

Buona Pratica 1

Interventi Informati sul Trauma: revisione della letteratura

Partner responsabile: Università Jan Kochanowski (Polonia)

Autori: Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021)

Parole chiave: interventi informati sul trauma

1. Contesto

Le disuguaglianze sanitarie rimangono un problema di salute pubblica. Le avversità croniche, come la discriminazione o il razzismo, possono perpetuare le disuguaglianze nella salute delle popolazioni emarginate. Esiste una crescente letteratura sull'assistenza informata sui traumi e sulla cura della competenza culturale come elementi essenziali per promuovere l'equità nella salute, ma nessuna revisione precedente ha affrontato sistematicamente gli interventi informati sui traumi. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i tipi, l'impostazione, la portata e l'erogazione di interventi informati sul trauma e i risultati associati.

2. Metodi

Abbiamo effettuato ricerche nei database - PubMed, Embase, CINAHL, SCOPUS e PsycINFO - per identificare studi quantitativi pubblicati in inglese prima del giugno 2019. Trentadue studi unici con un articolo relativo hanno soddisfatto i criteri di ammissibilità.

3. Risultati

Più della metà dei trentadue studi sono studi controllati randomizzati ($n = 19$). Tredici studi sono stati condotti negli Stati Uniti. L'abuso infantile, la violenza domestica o la violenza sessuale sono i tipi di trauma più comunemente affrontati ($n = 16$). Mentre gli interventi sono in gran parte incentrati sulla riduzione dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) ($n = 23$), della depressione ($n = 16$) o dell'ansia ($n = 10$), gli interventi informati sul trauma sono stati per lo più erogati in ambito ambulatoriale ($n = 20$) da professionisti medici ($n = 21$). I due interventi più frequentemente utilizzati sono stati la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari ($n = 6$) e la terapia cognitivo-comportamentale ($n = 5$). L'affidabilità dell'intervento è stata studiata in 16 studi. Gli interventi informati sul trauma hanno ridotto significativamente i sintomi del PTSD in 11 dei 23 studi. Quindici studi hanno rilevato miglioramenti nei tre principali risultati a livello psicologico, tra cui i sintomi del PTSD (11 su 23), la depressione (9 su 16) e l'ansia (5 su 10). La terapia cognitivo-comportamentale ha migliorato in modo consistente un'ampia gamma di risultati, tra cui depressione, ansia, disregolazione emotiva, problemi interpersonali e comportamenti a rischio ($n = 5$).

4. Conclusioni

Le prove a sostegno degli interventi informati sul trauma come approccio efficace per i risultati psicologici non sono coerenti. I futuri interventi informati sul trauma dovrebbero essere ampliati per affrontare una più ampia gamma di tipi di trauma, come il razzismo e la discriminazione. Inoltre, dovrebbe essere studiata una gamma più ampia di esiti del trauma.

Fonte: Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021), *Trauma informed interventions: A systematic review*. PLoS ONE 16(6): e0252747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747>

Buona Pratica 2

Il lutto ai tempi del COVID-19: revisione della letteratura e quadro teorico

Partner responsabile: Università Jan Kochanowski (Polonia)

Autori: Stroebe M., Schut H.

Parole chiave: lutto, dolore, salute, COVID-19, pandemia, revisione, teoria, modello del processo duale

1. Descrizione dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura sul lutto durante la pandemia COVID-19 per valutare lo stato attuale delle conoscenze. Studi pubblicati durante i primi 6 mesi dell'epidemia COVID-19 sono stati cercati attraverso i database di Scopus, Web of Science e Google Scholar. La ricerca ha prodotto 44 articoli. La sintesi narrativa ha mostrato che le conoscenze si basano in gran parte su valutazioni e sull'esperienza professionale di esperti in precedenti ricerche sul lutto; non sono state raccolte prove empiriche che qualifichino specifiche caratteristiche delle situazioni di lutto COVID-19 rispetto ad altri esiti di malattie. Gli autori hanno costantemente previsto gravi conseguenze negative di ciò. Si considerano ancora relativamente poco i processi positivi, di compensazione o la possibilità che questi possano alleviare l'effetto delle circostanze sconvolgenti e traumatiche.

2. Modelli di intervento

Il Modello del Processo Duale (Dual Process Model - DPM) (Stroebe & Schut, 1999, 2001, 2010) è stato progettato per rappresentare l'esperienza del lutto a partire da modelli precedenti, ampliati ulteriormente. I suoi parametri di base comprendono la descrizione dei tipi di fattori di stress associati al lutto, intesi come orientati alla perdita (LO) o al recupero (RO). L'orientamento alla perdita si riferisce alla concentrazione, al trattamento e all'elaborazione degli aspetti stressanti dell'esperienza di perdita stessa, in particolare per quanto riguarda la persona deceduta (ad esempio, visitare la tomba per stare vicino al defunto; guardare le sue foto). L'orientamento al recupero si riferisce alle fonti di stress secondarie (alla perdita stessa) e alla gestione dello stress. L'orientamento al recupero si concentra su ciò che deve essere affrontato a seguito della perdita e sul modo in cui viene affrontato (ad esempio, l'assunzione di un lavoro per compensare la perdita di reddito del defunto; l'apprendimento di abilità che erano state svolte dal defunto). Inoltre, sono stati ipotizzati processi di coping (modi di affrontare i fattori di stress) che comportano un'oscillazione dinamica. Si tratta di un processo imposto dal fatto che ci sono tipi di stress LO che RO da affrontare, che non possono essere condotti contemporaneamente. Poiché ogni tipo deve essere affrontato per adattarsi alla perdita, per ridurre lo stress e le conseguenze negative, il passaggio dall'uno all'altro tipo di stress deve essere parte del processo di coping. Il DPM comprende la descrizione dei risultati, le conseguenze del coping (per esempio, l'adattamento alla perdita, gli effetti sulla salute mentale e fisica, la persistenza o il declino dei livelli di dolore nel corso del tempo).

3. Effetti e raccomandazioni

Il DPM porta a suggerimenti diversi per la consulenza o la terapia rispetto a quelli suggeriti negli articoli esaminati in precedenza. I protocolli di intervento hanno spesso seguito i principi della CBT, concentrandosi sul superamento della morte della persona cara. In quanto tali, sono orientati alla perdita. In base a quanto detto sopra, ne consegue che dovrebbero essere affrontati anche compiti orientati al recupero. Alcuni studi recenti hanno adottato la struttura DPM e hanno incluso il trattamento dei fattori di stress RO (per una rassegna: Fiore, 2019). Shear et al. (2005) e Chow et al. (2019) hanno dimostrato che l'inclusione di compiti diretti a far fronte ai fattori di stress della RO era associata a un miglioramento maggiore rispetto a quando l'intervento si concentrava solo sul LO; Nam (2017) ha dimostrato che l'intervento sulla RO era più efficace della psicoeducazione. Questi studi suggeriscono che la gestione dei fattori di stress della RO è importante per aiutare i lutti che necessitano di un aiuto professionale. Nella situazione di lutto COVID-19, dopo aver identificato i fattori di stress LO e RO specifici e problematici sperimentati dal cliente, si potrebbe progettare

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

un intervento per gestirli in modo sistematico. I protocolli già sviluppati da Shear et al. (2005), Chow et al. (2019) e Nam (2017) forniscono informazioni utili per la progettazione di programmi di intervento basati sul DPM.

Fonte: Stroebe, M., Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0030222820966928

Buona Pratica 3

Sintomi da stress post-traumatico negli operatori sanitari che hanno affrontato la pandemia COVID-19: una revisione della letteratura

Partner responsabile: Università Jan Kochanowski (Polonia)

Autori: d'Ettorre G., Ceccarelli G., Santinelli L., Vassalini P., Innocenti G.P., Alessandri F., Koukopoulos A.E. Russo A., d'Ettorre G., Tarsitani L.

Parole chiave: Prevenzione, PTSS, operatori sanitari, Covid 19

1. Introduzione

La prevenzione dei sintomi da stress post-traumatico (PTSS) negli operatori sanitari (HCW) che si trovano ad affrontare l'attuale pandemia di COVID-19 è una sfida a livello mondiale, in quanto gli HCW possono sperimentare fattori di stress occupazionale acuti e cronici, spesso imprevedibili, che portano a PTSS. Questa rassegna si propone di analizzare la letteratura per scoprire quali siano i temi emergenti e quali siano gli ultimi sviluppi nella gestione del rischio professionale di PTSS negli operatori sanitari durante l'attuale pandemia. Ai fini di questa revisione, abbiamo consultato pubblicazioni in MEDLINE/Pubmed utilizzando parole chiave selezionate. Gli articoli sono stati esaminati e classificati in una o più delle seguenti categorie in base all'argomento: valutazione del rischio, gestione del rischio, tassi di incidenza. Sono stati trovati un totale di 16 pubblicazioni che corrispondevano ai criteri di inclusione. Sono risultati predittori di PTSS la giovane età, la scarsa esperienza lavorativa, il sesso femminile, il carico di lavoro pesante, il lavoro in ambienti non sicuri, la mancanza di formazione e di supporto sociale.

2. Insorgenza di PTSS

I 14 articoli selezionati hanno evidenziato l'insorgenza di PTSS negli operatori sanitari che hanno lavorato durante la pandemia di COVID-19 in un range compreso tra il 2,1% e il 73,4%. Questo ampio intervallo è attribuibile (1) alla diversa tempistica degli studi e (2) ai contesti sanitari analizzati. In particolare, Song et al. in uno studio condotto dal 28 febbraio 2020 al 18 marzo 2020, quando l'epidemia in Cina era stata controllata e la pressione lavorativa degli operatori sanitari era significativamente ridotta rispetto al periodo di picco dell'epidemia, hanno riscontrato tassi di prevalenza di PTSS più bassi (9,1%) rispetto agli studi condotti durante il periodo di picco di COVID-19 in Cina. In linea con questo risultato, lo studio di Rossi et al. condotto in Italia tra il 27 e il 31 marzo, durante il picco dell'epidemia in Italia, ha mostrato una maggiore frequenza di PTSS tra gli operatori sanitari, rispetto agli studi condotti successivamente, quando la pandemia era sotto controllo. Per quanto riguarda i contesti sanitari, sono stati riscontrati tassi più elevati di PTSS in ambienti ospedalieri (fino al 70%), in particolare tra gli operatori sanitari che si occupano di pazienti COVID-19 o che lavorano nei reparti ospedalieri di emergenza.

3. Effetti e raccomandazioni

I risultati della presente revisione mostrano la necessità di interventi urgenti volti a proteggere gli operatori sanitari dall'impatto psicologico degli eventi traumatici legati alla pandemia e dalla loro ricaduta in termini di insorgenza del PTSS. Numerose evidenze riscontrano che alcuni fattori predittivi aumentano il rischio di PTSS: giovane età, sesso femminile, non essere laureati, carico di lavoro pesante, bassa formazione medica, non vivere con un partner e basso supporto sociale. Pertanto, le organizzazioni sanitarie dovrebbero concentrarsi sulle risorse di supporto disponibili per gli operatori sanitari, al fine di prevenire la pesante compromissione psicologica legata al PTSS negli operatori sanitari che si occupano dell'epidemia di COVID-19. Infatti, il PTSS comporta una grave ansia cronica con rievocazione dell'evento traumatico, flashback, incubi, aumento dell'eccitazione e riduzione della vita sociale e potrebbe portare al PTSD. Poiché le persone che soffrono di PTSD sono da due a cinque volte più a rischio di ideazione suicidaria, di tentativi di suicidio e di morte per suicidio, la prevenzione del PTSD richiede un'attenzione particolare per gli operatori sanitari, considerando che essi

svolgono già professioni a maggior rischio e che le persone che soffrono di PTSS sono inclini a non cercare assistenza a causa di barriere come la mancanza di informazioni, la paura della stigmatizzazione o la convinzione che i sintomi possano diminuire con il tempo. Attualmente, è necessario uno sforzo particolare per prevenire il PTSD come effetto secondario della pandemia di SARS-Cov2 tra gli operatori sanitari che si trovano ad affrontare pazienti affetti da COVID-19. Pertanto, le politiche sanitarie devono prendere in considerazione strategie preventive e di gestione del PTSS, e delle relative conseguenze psichiche, il prima possibile, comprese le politiche per implementare uno screening regolare del PTSS negli operatori sanitari. È inoltre necessario un intervento urgente per identificare e trattare gli operatori sanitari affetti da PTSD, in quanto tale approccio può ridurre il rischio di danni psicologici cronici.

Fonte: d’Ettorre, G.; Ceccarelli, G.; Santinelli, L.; Vassalini, P.; Innocenti, G.P.; Alessandri, F.; Koukopoulos, A.E.; Russo, A.; d’Ettorre, G.; Tarsitani, L. (2021). Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020601>

Buona Pratica 4

Un modello esistenziale integrato per la teoria del trauma

Partner responsabile: *Università Jan Kochanowski (Polonia)*

Autori: *Kaitlin Wilmshurst*

Parole chiave: *trauma, esistenziale, PTSD, teoretico, integrazione, cornice teorica*

1. Introduzione

In questo articolo viene presentato un modello esistenziale integrato per la teoria del trauma. Il modello si basa sul raggruppamento delle attuali teorie sul trauma in categorie fisiche, relazionali e intrapersonali e sulla relazione di questi tre gruppi con le ultime riflessioni esistenziali di Irvin Yalom: vita/morte, connessione/isolamento e libertà/responsabilità.

