii, pomimo surowości próby, którą się przechodzi*.

*Ferrero Andrea, *The Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP): A Psychopathological-based treatment*, Adlerian Society UK & Institute for Individual Psychology Published, 2018 (2014, l'Harmattan, France; 2009, Italie, new Italian edition being published)

** Zambelli Alessandra, *Adler face à Freud : une différence à sauvegarder*, l'Harmattan, Paris, 2014

*** Gisela Eife, *The Development of Alfred Adler's Individual Psychology Theory of Personality, Psychopathology, Psychotherapy*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2019.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Podziękowania



Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (PL)



Associazione per l'EMDR in Italia (IT)
Stowarzyszenie EMDR Włochy (IT)



Presov University (SK)
Uniwersytet Preszowski (SK)



Institut Alfred Adler de Paris (FR)
Instytut Alfreda Adlera w Paryżu (FR)



Institute of Group Analysis Athens (EL)
Instytut Analiz Grupowych w Atenach



Asociace klinických psychologů České republiky (CZ)
Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych Republiki Czeskiej (CZ)



Projekt graficzny:





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.