2. Approccio esistenziale e trauma

Ricerche recenti hanno rivelato una correlazione tra gli aspetti fisiologici e psicosociali delle esperienze traumatiche, suggerendo che per affrontare pienamente gli impatti del trauma è necessaria un'integrazione teorica che includa la considerazione dei cambiamenti fisiologici, del condizionamento della paura e degli impatti relazionali. Si sostiene che la quarta preoccupazione esistenziale, il significato/assenza di significato, sia alla base di tutti gli aspetti del trauma, costituendo un collegamento comune a tutte le teorie. Questo lavoro illustra una breve rassegna delle attuali teorie in traumatologia per spiegare la validità dei tre gruppi teorici, esplora l'attuale applicazione della teoria esistenziale alla concettualizzazione del trauma e presenta un quadro organico unificante per la teoria del trauma basato sull'esistenzialismo. Il risultato dello studio è la presentazione di un modello completo che affronta gli aspetti fisici, relazionali e intrapersonali del trauma in una prospettiva esistenziale.

3. Raccomandazioni

L'esistenzialismo fornisce un'importante integrazione alle teorie del trauma più comunemente applicate, in quanto riconosce l'impatto intangibile del trauma sul significato, sulla mortalità e sull'identità. L'obiettivo di questo modello di riferimento è fornire una struttura all'enorme numero di teorie sul trauma e di modalità di trattamento, consentendo al contempo agli operatori/terapeuti di inserire teorie e modalità familiari in una pratica esistenziale. Il quadro di riferimento pone alcune sfide alla pratica e alla ricerca, in particolare come rimanere rispettosi della ricca storia filosofica della teoria esistenziale pur utilizzandola e studiandola in un ambiente positivista. Tuttavia, se utilizzato in modo efficace, il modello di riferimento può affrontare la profondità degli impatti del trauma e contenere l'ampiezza delle teorie più in uso per concettualizzare e trattare il trauma, supportando una pratica professionale eclettica e ben strutturata.

Fonte: Wilmshurst, K. (2020). An Integrated Existential Framework for Trauma Theory. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 37(2), 131–147. <https://doi.org/10.7202/1075115ar>



Buona Pratica 5

Questioni esistenziali sul trauma: Implicazioni per la valutazione e il trattamento

Partner responsabile: *Università Jan Kochanowski (Polonia)*

Autori: *Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos*

Parole chiave: *trauma, frantumazione esistenziale*

1. Introduzione

Il trauma, per natura, ha un impatto esistenziale sul modo in cui l'individuo si sperimenta, sull'autocomprensione e sul senso di collocazione nel mondo. Nonostante la recente proliferazione della letteratura sul trauma, è comune che il trauma venga eccessivamente semplificato nella sua concezione e nel suo trattamento. In particolare, gran parte del trattamento si concentra sulla categorizzazione del trauma nelle diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) o di disturbo dell'adattamento, per poi trattare i sintomi attraverso farmaci e/o attraverso una concezione comportamentale dei sintomi. È fondamentale passare a una comprensione più sfumata del trauma. Il trauma si presenta in molti generi diversi e con vari gradi di gravità. Ciò è ulteriormente complicato dal fatto che avrà impatti diversi a seconda dello sviluppo, della capacità di recupero e del supporto interpersonale.

2. Questioni esistenziali nel trattamento del trauma

In questo articolo ci concentriamo sul ruolo di varie questioni esistenziali nella concettualizzazione e nel trattamento del trauma, in particolare per quanto riguarda la concezione di Greening (2013) di "frantumazione esistenziale". Il fatto che un individuo esposto a eventi traumatici sperimenti o meno una frantumazione esistenziale è importante per la concettualizzazione e il trattamento. Le reazioni traumatiche che includono la frantumazione esistenziale sono probabilmente resistenti o non sufficientemente trattate da trattamenti focalizzati sui sintomi che non affrontano le implicazioni della decostruzione o della frantumazione della propria visione del mondo, che è una fonte importante per sostenere il significato e la resilienza. Sebbene la maggior parte dei pazienti traumatizzati possa trarre beneficio dalla considerazione delle questioni esistenziali, per alcuni clienti, la cui visione del mondo e i cui sistemi di significato sono stati frantumati, è una parte essenziale del processo di guarigione.

3. Raccomandazioni

La frantumazione esistenziale è un concetto importante nel trattamento del trauma, che ha implicazioni nelle fasi di valutazione e trattamento della psicoterapia. L'attenzione a questo concetto può aiutare a distinguere tra diversi tipi di reazioni al trauma, con importanti implicazioni per il trattamento. La terapia esistenziale e altre terapie informate da prospettive esistenziali sono ideali per lavorare con clienti che hanno vissuto un trauma e, in particolare, la frantumazione esistenziale.

Fonte: Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos, (2013). Existential Issues in Trauma: Implications for Assessment and Treatment.

Symposium: "Developing Resiliency: Compassion Fatigue and Regeneration" (I. Serlin, Chair), 121 Annual Convention of the American Psychological Association, July/August, 2013, Honolulu, HI

Buona Pratica 6

Sessioni Educative

Partner responsabile: Association of Clinical Psychologist (Repubblica Ceca)

Autori: Khalida Yasmin, Adnan Yaqoob, Hajra Sarwer

Parole chiave: Comportamento cognitivo, interventi, Burnout, Resilienza, Infermiere.

1. Descrizione dell'evento

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, il dipartimento di emergenza è un'unità estremamente a rischio in cui l'atmosfera diventa spesso imprevedibile. In questo ambiente, gli infermieri del personale di emergenza subiscono per la maggior parte del tempo un effetto persistente dello stress sul benessere mentale, tale stress porta all'esaurimento emotivo. Nel reparto di cure intensive gli infermieri sono potenzialmente soggetti all'ansia a causa dell'ambiente stressante e del carico di lavoro, che è il principale fattore di esiti negativi e porta al burnout. L'intervento basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è uno degli interventi più efficaci per ridurre il burnout e aumentare la resilienza degli operatori sanitari.

2. Caratteristiche generali del gruppo e strumenti di misurazione

È stata utilizzata una tecnica di campionamento convenzionale, raccogliendo i dati e le informazioni sociodemografiche durante un'intervista vis a vis di cinquanta infermieri in servizio. I dati sono stati raccolti al basale e dopo l'intervento. Le variabili misurate erano la sindrome del burnout e la resilienza.

3. Intervento: focus sul metodo

Gli interventi sono stati eseguiti durante il turno mattutino nell'auditorium del setting di ricerca selezionato. Ai partecipanti è stato ricordato di non partecipare ad altre sessioni formative riguardanti queste pratiche specifiche per evitare l'interferenza di fattori confondenti. Le sessioni di otto settimane consistevano in lezioni frontali in PowerPoint, dimostrazioni audiovisive e role modeling. La lezione e la dimostrazione audiovisiva consistevano in componenti delle tecniche CBT mirate a ridurre il burnout. Dopo il completamento delle sessioni educative basate sulla CBT e delle dimostrazioni audiovisive, le lezioni, i compiti a casa e il role modeling sono stati insegnati ai partecipanti per ridurre il burnout e migliorare le abilità di auto-competenza. Dopo otto settimane di sessioni educative basate sulla CBT, i partecipanti sono stati rivalutati per verificare l'effetto della CBT sul burnout e sulla resilienza.

4. Effetti

Questo studio mostra che il punteggio delle variabili del burnout dopo la terapia cognitivo-comportamentale ha un valore di p-value <0,05 che mostra una differenza significativa. C'è stata una differenza complessiva significativa (p-value <0,05) nei parametri di resilienza prima e dopo gli interventi.

Fonte: Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Intervention on Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 16(03), 295-295.

Buona Pratica 7

Normalizzazione focalizzata sulle emozioni, psicoeducazione e approccio alle tecniche respiratorie (due casi di studio)

Partner responsabile: Association of Clinical Psychologist (Repubblica Ceca)

Autori: Markéta Zajícová, Peter Reiley, Luděk Fiala, Jan Vevera

Parole chiave: ansia, COVID-19, respirazione diaframmatica, intervento fisiologico, difficoltà respiratorie

1. Descrizione dell'evento

I pazienti che soffrono degli effetti di polmonite da COVID-19 spesso accusano dispnea, o mancanza di respiro, il che ha aumentato la prevalenza dell'ansia respiratoria tra questi casi. I sintomi della malattia polmonare e dell'ansia si sovrappongono e gli effetti di questi elementi si acquiscono a vicenda.

2. Condizioni generali e strumenti di misurazione

Basandosi sul trattamento psicologico clinico di 68 pazienti COVID-19 nella fase acuta della malattia in unità di terapia standard e intensiva, nonché di quelli post-COVID, questo studio descrive interventi mirati applicati nel corso di 178 sessioni durante 3,5 mesi presso l'Ospedale Universitario di Pilsen, Repubblica Ceca.

Il gruppo di pazienti era molto eterogeneo per sesso, età, gravità dell'insufficienza respiratoria, la gravità della ventilazione artificiale e numero di sessioni psicoterapeutiche, che variava da 1 a 12; ogni sessione durava da 10 a 60 minuti, in base alle condizioni mediche e alla motivazione del paziente.

È stata riscontrata una notevole somiglianza tra i pazienti, soprattutto tra quelli che presentavano una maggiore gravità dell'insufficienza respiratoria. Questi pazienti venivano solitamente definiti ansiosi, timorosi, non motivati alla riabilitazione o addirittura attivamente evitanti di qualsiasi attività fisica. In questi pazienti erano presenti la paura di rimanere senza fiato o di soffocare, l'ansia e le componenti respiratorie dell'ansia.

3. Intervento: focus sul metodo

L'approccio psicoterapeutico è stato di tipo supportivo e non direttivo, con l'applicazione di una metodologia integrativa. La parte centrale del trattamento era costituita dalla terapia cognitivo-comportamentale e da tecniche di respirazione. Lo psicologo clinico che ha fornito il trattamento era anche esperto in logoterapia e analisi esistenziale, e certificato in coaching (programmazione neuro-linguistica), intervento in caso di crisi e primo soccorso psicologico.

1. L'intervento è iniziato con il sostegno all'accettazione e all'espressione delle emozioni legate alla dispnea e alla mancanza di respiro (ad esempio, riconoscendo la paura associata all'impossibilità di respirare correttamente, le sfide associate allo svezzamento dalla ventilazione artificiale e accogliendo le paure e l'ansia attuali come emozioni normali durante un ricovero lungo, difficile e potenzialmente pericoloso per la vita).
2. La seconda parte dell'intervento psicologico si è concentrata sulla psicoeducazione del paziente rispetto all'ansia e ai suoi effetti fisiologici e psicologici. Il paziente ha descritto i suoi sintomi al terapeuta e ne hanno discusso insieme, concentrandosi non solo sull'accettazione dell'ansia come parte normale della sua vita, ma anche come segno dei suoi progressi nel superare una sfida difficile e stressante.
3. La terza parte principale dell'approccio ha impiegato una tecnica di respirazione diaframmatica (DB), che ha dimostrato di ridurre lo stress fisiologico e psicologico e l'ansia (ad esempio, Chen et al., 2017; Hopper et al., 2019; Ma et al., 2017). Questo approccio prevede che il paziente ponga una mano sul petto e l'altra sull'addome (lungo il diaframma) ed effettui lunghe e profonde inspirazioni per un massimo di quattro secondi. Il paziente poi tratteneva il respiro per circa quattro secondi e infine espirava lentamente per altri quattro secondi. L'espirazione deve essere lunga e profonda quanto l'inspirazione.

Le procedure di intervento psicologico impiegate nello studio attuale possono essere suddivise in tre fasi fondamentali.

1. La prima è stato l'incoraggiamento alla reazione emotiva, quindi la normalizzazione e la convalida di queste emozioni con l'obiettivo di aiutare i pazienti ad accettare le loro paure e l'emotività negativa come una reazione normale a una situazione anormale.
2. La seconda fase è stata la psicoeducazione sull'ansia e sulla sua componente comportamentale, cognitiva, emotiva e, soprattutto, fisiologica legata all'ansia respiratoria e alle loro interazioni o potenziamenti reciproci.
3. La terza fase fondamentale comprendeva tecniche di DB respiratorio (respirazione diaframmatica), tra cui inspirazioni lunghe e lente ed espirazioni ancora più lunghe e lente.

4. Effetti

I pazienti hanno mostrato miglioramenti e sono stati dimessi dall'ospedale senza dipendenza da ossigenoterapia ad alte dosi a lungo termine ed entrambi hanno riferito una diminuzione dei sintomi di ansia, oltre alla capacità di superare un'esperienza soggettiva di mancanza di respiro. In entrambi i casi presentati, l'assistenza psicologica fornita è stata molto breve: 3 e 4 sessioni, per una durata complessiva di circa 2 ore per paziente. Il tempo specifico necessario per ogni fase (espressione emotiva, psicoeducazione e DB) dipende dalle esigenze attuali del paziente e non può essere previsto o misurato a causa dei fattori clinici e della sovrapposizione delle fasi.

Fonte: Zajícová, M., Reiley, P., Fiala, L., & Vevera, J. (2022). Psychological Management of COVID-19 Respiratory Anxiety: Emotion-Focused Normalization, Psychoeducation, and Respiratory Techniques Approach. *Practice*, 16(3).

Buona Pratica 8

Auto-monitoraggio

Partner responsabile: Association of Clinical Psychologist (Repubblica Ceca)

Autori: Kathy Benhamou & Alexandra Piedra

Parole chiave: Interventi cognitivo-comportamentali · CBT · Intervento in situazioni di Crisi · Pandemia · COVID-19 · Prima linea professionale · Lavoratori essenziali

1. Descrizione dell'evento

I lavoratori essenziali durante la pandemia di COVID-19 devono affrontare livelli più elevati di ansia e depressione a causa dell'aumento delle richieste di lavoro, della mancanza di adeguati dispositivi di protezione personale, della paura di contrarre il virus e del timore di diffonderlo ai propri cari. Questo è un momento di urgente necessità di sostegno alla salute mentale per i lavoratori colpiti dalla crisi pandemica. I medici possono essere supportati da interventi basati sulle evidenze scientifiche derivati dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

2. Condizioni generali del gruppo e strumenti di misurazione

Si raccomanda che i clinici aiutino i lavoratori essenziali a soddisfare i loro bisogni di base modificando le abitudini di salute e di sonno, ove possibile, e aiutandoli a far fronte ai loro bisogni utilizzando le abilità di efficacia interpersonale. L'ascolto empatico, la validazione della crisi in atto e il chiarimento dei valori possono favorire la relazione terapeutica, aiutare i pazienti a sentire un rinnovato senso di volontà, intenzionalità e di significato nella loro carriera e nella loro famiglia e facilitare un cambiamento di comportamento coerente con i valori scelti. L'automonitoraggio attraverso un diario giornaliero può aiutare i clienti a focalizzare i loro pensieri e a riconoscere gli schemi disadattivi nei loro pensieri e comportamenti. Insieme a queste tecniche, l'attivazione comportamentale e le strategie di coping, tra cui il rilassamento, la tolleranza del disagio e l'accettazione, promuovono l'impegno in attività positive e adattive. Infine, i terapeuti possono aiutare i clienti a ridurre l'ansia legata alla pandemia aiutandoli a limitare la ricerca di informazioni.

Dato l'aumento del rischio di ansia, preoccupazione, depressione ed esaurimento, si raccomanda ai terapeuti di aiutare i clienti a monitorare i propri pensieri, emozioni e comportamenti e gli effetti che questi fattori hanno l'uno sull'altro.

3. Intervento: focus sul metodo

L'automonitoraggio può assumere diverse forme, a seconda delle esigenze del cliente e degli obiettivi del terapeuta. Tradizionalmente, l'automonitoraggio prevede che i clienti registrino su un foglio di carta o su un foglio di lavoro i loro pensieri, le loro emozioni e i comportamenti che ne derivano durante la settimana, man mano che sperimentano un'emozione intensa (Huppert 2009). Tuttavia, questo può essere noioso per i lavoratori che sono esausti e non riescono a compilare moduli dettagliati di questa natura. I terapeuti possono chiedere ai loro clienti di tenere un diario giornaliero più fluido, in cui registrare gli eventi positivi e negativi della giornata. Questo documento può servire come misura oggettiva di come il cliente trascorre il suo tempo libero e di come questo influisce sul suo umore. Può anche aiutare il terapeuta e il cliente a individuare, in modo collaborativo, gli schemi che possono impedire l'impegno in attività piacevoli, in modo da poterli affrontare e modificare.

4. Effetti

Il supporto preliminare agli interventi CBT per l'intervento in caso di crisi suggerisce che le competenze CBT di base possono essere efficaci nel trattamento dell'ansia e della depressione che possono derivare da una crisi sanitaria, se abbinate ai principi del Primo Soccorso Psicologico.

Fonte: Benhamou, K., & Piedra, A. (2020). CBT-informed interventions for essential workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50(4), 275-283.

Buona Pratica 9

Esposizione e ristrutturazione cognitiva

Partner responsabile: Association of Clinical Psychologist (Repubblica Ceca)

Autori: Richard A. Bryant, Ph.D., Tanya Sackville, M.Psych., Suzanne T. Dang, M.Psych., Michelle Moulds, M.Psych., and Rachel Guthrie, M.Psych.

Parole chiave: PTSD, terapia cognitivo-comportamentale, prevenzione, esposizione

1. Descrizione dell'evento

Il disturbo acuto da stress permette di identificare precocemente i sopravvissuti a un trauma che sono a rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) cronico. Questo studio mira a prevenire il PTSD attraverso una terapia cognitivo-comportamentale precoce. In particolare, questo studio ha valutato l'efficacia relativa dell'esposizione prolungata e della gestione dell'ansia nel trattamento del disturbo acuto da stress.

2. Condizioni generali del gruppo e strumenti di misurazione

Quarantacinque sopravvissuti a traumi civili con disturbo acuto da stress sono stati sottoposti a cinque sessioni di 1) esposizione prolungata (N=14), 2) una combinazione di esposizione prolungata e gestione dell'ansia (N=15) o 3) consulenza di supporto (N=16) entro 2 settimane dal trauma. Quarantuno sopravvissuti al trauma sono stati valutati al follow-up di 6 mesi.

3. Intervento: focus sul metodo

Ogni gruppo ha ricevuto cinque sessioni di 1,5 ore somministrate individualmente e condotte da uno dei quattro psicologi clinici. Le sessioni si sono svolte una volta alla settimana.

La prima sessione comprendeva l'istruzione sulle reazioni al trauma, la rieducazione alla respirazione, l'addestramento al rilassamento muscolare progressivo e l'apprendimento di esercizi di auto-racconto per gestire le situazioni ansiogene. Dopo la sessione iniziale, i pazienti hanno completato ciascuna di queste tecniche su base giornaliera come compito a casa e i loro progressi sono stati monitorati a ogni sessione.

La seconda sessione comprendeva i concetti fondamentali dell'esposizione e l'inizio dell'esposizione immaginativa prolungata ai ricordi traumatici. Cinquanta minuti di ciascuna delle quattro sessioni finali sono stati dedicati ai pazienti che rivivevano i loro traumi concentrando l'attenzione sui loro ricordi e impegnandosi con le loro risposte affettive. Queste narrazioni non sono state audioregistrate, ma i pazienti sono stati istruiti a completare questa esposizione nello stesso modo della terapia come compito quotidiano. Dopo ogni sessione di esposizione, è stata condotta una ristrutturazione cognitiva delle convinzioni legate alla paura identificate durante l'esposizione. La ristrutturazione cognitiva consisteva nell'insegnare ai pazienti a identificare le convinzioni irrazionali e legate alla minaccia e a migliorare il pensiero realistico valutando i pensieri rispetto alle prove disponibili.

Le sessioni 4 e 5 comprendevano anche esercizi di esposizione in vivo e di prevenzione delle ricadute.

4. Effetti

I risultati di questo studio suggeriscono che il PTSD può essere efficacemente prevenuto con una terapia cognitivo-comportamentale precoce e che l'esposizione prolungata può essere la componente più critica nel trattamento del disturbo acuto da stress.

Fonte: Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.

Buona Pratica 10

Intervento di strutturazione della memoria

Partner responsabile: Association of Clinical Psychologist (Repubblica Ceca)

Autori: Yori Gidron, Reuven Gal, Sara Freedman, Ari Arye Lauden, Irit Twiser, Yoram Snir, & Jonathan Benjamin.

Parole chiave: PTSD; prevenzione; processo di memorizzazione; studio randomizzato e controllato.

1. Descrizione dell'evento

L'intervento di strutturazione della memoria (MSI) è stato sviluppato nel tentativo di prevenire il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) a partire da studi clinici che hanno rivelato fattori prognostici positivi e dai risultati di ricerca che hanno rivelato come viene elaborato il trauma. L'MSI cerca di spostare l'elaborazione della memoria traumatica da processi somatosensoriali, affettivi e incontrollabili a processi linguistici e cognitivi più controllati, fornendo ai pazienti organizzazione, definizione e correlazione.

2. Condizioni generali del gruppo e strumenti di misurazione

Hanno partecipato a questo studio 17 pazienti (8 donne, 9 uomini) ricoverati consecutivamente al Pronto Soccorso di Be'er Sheeba, nel sud di Israele. I pazienti soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione: (1) erano sopravvissuti a un incidente automobilistico (MVA) nelle ultime 24 ore; (2) non presentavano danni cerebrali; (3) erano stati dimessi dall'ospedale entro 24 ore dal ricovero, indicando solo lesioni minori; e (4) avevano una frequenza cardiaca ≥ 95 BPM al momento dell'ammissione al Pronto Soccorso (un predittore di PTSD; Shalev et al., 1998).

3. Intervento: focus sul metodo

Gli interventi sono stati condotti telefonicamente per motivi logistici. L'MSI è stato condotto come segue.

1. Sezioni temporali: il terapeuta si avvicina al sopravvissuto al trauma attraverso una serie di sezioni temporali a priori (ad esempio, in un incidente stradale: le ore precedenti l'incidente; i primi minuti di guida; l'incidente; l'arrivo dei soccorsi medici; l'arrivo in ospedale).
2. Ascoltare e chiarire i dettagli del paziente: il terapeuta ascolta attivamente e annota i dettagli della storia del paziente, chiarendo i dettagli fattuali, sensoriali e affettivi (ad esempio, il paziente: "Ho gridato dopo essere caduto"; terapeuta: "Ha gridato per il dolore in quel momento?"; Paziente: "Ho gridato perché mi faceva male la schiena"). I dettagli vengono annotati dal terapeuta nelle sezioni temporali corrispondenti, insieme a definizioni precise per i pensieri e i sentimenti, per migliorare la struttura e l'elaborazione cognitiva delle reazioni sensoriali/affettive.
3. Strutturazione della memoria: il terapeuta ripete la narrazione del trauma in modo organizzato, definito e logico, aggiungendo le prime implicazioni per la vita del paziente (insight).
4. Descrizione strutturata del paziente: il paziente descrive l'evento traumatico nello stesso modo strutturato, definito e logico del terapeuta. A questo punto, i pazienti di solito aggiungono ulteriori dettagli, descrivono l'evento in modo più oggettivo e "giornalistico" e appaiono meno eccitati.
5. Pratica della descrizione strutturata: fino alla seduta successiva, al paziente viene chiesto di esercitarsi a raccontare ad amici o familiari la versione strutturata dell'evento traumatico, per migliorare il tentativo di spostamento della memoria.
6. Prove con il terapeuta: nel secondo incontro, il paziente si esercita per l'ultima volta a comunicare il ricordo traumatico nella sua versione strutturata. Infine, al paziente è stata spiegata l'importanza del supporto sociale (un fattore predittivo del PTSD ritardato nelle MVA) e gli è stato chiesto di farlo.

4. Effetti

Al follow-up di 3-4 mesi, 5 dei 17 pazienti (29%) soddisfacevano i criteri DSM-IV per il PTSD secondo il cutoff di Foa et al. Quattro di loro erano controlli e uno era nella condizione MSI. Al follow-up, i pazienti MSI hanno riportato una frequenza significativamente inferiore di sintomi totali di PTSD, di sintomi di intrusione e di sintomi di attivazione.

Le differenze tra le condizioni nei sintomi totali del PTSD sono rimaste significative quando si sono controllati separatamente i precedenti trattamenti psicologici, la dissociazione peritraumatica e l'intrusione precoce.

Fonte: Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 14(4), 773-780.

Buona Pratica 11

Supervisione sulla Formazione per l'Intervento Psicopedagogico e la Prevenzione del bullismo e del cyberbullismo secondo il metodo Adleriano della Psicologia Individuale

Partner responsabile: Institut Alfred Adler de Paris (Francia)

Autore: Christelle Schlöpfer

Parole chiave: Formazione di gruppo, Emergenze sanitarie umanitarie, Emergenze sociali umanitarie, Vittime, Bullismo, Cyberbullismo, Metodo Adleriano per le emergenze scolastiche

1. Descrizione dell'evento formativo di supervisione

a) Impostazione

La supervisione di gruppo online (circa 10/20 persone formate) fa parte del programma di formazione online via ZOOM in 2 giorni, ed è organizzata per mesi, su 3 ore per 2 volte come supervisione di gruppo per la discussione di casi dopo i primi 2 giorni di formazione, vi è inoltre la possibilità di organizzarne altre a pagamento.

Si veda il relativo Caso Studio 2 VET (Sezione IAAP, Christelle Schlöpfer).

b) Persone coinvolte

Questa formazione è rivolta esclusivamente a professionisti del settore psicologico e pedagogico: psicologi, consulenti psicosociali, consulenti familiari, allenatori di bambini e ragazzi, insegnanti e assistenti sociali scolastici, facilitatori della genitorialità.

c) Analisi dei bisogni formativi

I tirocinanti devono essere accompagnati nell'analisi della Nuova Situazione Operativa perché ognuna di esse è molto diversa da contesto a contesto. Ad esempio, se il cyberbullismo richiede l'intervento immediato della Polizia, allora sarà necessario aggiungere il lavoro con la classe.

Ma ogni caso è diverso, e ogni classe-costellazione e ogni scuola sono come individui: hanno le loro caratteristiche e dinamiche. Per questo motivo, è necessario un follow-up di supervisione come per qualsiasi intervento terapeutico e/o psicoeducativo sistemico. Per questo motivo, questa formazione comprende anche due supervisioni di gruppo di tre ore per la discussione di casi. I corsisti hanno accesso illimitato alla piattaforma del corso online con informazioni e materiali regolarmente aggiornati e modelli pronti all'uso.

d) Durata

Le supervisioni sono incluse nel programma di formazione: due per tre ore di supervisione di gruppo per la discussione dei casi.

e) Follow-up

Diverse volte all'anno c'è la possibilità di partecipare a ulteriori supervisioni di gruppo.

2. Intervento & Supervisione

a) Contesto

Dopo aver compreso le linee fondamentali della teoria psicologica individuale che sostiene l'intervento, è utile ricordare: 1) tutto gira intorno al sentimento sociale (principio cardine della Psicologia Individuale: Gemeinschaftsgefühl) e 2) i bulli reagiscono per compensare il senso di inferiorità, 3) l'intervento olistico; i partecipanti imparano a conoscere i vari tipi di bullismo e cyberbullismo. Inoltre, i formatori lavorano insieme su come riconoscere il (cyber)bullismo e distinguerlo nettamente dai conflitti. Inoltre, i formatori imparano a conoscere le diverse possibilità di intervento e prevenzione. Tra le

altre, il lavoro con le metafore, che mira a sensibilizzare gli studenti, ad attivare la loro empatia e a coinvolgerli in modo partecipativo nelle possibili strategie.

b) Obiettivi

L'aspetto più importante del lavoro con la classe è che il bullo non viene visto come l'unica parte responsabile della situazione di bullismo. Anche gli spettatori passivi hanno la loro responsabilità, perché rendono possibile la situazione. Inoltre, è importante controllare chi è veramente una vittima, perché non è raro che ci siano vittime attive/aggressive che vengono viste come studenti problematici/bulli, ma in realtà sono vittime della situazione. È importante discutere la questione con tutta la classe, perché tutti gli studenti condividono la responsabilità della situazione di bullismo.

In secondo luogo, non interveniamo mai direttamente, ma sempre indirettamente: non entriamo in classe per dire che il (cyber)bullismo sta accadendo e che deve finire. Spesso le scuole allontanano la vittima e il bullo dalla classe e li affrontano, il che è un errore. Questa tecnica suggerisce di lavorare a livello metaforico con l'intera classe, in modo che gli studenti non diventino reattivi. Evitando il confronto, evitiamo che gli studenti si mettano sulla difensiva e che i sensi di colpa aumentino, altrimenti rischiamo di perdere la cooperazione e la responsabilizzazione.

Quindi portiamo dei video adattati in base all'età e al problema, e lavoriamo con i gruppi concentrandoci sui personaggi del video. Gli studenti si concentrano sui personaggi del film per attivare l'empatia: "Come si sente il personaggio?"; "Cosa si aspetta dagli altri?". Dobbiamo uscire dall'idea che nessuno è responsabile, mentre tutti sono responsabili, anche chi non fa nulla. Stiamo quindi lavorando sul concetto di "Coraggio Civile".

Dopo un primo lavoro di gruppo, i gruppi cambiano in classe per trovare una soluzione alla situazione mostrata nel video. I questionari non devono essere utilizzati per l'analisi del bullismo, ma come metodo di osservazione e analisi di ciò che accade in classe durante il lavoro a livello metaforico (di gruppo). Non si tratta del caso reale in classe, perché questo potrebbe causare vergogna e senso di colpa e può essere un grosso ostacolo al lavoro comune per la responsabilizzazione.

Il trasferimento alla situazione reale viene fatto con molta attenzione nell'ultima fase e si presta attenzione alle soluzioni che la classe propone affinché la situazione di bullismo possa essere risolta e la vittima possa stare meglio. Spesso basta un bambino coraggioso per smuovere l'intero gruppo.

È inoltre necessario lavorare direttamente con la vittima in crisi per ottenere un supporto psicologico individuale organizzato dalla scuola o dagli operatori che si occupano anche dei genitori.

Se l'autore principale non cambia il suo comportamento dopo l'intervento, è necessario un sostegno individuale per compensare il suo senso di inferiorità (controllo o volontà di potenza). A seconda del tipo di compensazione, si cerca un'alternativa prosociale (che riduca il sentimento di inferiorità) in sostituzione del bullismo verso altre persone. Questo è spesso il problema che viene sottoposto in supervisione.

Ad esempio, abbiamo affrontato il caso di una ragazzina di 12 anni che era riuscita a manipolare gli studenti di due scuole e a incitarli a colpire altri studenti: alla fine del percorso, le è stato offerto di essere una "guardiana dell'approvazione in classe".

Nella supervisione impariamo anche a distinguere realmente il conflitto dal bullismo, perché possiamo peggiorare la situazione se confondiamo le due cose: gli interventi non sono affatto uguali. Gli errori principali si verificano nell'individuazione e nella distinzione netta tra bullismo e conflitto. Le scuole non sono ancora pronte per questa distinzione.

c) Valutazione dei risultati di apprendimento:

La discussione sull'efficacia della supervisione è possibile e fluida sia con il formatore che con il gruppo. Alla fine della discussione, i supervisori hanno l'opportunità di sottolineare ciò che è stato efficace e ciò che rimane poco chiaro, al fine di organizzare la prossima supervisione.

Fonte: Christelle Schläpfer, PODCAST, Mobbing and ers angehen (Approach Bullying Differently) – 23 January 2021 – 27 September 2021 : Episode 00-11 for 227' minutes listening.

Buona Pratica 12

Sito web e dossier didattico sul film "Un Monde" di Laura Wandel (2021) per la sensibilizzazione e l'educazione sull'intervento psicopedagogico e la prevenzione di bullismo e cyberbullismo secondo il metodo Adleriano della Psicologia Individuale

Partner responsabile: Institut Alfred Adler de Paris (Francia)

Autore: Christelle Schlöpfer

Parole chiave: Formazione di gruppo, Emergenze sanitarie umanitarie, Emergenze sociali umanitarie, Vittime, Bullismo, Cyberbullismo, Metodo Adleriano per le emergenze scolastiche

1. Descrizione della Buona Pratica come evento di formazione e sito web per conoscere il bullismo e il cyberbullismo

a) Scenario

Sebbene si parli molto di più di bullismo e in molte scuole si tengano lezioni di prevenzione su base volontaria, il bullismo in generale non è diminuito ma aumentato (Valutazione PISA 2018). Inoltre, il cyberbullismo è aumentato in media di quasi il 40% in tutto il mondo durante la pandemia, portando il numero di vittime del bullismo a livello mondiale a un livello molto alto.

b) Persone coinvolte

Il (cyber)bullismo è un fenomeno di gruppo e non avviene solo tra vittima e bullo.

È necessario prendere in considerazione l'intero sistema. Di solito ci si limita alla classe (vittima, bullo, seguaci, spettatori). Non è raro che l'insegnante, i genitori, il direttore della scuola (anche se inconsapevolmente) favoriscano direttamente o indirettamente la situazione di bullismo. Inoltre, accade anche che il bullismo si manifesti in tutto il sistema.

Con il bullismo ci troviamo in una situazione di crisi e talvolta di emergenza. Questa forma di violenza non è visibile, a differenza dei conflitti che richiedono un altro tipo di intervento. Quando si verifica il bullismo, significa che è stato raggiunto un punto di rottura per la vittima e per il sistema di relazioni ad essa collegato. Poiché i bambini sanno che è "brutto", fanno i bulli di nascosto, nei corridoi e sulle scale, ma raramente in classe sotto gli occhi di tutti e degli insegnanti. Quindi non lo vediamo e dobbiamo leggerlo in modo diverso. Di solito sono i genitori a dare l'allarme.

Per questo motivo, avere un sito web che permetta ai genitori e al personale scolastico di comprendere il fenomeno e chiedere aiuto è molto importante.

c) Analisi dei bisogni formativi

Molti studenti colpiti non chiedono aiuto perché temono che la situazione di (cyber)bullismo possa peggiorare (cosa che in effetti può accadere). Il (cyber)bullismo è molto diverso dai conflitti e dalle discussioni di breve durata.

2. Intervento di formazione con sito web e Dossier filmato didattico

a) Struttura del NEW WEB SITE in costruzione: www.edufamily.ch

b) Scheda tecnica e film "Un MONDE" di Laura Wandel, regista belga (2021, Dragons Films). Il film è stato presentato nella selezione ufficiale del Festival di Cannes 2021 nella sezione "Un certain regard".

c) Il Dossier è un'autoformazione o self-training. Gli utenti guardano il film e leggono il dossier passo dopo passo. Possono utilizzare i suggerimenti del dossier per le discussioni di gruppo.

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

- Lunghezza del Dossier: 22 pagine
- Contenuto
- Argomenti di discussione
- Cose da non fare con il bullismo: ciò che genitori e scuole dovrebbero assolutamente evitare quando si tratta di bullismo
- Conflitto versus bullismo: quali sono le differenze
- Cosa fare in caso di bullismo
- Sviluppo della storia (film)
- Il film giorno per giorno

d) Formatori: preparazione

Il film è rivolto principalmente agli adulti e non è consigliato per il lavoro a livello metaforico con le classi. Il dossier del film è particolarmente adatto per i cicli di discussione con il personale scolastico e nei gruppi di formazione dei genitori, ma anche come informazione per i professionisti del settore psicosociale.

e) Durata

Il film dura 75' minuti e la presentazione della scheda dura 60' minuti

Il film è disponibile in DVD in francese e in inglese. Il sito web e il dossier didattico saranno disponibili in 4 lingue (tedesco, francese, inglese, spagnolo) a partire dal 2023.

f) Follow up

Le persone che seguono il sito possono contattare Christelle Schläpfer per un intervento e/o accedere a formazioni (gratuite e a pagamento) che daranno vita a gruppi di supervisione più volte all'anno.

Fonte: <https://edufamily.ch/wp-content/uploads/2022/04/Un-MONDE-Paedagogische-Dossier-zum-Film-3.pdf>

Buona Pratica 13

Unità telefonica di primo soccorso in caso di crisi pandemica come kit adleriano di prevenzione e intervento psicologico in caso di crisi secondo il metodo Adleriano della Psicologia Individuale

Partner responsabile: Institut Alfred Adler de Paris (Francia)

Autori: Alessandra Zambelli, PhD, Psychologist, Psychotherapist, Trainer, Supervisor, President IAAP & TEAM and Students PROMO 1

Parole chiave: Intervento individuale; Emergenze sanitarie umanitarie; emergenze sociali umanitarie; Vittime, Crisi pandemica; Metodo adleriano per le emergenze pandemiche, supporto sociale e sanitario

1. Descrizione dell'evento

a. Struttura tripartita IAAP per il primo soccorso psicologico e l'emergenza secondo il metodo adleriano della Psicologia Individuale: Formazione in Primo Soccorso Psicologico ed Emergenza

Realizzazione di un modulo di formazione teorico e pratico online (con supervisione e co-visione) nel contesto della Psicologia dell'Emergenza in generale.

Formazione in videoconferenza sui seguenti argomenti: Formazione attraverso 200 diapositive teoriche; avviamento ai percorsi di resilienza; avviamento ai protocolli di primo supporto telefonico; esercitazioni, giochi di ruolo basati su scenari e simulazioni; focus clinico su casi concreti; lavoro di coppia e supervisione. Punti di forza teorici: Requisiti organizzativi; Estensione: caratteristiche cliniche; Specificità degli interlocutori e dei contesti; Priorità e specificità dell'assistenza fornita al personale medico e di primo soccorso; Caratteristiche del COVID-19 e del SARS-CoV-2.

b. Percorso di resilienza in pandemia, secondo il modello della PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Un manuale di istruzioni online, passo dopo passo, per aiutare le persone in difficoltà emotiva a sviluppare abilità di coping, utilizzando un metodo integrativo per fornire agli utenti del percorso la possibilità di riconnettersi con se stessi, con il corpo e con la psiche, per poi riconnettersi con il mondo e con gli altri. Si prega di leggere il caso studio collegato.

c. Unità di Primo Soccorso Psicologico in pandemia

Nel primo lockdown abbiamo lavorato esclusivamente in coordinamento con il Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (dipartimento 93, quartiere di Parigi). Nell'anno 2021 abbiamo cercato di raggiungere un maggior numero di persone attraverso i social network, perché i problemi psicologici coinvolti sembravano essere il primo elemento della violenza familiare. I target sono stati quindi: traumi per procura/vicari; sindrome da burnout; pazienti ambulatoriali di Covid; parenti di persone malate o decedute; ansia, stress, impulsività e scompenso; indifferenza apparente che porta a comportamenti a rischio.

Focus su tutte le tipologie di vittime: la comunità e l'individuo non vengono coinvolti direttamente dalla crisi pandemica, ma dalle vittime dirette anche in situazioni non di urgenza, dunque quasi tutti i tipi di vittime, perché l'unità era aperta anche ai soccorritori.

Questo strumento mediatico, concepito come terza parte di un complesso programma di formazione tripartita per il gruppo di studenti in formazione per diventare psicanalisti adleriani presso lo IAAP, è stato concepito come un approfondimento della formazione psicoanalitica già in corso e aveva anche lo scopo e il ruolo di mantenere coesa la classe di studenti e la comunità ad essa collegata in questa pandemia così nuova e tellurica nella sua dimensione nociva.

Anche il Percorso Resiliente è stato associato alla creazione di un'unità di supporto messa a disposizione di un reparto medico. Gli studenti stessi hanno creato i contenuti e la forma del Percorso Resiliente, seguendo le indicazioni strutturali e concettuali che i loro formatori avevano creato e sottoposto loro. Puoi approfondire leggendo il relativo caso studio.

Per fornire aiuto nel contesto della pandemia COVID 19, il team dell'Istituto Alfred Adler di Parigi e gli studenti della Formazione 1 si sono mobilitati per proporre un'unità telefonica di emergenza. Alle persone in difficoltà, dopo aver risposto a un questionario online e essersi registrate, vengono offerte 3 sessioni gratuite di mezz'ora per fornire un sostegno iniziale e un orientamento in base alle necessità. Nel caso seguente, proponiamo di seguire il percorso di un paziente che ha contattato l'unità di supporto.

2. Condizioni generali della vittima

Una volta ricevute le informazioni di contatto del paziente, la richiesta viene elaborata internamente dall'équipe per mobilitare un terapeuta cooperatore disponibile a intervenire. Una volta effettuata l'assegnazione, il terapeuta cooperatore chiama il paziente per un colloquio iniziale di 15' minuti per raccogliere le prime informazioni sulla richiesta. In questo caso, Clara, 32 anni, [tutte le informazioni sulla paziente sono totalmente modificate per proteggere la privacy, come dovrebbe essere secondo l'etica psicoterapeutica e medica] contatta il numero di emergenza fornito dall'unità di supporto Covid. La telefonata avviene durante il primo lockdown, mentre la Francia sta gradualmente uscendo da questo lungo periodo di reclusione.

Durante i 15 minuti di conversazione telefonica, Clara comunica molte informazioni sul suo passato, sul suo presente, sui suoi sintomi, sui traumi subiti dai suoi genitori e sui suoi vari contatti con il mondo della salute mentale (ricoveri, psichiatri, psicologi, ecc.). Ci ha contattato a causa di ansie invasive e comportamenti compulsivi. Collega questi sintomi alla sua infanzia e non solo alla situazione pandemica. Ha una relazione stabile che dura da sei anni, progettano di avere un figlio.

La richiesta di aiuto viene percepita come ingente dal terapeuta cooptato che ritiene che la paziente debba essere fortemente contenuta. La chiusura del colloquio ha richiesto molta energia e il terapeuta ha utilizzato la validazione empatica per ringraziare la paziente per questa difficile condivisione telefonica con un estraneo, per convalidare la richiesta di aiuto e per concordare un prossimo appuntamento.

Dopo questo primo scambio, è stato deciso che il terapeuta cooperatore avrebbe portato la situazione alla propria équipe per determinare quale membro IAAP avrebbe accompagnato questa paziente, vittima di tipo 5, nel contesto della pandemia per le 3 sessioni gratuite di 30 minuti in video.

3. Intervento: focus sul metodo

a. Tre sessioni gratuite di mezz'ora

Clara ha ricevuto due colloqui di quarantacinque minuti invece di tre sedute di trenta minuti a causa della lunghezza e della densità degli scambi e della difficoltà del terapeuta di chiudere correttamente in trenta minuti. Questa deviazione dal quadro di riferimento era già un'informazione da considerare. Clara doveva controllare il setting, il tempo e il terapeuta. Questo meccanismo di compensazione eccessiva, la volontà di potenza, serviva a Clara per mascherare inconsciamente i suoi sentimenti di inferiorità e il suo stato.

Al momento del primo appuntamento, Clara era confinata nella sua stanza dal giorno prima perché era positiva al Covid. Il terapeuta cercò innanzitutto di valutare il livello di percezione del disturbo emotivo riportato dalla paziente. Poi ha utilizzato gli elementi del Percorso di Resilienza per valutare le risorse della paziente a livello corporeo per fare una valutazione precisa della situazione attuale (determinare i conflitti/livello di coscienza). Al termine di questo primo scambio, sono emersi molti traumi infantili. Il contatto con il corpo durante gli esercizi proposti era molto complicato da realizzare autonomamente da parte della paziente (coerenza cardiaca e abbraccio a farfalla) e anche con il terapeuta durante gli appuntamenti.

Grazie all'attuazione delle normative e la possibilità di riprendere le consultazioni vis-a-vis, il secondo colloquio è stato condotto faccia a faccia. Il terapeuta ha potuto percepire il paziente in modo diverso e si è sentito molto insicuro. Così, in relazione alle diverse esperienze di violenza fisica e psicologica e ai traumi raccontati da Clara, possiamo notare che la sensazione di insicurezza si diffonde nella sua mente e risuona con quella del terapeuta durante il supporto. Infatti, Clara ha parlato in modo enigmatico durante l'intervista e ha utilizzato un lessico legato al fuoco e alle esplosioni. Questa sensazione è aumentata quando la paziente, volendo mostrare al terapeuta delle foto e un disegno, ha tirato fuori dalla borsa, nascosta fino a quel momento, la sua realizzazione. Si è accentuata la paura di agire. Di fronte all'angoscia indotta dal senso di inferiorità e dalla mancanza di sentimento sociale, Clara, per trovare una postura più confortevole e di controllo, sollecita un meccanismo di acting-out.

La necessità di trovare un sostegno al di fuori dei colloqui è stata considerata essenziale in questa situazione. La terapeuta incaricata ha quindi richiesto una supervisione interna.

b. Supervisione di primo livello

È previsto un colloquio di un'ora con un supervisore interna. In questo contesto di cura, è importante notare che i tre protagonisti (paziente, terapeuta incaricato, supervisore) sono vittime di tipo quattro, essendo tutti vittime della stessa comunità, cioè dell'umanità, essendo la pandemia globale. L'identificazione del tipo di vittime coinvolte nella situazione di emergenza permette di sapere su quali aree lavorare, in particolare per quanto riguarda la comunità (per attivare il sentimento sociale) e i valori ad essa inerenti, e di sapere a quali risorse fare appello per restituire alle vittime le proprie competenze e l'autonomia. Il paziente viene valutato come vittima di tipo cinque anche durante la fase psicodiagnostica. La prima sfida è quindi quella di garantire e mantenere spazi di pensiero di fronte al contesto. Sia il supervisore che il terapeuta devono quindi assicurarsi di essere sufficientemente sicuri per potersi prendere carico dell'altro. Inoltre, viene prestata particolare attenzione alla creazione della giusta alleanza tra il terapeuta e il supervisore, poiché entrambi sono membri della stessa rete professionale.

Uno spazio per pensare senza giudizio (tecnica adleriana di incoraggiamento e accoglienza attraverso una posizione non neutrale in un'autenticità relazionale + concetto di educazione che mira a prendere in carico i bisogni per condurre verso l'autonomia) in una posizione di giusta distanza emotiva, il quadro di supervisione agisce come uno spazio di transizione, dove si era insinuata la paura. Il primo obiettivo sarà quello di accogliere le emozioni, i sentimenti e i pensieri del terapeuta. Il sostegno di fronte a questa situazione preoccupante passa poi dall'analisi del contro-transfert per comprendere la dinamica della relazione terapeutica.

Viene quindi impostato un lavoro di elaborazione della diagnosi per verificare il sentimento di urgenza reale o fantasticato dal terapeuta e riscontrato durante la supervisione. Nel contesto della diagnosi, è stato necessario prestare attenzione ai fattori aggravanti, come le ricorrenze familiari (morte, festa della mamma) che potrebbero riattivare la paziente e spingerla a una qualità di funzionamento più bassa del solito.

In questa situazione si intrecciano quindi diversi livelli di crisi da tenere presenti (Covid della paziente/data dell'anniversario/ riattivazione di un trauma/ crisi di salute...)

c. Supervisione di secondo livello come Riflessione

Al termine della prima supervisione, è sembrato necessario portare questo caso complesso a un livello superiore per avere il punto di vista di un supervisore più esperto per affinare i passi da seguire con Clara e per rassicurare il terapeuta nel percorso di accompagnamento. La supervisione permette di sollecitare e sentire il sentimento sociale e la rete del terapeuta e del primo supervisore. Così, comprendendo il motivo per cui il terapeuta avverte il "senso di inferiorità", il supervisore può contribuire a riaccendere la creatività fornendo un senso di sicurezza attraverso il suo accompagnamento verso la meta. La questione della diagnosi, rimasta centrale nella fase iniziale, è stata affinata e gli obiettivi di accompagnamento sono stati rafforzati.

d. Verso la psicoterapia

In seguito all'assistenza volontaria proposta dall'unità di sostegno e ai 2 colloqui di supervisione, è stato stabilito un piano di sostegno con la paziente e un invio allo stesso terapeuta, ma in follow-up libero, per continuare il lavoro iniziato. Sono state inoltre discusse proposte di sostegno ad altri operatori.

4. Effetti

La valutazione dei risultati dell'apprendimento degli studenti e dell'effetto sugli utenti è stata effettuata in modo empirico e diretto attraverso il confronto sia con gli studenti sia con i pazienti che si sono rivolti all'unità di Supporto.

Gli effetti sono stati positivi: 1) per gli studenti è stato un esercizio pratico per concretizzare concetti che erano rimasti astratti (essendo alla fine dell'ultimo anno di studi e all'inizio del tirocinio e dell'ultimo anno) e che quindi ha dato un grande supporto al loro lavoro teorico con grande soddisfazione. 2) I pazienti che si sono presentati all'unità di Supporto erano già stati indirizzati al Percorso di Resilienza in attesa dell'appuntamento. Tutti hanno percepito l'importanza del percorso sulla loro capacità di riconnettersi con se stessi e di tentare una stabilizzazione su se stessi e sul proprio corpo. Per alcuni la comprensione e l'esecuzione non sono state immediate. Il supporto dell'unità di sostegno con 3 sessioni gratuite ha potuto accompagnare meglio chi ne aveva bisogno.

5. Interdisciplinarietà globale

Il metodo adleriano*** tesse un'integrazione delle tre dimensioni della personalità secondo il paradigma biopsicosociale. Se le compulsioni di Clara, in risposta all'ansia, sono il modo in cui il conflitto interiore cerca di risolversi ed è il più visibile, è importante che il terapeuta adleriano tenga conto delle tre dimensioni del paradigma adleriano: bio-psico-sociale per

un approccio olistico alla paziente. Infatti, in questo momento della vita, il progetto infantile riattiva in Clara memorie non solo cognitive ma anche emotive e somatiche, che è fondamentale ascoltare con empatia.

Le esperienze di vita precoci e continuative giocano un ruolo essenziale nella costruzione di quello che Adler chiamerà lo Stile di Vita dell'individuo*. Il rapporto con il sé e con il mondo, i meccanismi di difesa, la personalità e i possibili disturbi associati, il livello di funzionamento mentale e i sintomi riportati nel DSM-5 danno forma all'individuo che reagisce a un'eredità genetica, a un ambiente familiare e sociale e a una psicologia propria. Ecco perché il terapeuta adleriano utilizzerà questi elementi per fare la sua diagnosi psicologica. In reazione a questo sentimento di inferiorità, accentuato dalle umiliazioni e dai maltrattamenti, Clara ha sviluppato strategie di sovra-compensazione per ritrovare un senso di controllo e di equilibrio interiore. Il terapeuta adleriano sarà quindi sensibile allo stato del sentimento sociale (Gemeinschaftsgefühl) di Clara, particolarmente danneggiato in famiglia ma anche nei confronti della società, vissuta come pericolosa a causa del ricovero, vissuto come forzato. Pur essendo potenzialmente una risorsa per alcuni, il legame sociale viene vissuto come doloroso, ansiogeno o addirittura minaccioso.

Con Gergo d'Organo** il terapeuta adleriano sottolinea l'importanza fondamentale di comprendere la connessione olistica con il corpo, comprese le reazioni somatiche. L'incapacità di ascoltare ciò che il corpo sta dicendo informa il terapeuta sulla personalità e sulla patologia di Clara. Clara svolge un lavoro che richiede un buon livello tecnico e dedica molto del suo tempo personale ad attività creative/artistiche. Quindi, nonostante una storia di vita complessa, è stata in grado di usare la sua creatività come risorsa e strategia per raggiungere l'equilibrio. Il terapeuta adleriano si impegnerà a riconoscere le risorse della paziente e a incoraggiare il suo senso di creatività per aiutarla in modi più efficaci e utili per lei e per la comunità.

La validazione empatica incoraggia la creazione di un'alleanza terapeutica che consente di creare uno spazio per sperimentare il legame di attaccamento e i meccanismi di difesa in una nuova luce, e di sentirsi in modo diverso e guardare alla sua storia in modo diverso.

La compensazione di Clara attraverso l'acting-out è radicata in quella che Adler chiamerebbe la reazione di protesta virile della volontà di potenza per ripristinare il senso di potere. Così, nella costruzione di Clara, il senso di inferiorità, le minacce e le umiliazioni, l'hanno portata a elaborare e seguire una narrativa tendenziosa secondo la quale riconquistare potere e controllo significava distruggere gli altri. Il terapeuta ha utilizzato una tecnica di sostegno cognitivo ed emotivo attraverso il counseling e l'incoraggiamento, ma anche e soprattutto la creazione di uno spazio di supervisione sicuro.

Fonti: *Bernard H. Shulman, Harold H. Mosak, Manual for Life Style Assessment, Brunner Routledge – Taylor 1 Francis Group Edition, 1990

** Adler, A. (1956). The Individual Psychology: A systematic presentation in selections from his writings (H.H. Ansbacher, H. L., & R.R. Ansbacher, Eds.). New York, NY: Basic Books.

*** Bernard H. Shulman, James Hillman, Secondo Fassino, Gian Giacomo Rovera, Monikz Kruttke Rüping, Andrea Ferrero, Rossana Accomazzo, Laura Recrosio, Lorle Louis Hoffmann, General Aspects of the Analytic Process, SAIGA Edizioni, Individual Psychology Dossier 2 (Bilingual Italian-English)



Buona Pratica 14

Intervento di crisi e prevenzione del suicidio

Partner responsabile: *Institut Alfred Adler de Paris (Francia)*

Autori: *Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin*

Parole chiave: *Intervento individuale; Emergenze sanitarie umanitarie; emergenze sociali umanitarie, Vittime di 2°, 5°, 6° tipo, Rischio suicidario, Metodo Adleriano, Supporto sociale e sanitario*

1. Descrizione dell'evento

Il signor F., cinquantquattro anni, lavoratore autonomo, ha dovuto presentare inaspettatamente istanza di bancarotta. Un anno fa ha perso la moglie e si è risposato.

2. Condizioni generali delle vittime

Il signor F. racconta la sua storia: "Cinque settimane prima della bancarotta ho avuto la sensazione di essere io stesso un malato terminale. Tutto il mio organismo era in grande subbuglio. Fisicamente i brividi mi attraversavano e la mia incurabilità era evidente. Mentalmente sentivo la mancanza di speranza; una fuga in psichiatria mi sembrava una vera via d'uscita. Un ricovero a vita in un istituto chiuso era ora un obiettivo di vita per il quale valeva la pena lottare.

Una settimana dopo, quando capii per la prima volta l'inevitabilità della bancarotta, i pensieri suicidi presero piede. Di nascosto, in silenzio. Nessuno lo sapeva e nessuno doveva saperlo. Ho preparato tutto mentalmente, luogo, tempo, metodo. Ho sviluppato una vera e propria strategia per il suicidio. Solo pochi giorni, se non poche ore, mi separavano dall'atto. Nel frattempo, mia moglie mi scriveva quotidianamente lettere d'amore lunghe pagine, che io leggevo, ma senza riflettere. Nessuno sapeva delle mie intenzioni, nemmeno lei. Ma nessun altro mi aiutò, probabilmente anche perché ero incapace di esprimermi.

Potevo solo rivolgermi a un'autorità competente e professionale. Questa mi venne incontro sotto forma del professore emerito Dr. B. Una raccomandazione al suo buon amico fu questione di secondi, la mia decisione di assecondare la sua fervida richiesta paterna fu ferma.

Non volevo lasciare nulla di intentato. Sarei stato in grado di far fronte ai suoi trucchi psicologici, non avevo bisogno di uno psicologo, ero io stesso uno psicologo, avevo bisogno di un aiuto concreto. Dopo avergli fatto capire che non poteva aiutarmi, mi disse: "Non posso, ma ho qualcosa che può aiutarti. A dieci minuti da qui c'è un centro di intervento per le crisi, nel frattempo lo chiamo". E poi sono rimasto lì, senza appuntamento e senza registrazione come cosiddetto caso acuto ad alto rischio di suicidio.

3. Intervento: focus sul metodo

Il terapeuta racconta il suo punto di vista:

Quando il signor F. è arrivato, era così irrequieto che durante il colloquio iniziale ha camminato su e giù per oltre un'ora. Si agitava su e giù per più di un'ora. È apparso subito evidente che aveva gravi problematiche per quanto riguarda i sentimenti di inadeguatezza e di colpa per la bancarotta e forti sentimenti di colpa nei confronti della moglie defunta. Questi lo bloccavano emotivamente. È stato possibile elaborare queste problematiche e lui ha potuto condividere apertamente il dolore, perché allo stesso tempo ho riconosciuto i suoi sentimenti di responsabilità e di colpa e l'aggressività verso se stesso.

Questi sono stati i risultati delle prime sedute, ma lui non ha partecipato al terzo appuntamento. Ho sentito una perdita e come se fosse successo qualcosa. Non mi sentivo bene non sapendo cosa fosse successo con lui. Sentivo che la sua ideazione suicida era ancora un rischio. L'idea del pericolo mi perseguitava.

Poi è stato contattato da noi, il che ovviamente ha rafforzato la sua fiducia a tal punto che è venuto prima dell'appuntamento successivo. Oscillava tra il sentirsi in colpa e il non sentirsi responsabile. Dopo una decina di interventi, effettuati nell'arco di tre settimane, era molto più strutturato e aveva sviluppato dei piani per il futuro. È riuscito a

ricevere il sostegno di altre persone, ha ricevuto un'offerta di lavoro concreta e la bancarotta ha potuto essere trasformata in una liquidazione coatta.

Un nuovo contatto dopo un'interruzione di circa due mesi mostra che il paziente sta bene e l'intervento di crisi viene interrotto. Nel corso di un contatto di follow-up, tre anni dopo, il signor F. si dimostra stabile: è diventato di nuovo padre e sta bene sia professionalmente che privatamente.

4. Effetti

Il signor F. ha subito due perdite in un breve periodo di tempo. Sua moglie e la sua sicurezza finanziaria. Secondo l'ICD-11 potremmo diagnosticare un disturbo dell'adattamento (codice: 6B43). Da questa vignetta apprendiamo quattro componenti importanti dell'intervento in caso di crisi:

1. Prima di tutto un rapido invio a un professionista formato per l'intervento in caso di crisi,
2. In secondo luogo, l'approfondimento e la focalizzazione sul dolore emotivo causato dall'incidente,
3. L'importanza del controtransfert come aspetto comunicativo della relazione,
4. Il colloquio telefonico attivo per mantenere la relazione interrotta.

5. Interdisciplinarietà globale

Oltre a questi principi generali di intervento in caso di crisi, a ciò si può aggiungere una specifica prospettiva adleriana*. La disperazione e la percezione della malattia mentale del signor F. possono essere intese come un sentimento di inferiorità. Lo smarrimento e l'incapacità di risolvere costruttivamente il problema all'inizio, lo portano a compensare il senso di inferiorità. Il potere della frustrazione e la conseguente aggressività entrano in gioco quando si sviluppa l'ideazione suicida; sebbene sia un modo distruttivo di compensazione, bisogna riconoscere che l'ideazione suicida è un tentativo di superare la mancanza di speranza; un modo per ottenere il controllo e il potere sulla propria vita (e sulla propria morte), un tentativo onnipotente di ristabilire un senso di agency.

In questo senso, l'ideazione suicida va intesa come una reazione umana e comprensibile, che può essere condivisa con gli altri. Sebbene l'ideazione suicida, nel suo scopo superficiale, sia diretta contro la cooperazione e contro l'interesse sociale (visto nel ritiro sociale), ha anche un carattere di appello che è cruciale per mobilitare l'aiuto degli altri. Questo è il motivo per cui il carattere di appello l'ideazione suicida non dovrebbe essere tralasciato o sminuito nei soggetti suicidi. Anche se a volte viene percepita negli incontri terapeutici come manipolativa, da un altro punto di vista è una risorsa vitale, che permette di raggiungere e coinvolgere gli altri nell'aiuto.

L'ideazione suicida è anche un fenomeno transitorio e ondulatorio, che può essere alleviato in una seduta ma intensificarsi in un'altra; il suo riflesso più generale, sotto forma di ricerca di aiuto o di rifiuto della mano d'aiuto, potrebbe manifestarsi nell'improvvisa assenza del paziente da una seduta programmata. È importante capire che la reazione controtransferale dell'operatore (potrebbe essere successo qualcosa) descrive una continuità della relazione anche in assenza. Il paziente assente sta inducendo paura nell'operatore. Cambiando prospettiva, possiamo comprendere questa nostra reazione come ciò che sta vivendo il paziente e possiamo capire empaticamente cosa significa: "Sono ansioso, ho bisogno della tua conferma che tutto va bene!". Questo permette di esemplificare una posizione adleriana: quella dell'incoraggiamento. Soprattutto nelle crisi, quando il mondo interiore dei pazienti si è rotto, l'aiutante sperimenta nella sua disperazione empatica i sentimenti interiori del paziente. L'aiuto immediato significa essere di supporto, incoraggiare i movimenti del paziente verso una soluzione, mantenere e rappresentare la speranza per colui che l'ha persa**.

Fonti: *Gernot Sonneck, Nestor Kapusta, Gerald Tomandl, Martin Voracek, *Krisenintervention und Suizidverhütung* (Crisis intervention and suicide prevention), Paperback – 25 Oct. 2012

** Nestor Kapusta, Diagnostik in der Individualpsychologie, January 2022, In book: Psychotherapeutische Diagnostik (pp.115-123).



Buona Pratica 15

Supporto medico privato per alleviare il senso di colpa secondo il metodo Adleriano della psicologia Individuale

Partner responsabile: Institut Alfred Adler de Paris (Francia)

Autori: Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin

Parole chiave: Intervento individuale; Emergenze sanitarie umanitarie; emergenze sociali umanitarie, Vittime di 4°, 5°, 6° tipo, Attacco terroristico; Metodo adleriano delle emergenze, colpevolezza della vittima, sostegno sociale e sanitario

1. Descrizione dell'evento

Gli attentati di Parigi di venerdì 13 novembre 2015 sono stati realizzati in modo coordinato nel sobborgo settentrionale della città chiamato Saint-Denis. A partire dalle 21,15, tre attentatori suicidi si sono fatti esplodere all'esterno dello Stade de France a Saint-Denis, durante una partita di calcio internazionale, dopo non essere riusciti a entrare nello stadio. Un altro gruppo di attentatori ha poi sparato su caffè e ristoranti affollati; uno di loro ha fatto esplodere un esplosivo, uccidendosi. Un terzo gruppo ha effettuato un'altra sparatoria di massa e ha preso ostaggi a un concerto degli Eagles of Death Metal a cui partecipavano 1.500 persone nel teatro Bataclan, provocando un conflitto a fuoco con la polizia. Gli attentatori sono stati uccisi o si sono fatti esplodere quando la polizia ha fatto irruzione nel teatro. I colpevoli hanno ucciso 130 persone, di cui 90 al teatro Bataclan. Altre 416 persone sono rimaste ferite, quasi 100 in modo grave. Anche sette degli attentatori sono stati uccisi. Si tratta degli attacchi più letali realizzati in Francia dopo la Seconda Guerra Mondiale e tra i più letali nell'Unione Europea dopo gli attentati ai treni di Madrid del 2004. La Francia era in stato di massima allerta dagli attacchi del gennaio 2015 agli uffici di Charlie Hebdo e a un supermercato ebraico di Parigi, che avevano causato 17 morti.

Nel presente caso clinico l'attenzione è rivolta a tutti i tipi di vittime, con particolare attenzione quelle di 5° e 6° tipo. Descrivo qui un bisogno particolare che due pazienti hanno espresso ai loro medici di base in cerca di supporto, presentandosi un mese dopo l'attacco al Bataclan. Entrambi non hanno potuto rivolgersi ai servizi di emergenza messi gratuitamente a disposizione delle vittime e delle loro famiglie. Il dolore per l'attacco terroristico, legato anche alla perdita di un collega, li faceva sentire in colpa nell'usufruire un aiuto gratuito offerto alle vittime superstiti e ai loro familiari. Questo tipo di esperienza spesso non viene presa in considerazione nell'assistenza alle vittime in situazioni di crisi.

2. Condizioni generali delle vittime

Il primo paziente, un uomo anziano ma non ancora in pensione, con una situazione familiare stabile, ha perso la stagista che lavorava nell'azienda del figlio: presenta una struttura di personalità sana con un trauma precedente legato alla sua partecipazione come soldato a una guerra violenta trentacinque anni prima.

Presenta tutti i sintomi di un PTSD, ed è colpito dal fatto che i contenuti degli incubi e i pensieri invasivi non sono legati all'attacco terroristico del Bataclan, ma ai ricordi della guerra.

La seconda paziente, giovane donna di circa quarant'anni con una relazione stabile, dirigente in un servizio tecnico, ha perso un collega diretto nell'attentato del Bataclan nello stesso momento in cui muore il suo fedele cane. Si presenta con i sintomi di PTSD (in particolare vertigini e insonnia) e con più importanti sintomi dissociativi, allucinazioni e incubi "psicotici". La diagnosi differenziale si basa sull'analisi dei dati relativi all'infanzia e dati dei familiari che mostrano un problema psicotico della madre (con tentativi di suicidio di cui l'ultimo riuscito dieci anni prima) e i sintomi dissociativi. Abbiamo quindi considerato la possibilità di un PTSD complesso e/o di un Disturbo Psicotico Breve nel BPD (Disturbo Borderline di Personalità).

3. Intervento: focus sul metodo

a) Primo paziente (6° tipo)

La progressiva comprensione del suo Stile di Vita strutturato su meccanismi di compensazione e controllo legati all'angoscia di morte vissuta trentacinque anni prima in guerra essendo l'unico sopravvissuto della sua squadra, ha permesso al paziente di acquisire una migliore distanza da alcuni comportamenti compulsivi di salvataggio.

b) Seconda Paziente (5° tipo)

La possibilità per la paziente di accedere a un rapporto di fiducia e a un'alleanza di lavoro con il terapeuta le ha permesso di comunicare per la prima volta esperienze allucinatorie e incubi terrificanti, rassicurandola. L'evidente gravità dei sintomi ha indotto a strutturare una terapia a lungo termine, ma la gestione delle allucinazioni sia attraverso esercizi di gestione della dissociazione sia attraverso la terapia farmacologica (la paziente era contraria all'uso di farmaci e vedere un medico le provocava panico) ha permesso alla paziente di assentarsi dal lavoro per quasi un mese (e nonostante i gravi sintomi dissociativi non voleva smettere di lavorare). La comprensione e l'integrazione dei sintomi come parte resiliente dello stile di vita della paziente le ha permesso di accoglierli anziché subirli come "nemici intrusivi" e di imparare a comprenderli e gestirli, migliorandoli e modificandoli.

4. Effetti

Gli effetti sono stati positivi: 1) per il primo paziente con traumi legati alla vecchia guerra, sono stati sufficienti sei sedute terapeutiche per risolvere i sintomi del PTSD. Il paziente è stato in grado di sviluppare una comprensione più profonda del suo stile di vita e di accettare che c'era ancora del lavoro da fare, ma al di là dell'urgenza negativa dei sintomi. 2) Per la seconda paziente con traumi pregressi legati alle figure di attaccamento (PTSD complesso), i sintomi sono potuti regredire grazie all'integrazione di una terapia farmacologica gestita con lo psichiatra che è stata in grado di contattare (sotto la guida dello psicoterapeuta) e alle tecniche psicologiche integrative sulle parti (tra cui l'EMDR), associate alla terapia olistica adleriana che ha lavorato sulle tre dimensioni biopsicosociali*.

5. Interdisciplinarietà globale

Il metodo adleriano prevede l'integrazione delle tre dimensioni olistiche della personalità secondo il paradigma biopsicosociale**. L'importanza attribuita al corpo e al gergo degli organi permette al terapeuta di accompagnare il paziente a connettersi con le sensazioni corporee e ad imparare a stabilizzare progressivamente meglio il corpo. Solo progressivamente il paziente viene portato a considerare i suoi meccanismi di difesa psichica. I meccanismi di ipercompensazione legati alla "volontà di potenza", servono al paziente per mascherare i suoi sentimenti di inferiorità legati in modo inconsapevole e resiliente alla crisi traumatica vera e propria o ai traumi passati. L'analisi dello stile di vita del paziente permette di osservare i suoi meccanismi e di percepirne l'efficacia e l'efficienza secondo la loro logica interna***. Ma questo evidenzia anche il disadattamento e il sovraccarico, in un cattivo equilibrio tra risorse interne e soluzioni esterne. Il terapeuta adleriano sarà quindi sensibile allo stato del senso di appartenenza del paziente (Gemeinschaftsgefühl)**, che è il vero riequilibratore delle finzioni (credenze) sregolate dello stile di vita, ma che può essere il primo elemento danneggiato nelle situazioni traumatiche, in particolare per quelle croniche.

Fonti: *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. Sciences, 16(03), 295-295.

Buona pratica 16

Vittimismo post-traumatico e terapia analitica di gruppo: intersoggettività, testimonianza empatica e alterità

Partner responsabile: Istituto di Analisi di Gruppo Atene (Grecia)

Autore: Berman, A.

Parole chiave: analisi di gruppo, stati del sé, vittimismo, post-trauma, testimonianza empatica, alterità

1. Descrizione dell'evento

In questo articolo, Berman descrive una vignetta di un gruppo analitico per spiegare come l'aggressione post-traumatica potrebbe essere spostata da un vero aggressore proveniente dal passato ai membri del gruppo nel presente. L'autore si riferisce al "vittimismo post-traumatico" come uno stato di sé nel senso del concetto di sé multipli. Dall'interno di un certo stato di sé, la propria esperienza personale è di autenticità (esperienza 'questo sono io'), mentre ogni segno di qualsiasi altro stato di sé è sperimentato come 'non io'. (p. 245). Quando la dissociazione è il principale meccanismo di difesa, gli stati di sé potrebbero essere dissociati l'uno dall'altro. Lo stato di sé del vittimismo post-traumatico può essere riconosciuto in quattro modelli comportamentali della vittima, nel gruppo, che sono espressioni interpersonali ricorrenti:

1. rivendicare il riconoscimento di essere una vittima
2. spostamento dell'aggressività vittimistica
3. trasformare la sofferenza personale in dominio, controllo e richiesta di risarcimento
4. sospensione della preoccupazione e dell'empatia verso gli altri.

2. Condizioni generali delle vittime del gruppo

Il gruppo analitico descritto è composto da otto membri, uomini e donne, di età compresa tra trenta e cinquanta anni. Eve è membro del gruppo da molto tempo. Ha divorziato di recente dopo molti anni di lamentele e frustrazione nel rapporto con suo marito. Lavora in una scuola superiore; i suoi colleghi ammirano la sua efficienza e la sua capacità di creare una buona atmosfera intorno a lei. Nella sua infanzia, dopo il divorzio dei suoi genitori, sua madre ha sposato un altro uomo che ha abusato di lei, per lo più verbalmente. Non si è mai lamentata o ha parlato delle sue esperienze infantili, fino a quando non è diventata un membro del gruppo. I membri del gruppo terapeutico hanno apprezzato il suo umorismo, la sua relazione attenta e sensibile con gli altri e la sua capacità di far fronte alle difficoltà. Durante i momenti di angoscia, è diventata vulnerabile, bisognosa e ha richiesto più attenzione da parte del gruppo: si aspettava che tutti si identificassero con lei. Si aspettava che gli altri membri diventassero testimoni empatici della sua sofferenza. Qualsiasi espressione di alterità da parte di qualsiasi membro era sentita da lei come abuso e abbandono, e la sua reazione era di rabbia e insulto. Se qualcuno menzionava quanto tempo venisse dedicato a lei in una sessione, si sentiva ferita. Gli altri membri divennero attenti e timorosi quando parlavano con lei.

3. Intervento: focus sul metodo

In una seduta, dice che la sua relazione con la sua migliore amica si è rotta. Erano in un pub quando un giovane si unì alla loro conversazione. Eva ebbe l'impressione che il giovane fosse interessato a lei, la sua amica non si tirò indietro e lei si sentì molto ferita e ignorata. I tre lasciarono il pub con l'auto dell'amica di Eva. Inaspettatamente, la sua amica accompagnò Eva a casa e continuò con il giovane. Eva si sentì umiliata, sconfitta e abbandonata. I membri del gruppo reagiscono con identificazione, consolazione, dolore genuino. Una donna si rispecchia così profondamente con lei che non riesce a smettere di piangere, parlando di un'esperienza simile. Due uomini del gruppo condannano il comportamento dell'amica di Eva. Rachel, una delle più giovani del gruppo, commenta che capisce il suo dolore "ma il mondo degli

appuntamenti è un mondo di competizione. Anche la sua amica lo voleva. È stata anche un'opportunità per lei. Perché avrebbe dovuto farsi da parte per te? ..." (p.252). Eva si sente insultata da Rachel, la paragona alla sua amica, Rachel si sente ferita, il sostegno reciproco che di solito si davano a vicenda svanisce. Rachel diventa silenziosa, piange e si isola. Due membri del gruppo cercano di calmare Eva, parlandole teneramente e discretamente, e tentando di ripristinare la conversazione tra Eva e Rachel. Un'altra donna, identificandosi con il dolore di Rachel, descrive il comportamento di Eva come aggressivo e punitivo. Quando un'altra donna paragona gli scambi nel gruppo, a una lotta tra i sessi dicendo: "Stiamo combattendo qui a causa del comportamento degli uomini. Sono corteggiati da noi e sono tuttavia egocentrici e aggressivi, e ne paghiamo il prezzo" (p. 253), poi un altro uomo interviene: "Anch'io sono stato ferito dal rifiuto delle donne. Non mi piace il fatto che ci sia competizione su chi è stato più ferito. Qui nel gruppo, ho anche ricevuto feedback difficili e ho ancora ascoltato. Ho ascoltato anche te, Eva". Eva gli risponde, con odio: "Invece di sostenermi, mi critichi per aver espresso la mia sofferenza". (p. 253). Dopo questo pesante scambio, il gruppo si rivolge al conduttore per chiedere aiuto. Il suo intervento riguarda l'empatia, la sua identificazione con ogni membro in punti diversi. Il gruppo continua parlando della necessità di alcuni membri di esprimere apertamente i propri sentimenti e mostrare chi sono, riconoscendo l'esistenza di emozioni e punti di vista diversi' (p.253).

Cosa è successo in questa sessione? Eva ha ricostruito nel gruppo uno stato di vittimismo personale, si è sentita davvero abbandonata e umiliata come nella sua infanzia. Nel gruppo, ha osato lamentarsi, esprimere i suoi sentimenti per essere maltrattata e incolpare le persone che sentiva l'avevano offesa. Durante la rievocazione, all'interno del suo stato di vittimismo, la sua sofferenza si trasforma in un'aggressione opprimente e spostata nei confronti di Rachel, il membro a lei più vicino, quello che di solito la sostiene. Inoltre, in questa sessione, Eva non ha ricambiato la testimonianza empatica e la preoccupazione che ha ricevuto. All'interno della risonanza nel gruppo (la risonanza è un fattore terapeutico nell'analisi di gruppo), il gruppo nel suo insieme si sposta verso uno stato di autovittimismo (perpetratori e vittime all'interno del gruppo). All'interno del gruppo, esprimere ingiustizia e vulnerabilità dà spazio all'identità collettiva e una base per la competizione inconscia tra i membri. L'aggressione vittimistica sembra essere trasmissibile: i membri si aspettano di essere sostenuti. La capacità emotiva del gruppo di contenere l'alterità diminuisce. "Il termine "alterità" si riferisce alla presenza di qualsiasi persona come un altro essere umano distinto" (p.250).

4. Effetti

Un contesto terapeutico che riconosca la sofferenza subita da una persona, che contenga elementi di empatia, compensazione e azione affermativa permette processi di recupero. Il gruppo di terapia offre un ambiente di guarigione che genera riconoscimento, contenimento e compassione per la persona traumatizzata. Il contesto di gruppo è uno spazio sicuro a cui una persona si sente di appartenere, compresa e protetta. I membri del gruppo diventano testimoni empatici dell'esperienza traumatica che qualcuno ha vissuto da solo. Nel gruppo analitico gli stati dissociati possono essere riconosciuti, ricordati e indicati dagli altri partecipanti (p. 247). In questo contesto di supporto e sicurezza, una vittima può ri-sperimentare la dissociazione post-traumatica e i sentimenti negativi di umiliazione, vergogna e rabbia. Lavorando attraverso questi sentimenti, la persona si sente ri-potenziata, i punti di forza dell'ego possono essere parzialmente ripristinati e le risorse interiori riattivate....

Fonte: Berman, A. (2014). Vittimismo post-traumatico e terapia gruppoanalitica: Intersoggettività, testimonianza empatica e alterità. *Group Analysis*, 47(3): 242-256.

Buona pratica 17

Imparare da Stranieri: Etnopsichiatria in pratica

Partner responsabile: Istituto di Analisi di Gruppo di Atene (Grecia)

Autore: Grandsard, C.

Parole chiave: Contesto clinico, etnopsichiatria, psicoterapia con immigrati e rifugiati, Attaccamenti sociali

1. Descrizione dell'evento

Questo articolo è tratto dalla lezione di apertura tenuta da Catherine Grandsard al 17° simposio GASI di Berlino nel 2017. Il titolo dell'evento era "Crossing Borders: Social, cultural and clinical challenges". La conferenza si riferisce al lavoro clinico presso il Centro Georges Devereux di Parigi, in Francia. Il centro è una clinica di ricerca diretta e fondata, nel 1993, dal professor Tobie Nathan. Le persone assistite in questa clinica sono genitori stranieri, i loro figli (nati o non nati in Francia), minori stranieri non accompagnati, sopravvissuti all'Olocausto (ex bambini nascosti) e le loro famiglie e famiglie sposate. All'inizio, l'etnopsichiatria era un'area di ricerca specifica all'interno dell'antropologia, come la definì Georges Devereux (1908-1985), etnologo e psicoanalista francese di origine ungherese. L'etnopsichiatria si concentra sulle modalità culturali di interpretazione e trattamento dei disturbi. Per Devereux, ogni società umana determina il comportamento normativo e definisce la devianza dai comportamenti culturalmente ammissibili. Definisce anche questi repertori culturali di comportamento deviante e di trattamento correlato come "psichiatria". Le pratiche di guarigione relative a specifici gruppi sociali e culturali sono "etnopsichiatriche". Tobie Nathan è stato uno studente di dottorato, stretto collaboratore di Devereux. L'obiettivo di Nathan era quello di creare un ambiente clinico operante con principi etnopsichiatrici, compresi tutti i metodi di guarigione senza squalificare nessuno.

In questa buona pratica, sarà descritto uno dei due esempi di casi riportati nell'articolo. Gli esempi illustrano come in questo tipo di contesto clinico, un terapeuta e un assistente sociale debbano mettere da parte le proprie ipotesi per comprendere le pratiche di guarigione del gruppo naturale delle persone e di conseguenza per trovare nuove soluzioni al problema con il paziente e il suo gruppo naturale.

2. Condizioni generali delle vittime

Abdoulaye è un adolescente rifugiato di 17 anni proveniente dal Senegal. Un anno fa, è arrivato in Francia come minore non accompagnato, ora vive in una casa adottiva e parla un po' di francese. Dopo una violenta lite con un compagno, un minore non accompagnato proveniente dall'Afghanistan, il suo assistente sociale lo porta in clinica. Non era mai stato violento prima di questo incidente.

3. Intervento: focus sul metodo

L'intervento si struttura in quattro sessioni, ciascuna della durata di due ore, in un periodo di cinque mesi. L'équipe è composta da quattro professionisti: due psicologi, un assistente sociale e un traduttore/mediatore culturale o "mediatore etnoclinico". Ecco la descrizione della prima sessione/incontro.

L'autrice, Catherine Grandsard, è la leader designata per tutte le sessioni. Anche l'assistente sociale di Abdoulaye ha preso parte a tutte le sessioni. Nella prima sessione di fronte ad Abdoulaye, Grandsard nel ruolo di leader chiede all'assistente sociale di presentarlo al team curante. Ha detto loro che era "un giovane serio, che cercava di adattarsi al meglio alla sua situazione di minore straniero non accompagnato in Francia" (p. 273), che è arrivato un anno fa e che non è mai stato violento fino ad ora. Inoltre, quando ha chiesto ad Abdoulaye della rissa, non è stato in grado di spiegare l'episodio. Invece ha parlato della terribile esperienza durante il viaggio in barca durante verso l'Europa e dei problemi di sonno. Il collega del team che veniva dal Senegal e aveva il ruolo di mediatore etnoclinico traduce in Soninke, la lingua madre di Abdoulaye.

Più tardi, chiedono ad Abdoulaye di descrivere il suo viaggio in Europa. Ha lasciato la sua città natale dopo la morte di suo padre. Era il maggiore di cinque figli, voleva aiutare i suoi fratelli così ha detto alla madre che avrebbe trovato lavoro in una città più grande senza dirle del suo piano all'estero. Ha lavorato in una città costiera per alcuni mesi per pagare il

viaggio su una barca per le Isole Canarie. La barca era sovraccarica di migranti privi di documenti. Il motore si è fermato. La temperatura era molto calda, cinque giovani dell'età di Abdoulaye, sono morti per il calore e la disidratazione e i loro corpi sono stati gettati in mare. Quando il motore fu riparato, riuscirono a raggiungere l'acqua spagnola dove furono salvati.

Il team chiede dei suoi sintomi: Abdoulaye riferisce che quando si è guardato allo specchio, ha visto le cicatrici lasciate dall'acqua salata e dal sole cocente. Ma "i volti dei ragazzi morti apparivano davanti ai suoi occhi. Sentiva che la sua personalità era cambiata: pensava incessantemente alla morte, continuava a desiderare che i cinque ragazzi fossero sepolti correttamente invece di essere gettati in mare; aveva incubi e spesso si sentiva depresso" (p. 274). A quel punto, l'autrice dell'articolo, chiede al suo collega-mediatore etnoclinico, se esiste una parola in Soninke per descrivere i sintomi di Abdoulaye. Dice che ce n'è una, la parola "Kany" che "significa paura, il tipo di paura che rimuove l'anima di una persona" (p. 274). Abdoulaye rimane colpito sentendo la parola nella sua lingua madre, ma fu sorpreso e sollevato nel vedere l'interesse della squadra per una parola a lui familiare. Poi gli autori chiedono al mediatore etnoclinico: "Chi sa come trattare gli effetti di Kany?". "A Jaaranda", rispose, usando la parola Soninke riferendosi a un guaritore o a un medico" (p. 274). Abdoulaye spiega che sua madre aveva consultato un Jaaranda prima della sua partenza. Il Jaaranda aveva detto che avrebbe viaggiato molto lontano, ma le aveva assicurato di aver attivato tutte le azioni necessarie per proteggere suo figlio. Abdoulaye era sicuro di sopravvivere grazie alle azioni di Jaaranda e alla benedizione di sua madre. La squadra decide di contattare la madre di Abdoulaye, chiedendole di visitare Jaaranda e di dirgli che suo figlio sembrava soffrire di Kany. La mamma promette che lo farà e intanto spera che prescrivano a suo figlio dei farmaci per l'insonnia.

Il team in un primo momento accetta che Abdoulaye consideri efficaci i metodi di guarigione del Jaaranda, insieme ai farmaci e alla sessione di conversazione. La strategia terapeutica è quella di riconnetterlo con la sua famiglia e il gruppo sociale a cui appartiene e verso cui si sente attaccato, ai suoi gruppi sociali "naturali". E' necessario definire la natura del problema, cioè i suoi sintomi post-traumatici. Ma questo non basta. È necessario sapere se c'è un nome nella sua lingua madre per i sintomi e come il suo gruppo culturale comprende queste difficoltà. Esplorando il concetto di Kany che si riferisce a un disturbo provocato da estrema paura, il team non lo interpreta come uno stato psicologico che migliorerà con i farmaci e/o verbalizzando l'esperienza, ma accetta la possibilità di coinvolgere le risorse di guarigione della sua famiglia e del suo gruppo sociale. Il team accetta che se la nozione di Kany ha senso per l'esperienza di Abdoulaye, allora è necessario un esperto di Kany, la figura di Jaaranda, e anche che quel trattamento possa essere efficace per Abdoulaye. Offrono un contesto clinico in cui viene data uguale attenzione a tutti i metodi di guarigione, "mettendo da parte la nozione di credenza", coinvolgendo le persone che chiedono aiuto "nel processo di selezione del contesto concettuale che informerà la loro terapia" (p. 276). L'autore sottolinea anche il ruolo dell'interprete Soninke come mediatore culturale; sa come presentare se stesso e il team promuovendo la fiducia. Per fare ciò, il mediatore deve essere non solo informato sui modi culturali della società Soninke, ma anche sulle realtà e le istituzioni francesi.

4. Effetti

Dopo un mese, al secondo incontro, Abdoulaye non presenta alcun sintomo. Alla domanda se stesse prendendo le medicine, rispose in francese: "A che scopo? Ora che mia madre è andata dallo Jaaranda e lui ha fatto ciò che era necessario, non ne ho più bisogno!" (p. 274-275).

Fonte: Grandsard, C. (2018). Imparare dagli estranei: l'etnopsichiatria nella pratica. *Group Analysis*, 51(3):271-282.



Buona pratica 18

La contaminazione del trauma.

Menti traumatizzate, famiglie spezzate e gruppi di lavoro disfunzionali: Dinamiche organizzative e interpersonali nei procedimenti giudiziari complessi per l'assistenza all'infanzia

Partner responsabile: Istituto di Analisi di Gruppo di Atene (Grecia)

Autore: Stevenson, S.

Parole chiave: trauma, lavoro di gruppo, dinamiche di gruppo, famiglia, contenimento

1. Descrizione dell'evento

Questo articolo esplora il trauma e il suo impatto su un gruppo di lavoro e il motivo per cui questo processo è stato disturbato da un'ansia incontrollata che ha portato a un conflitto professionale. I gruppi di lavoro professionali che si occupano di famiglie traumatizzate e disfunzionali si trovano a dover affrontare una sfida sproporzionata a un processo già inevitabilmente doloroso, che può costituire un ostacolo a un processo decisionale equilibrato nell'interesse dei bambini. Il trauma, l'abuso e la trascuratezza possono influenzare la cultura professionale che si condensa intorno a queste famiglie. Ciò si verifica più spesso con le famiglie più impegnative, con una possibile storia di fallimenti professionali che si traducono in conflitti professionali, processi decisionali impulsivi e carenti, dovuti al fatto che queste dinamiche distruttive diventano ingestibili.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

Il caso di studio presentato riguarda un gruppo di lavoro traumatizzato, in cui tre bambini piccoli avevano subito gravi abusi da parte dei genitori. Il trauma era un'esperienza centrale di tutti i membri di questa famiglia che risaliva a diverse generazioni. L'infanzia dei genitori è stata particolarmente traumatica ed entrambi hanno subito gravi abusi e negligenze mentre erano affidati alle loro famiglie. I genitori si sono conosciuti e hanno costruito la loro relazione quando entrambi erano coinvolti in gravi abusi e spaccio di droga. Il dipartimento dei servizi sociali che si occupava di questa famiglia stava gestendo contemporaneamente un'altra famiglia sottoposta a un procedimento giudiziario per la tutela dei minori, il cui esito ha suscitato molta ansia e biasimo all'interno del dipartimento.

3. Intervento: focus sul metodo

L'intera matrice di lavoro è stata colpita da un trauma intergenerazionale, vale a dire il trauma attuale dei genitori nei confronti dei propri figli, nonché il trauma del gruppo di lavoro professionale che ostacolava le capacità individuali di pensare e riflettere in merito all'interesse dei bambini. Sembrava esserci un processo parallelo in cui i genitori cattivi e violenti venivano simbolicamente equiparati a professionisti inadeguati, di cui non ci si poteva fidare per mantenere i bambini al sicuro, poiché erano così preoccupati delle proprie battaglie. Per gestire e mantenere processi psicologici appropriati all'interno dei gruppi di lavoro e per consentire ai membri di portare a termine i loro compiti lavorativi, è stato necessario mettere a disposizione uno spazio riflessivo e di supervisione adeguato, che consenta ai membri di osservare e impegnarsi con le dinamiche modellate dai processi inconsci.

4. Effetti

Il mancato riconoscimento di questi aspetti dell'ambiente di lavoro può inquinare e contaminare la matrice di un gruppo di lavoro in termini di proiezioni non elaborate, di identificazioni proiettive messe in atto o di distorsioni dell'input professionale a scapito del benessere del bambino. A causa della pressione esercitata sui professionisti, per consentire un adeguato processo decisionale per il benessere del bambino è essenziale offrire spazi riflessivi per ottenere esperienze di riparazione per i professionisti coinvolti nei complessi procedimenti giudiziari.

Fonte: Stevenson, S. 2022. La contaminazione del trauma. Menti traumatizzate, famiglie distrutte e gruppi di lavoro disfunzionali: Dinamiche organizzative e interpersonali in procedimenti giudiziari complessi per l'assistenza all'infanzia.

Buona pratica 19

Riflessioni su un gruppo di sostegno per medici in via di guarigione da Long Covid

Partner responsabile: Istituto di Analisi di Gruppo di Atene (Grecia)

Autore: Harte, V

Parole chiave: analisi di gruppo, gruppi di sostegno, trauma, personale sanitario, recupero

1. Descrizione dell'evento

Nell'ottobre 2020 Vivienne Harte è stata invitata dalla dottoressa Clare Gerada, in qualità di presidente dell'associazione di beneficenza Doctors in Distress (DiD), come facilitatore di un gruppo di sostegno on-line per i medici che sperimentano i sintomi del Long Covid. Il gruppo era gratuito per i medici che lavoravano nel Regno Unito in qualsiasi fase della loro carriera.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

Circa settanta medici si sono registrati e hanno partecipato al webinar iniziale e successivamente sono stati creati tre gruppi di supporto on-line che si sono svolti in contemporanea in sale di discussione. Questi medici stavano vivendo un grande disagio a causa dell'immensa incertezza e della paura per i loro sintomi fisici e per l'impatto che questi avevano sulla loro vita, non solo sul loro ruolo professionale. Anche i medici ospedalieri e i medici di base, come altri operatori sanitari e sociali in prima linea, sono stati colpiti dalla mancanza di conoscenze sul virus e dall'inadeguatezza dei dispositivi di protezione individuale (DPI), come maschere, visiere e indumenti.

3. Intervento: focus sul metodo

La struttura del gruppo di sostegno prevedeva dieci sessioni settimanali di un'ora e quindici minuti. La prima sessione è stata un webinar a cui hanno potuto partecipare i medici interessati a questo gruppo per conoscere l'offerta e porre eventuali domande iniziali, seguita da otto sessioni e conclusa da un altro webinar. Il webinar finale è stato la sessione conclusiva e un'opportunità per i facilitatori e i medici di dare un feedback a tutti i partecipanti all'esperienza. Due gruppi sono stati condotti da analisti di gruppo (uno dei quali era un medico in pensione) e uno da un medico di base dell'NHS che lavora anche per NHS Practitioner Health. I tre facilitatori si sono incontrati online con Clare Gerada e la coordinatrice di DiD, Marie Searles, prima e dopo ogni sessione per alcuni minuti di pre- e post-check-in.

I gruppi di sostegno, in termini gruppoanalitici, erano omogenei in quanto offerti a individui con una specifica identità, medici, che presentavano un particolare problema, Long Covid.

Un gruppo di sostegno, per di più così breve, ha le sue difficoltà tecniche in termini di equilibrio tra la profondità dell'attenzione emotiva e la diffusione pratica di informazioni di tipo educativo/psicopedagogico. Una chiara distinzione in questo gruppo è stata rappresentata dal fatto che tutti i membri erano medici esperti, nella maggior parte dei casi, anziani, mentre l'autore, in qualità di analista di gruppo, non era medico e aveva una scarsa conoscenza dei termini medici utilizzati o delle condizioni descritte. L'attenzione alla medicina fisica è stata inizialmente un linguaggio nuovo per l'autore, nonostante abbia lavorato per molti anni nei servizi di salute mentale del NHS.

4. Effetti

Il potere della condivisione in uno spazio di gruppo sicuro e aperto ha permesso loro di iniziare a trovare la forza emotiva per sviluppare la compassione reciproca e potenzialmente guarire e ricreare una matrice medica più compassionevole per se stessi.

Fonte: Harte, V. 2021: Riflessioni su un gruppo di sostegno per medici che si riprendono da una lunga convalescenza



**Psychological
Early
Intervention**

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

www.groupanalyticsociety.co.uk/contexts/issue-91/articles/reflections-on-a-support-group-for-doctors-recovering-from-long-covid



Buona pratica 20

Costruire ponti empatici: Sintonizzazione "materna" transculturale nella psicoterapia di gruppo per gli immigrati e i rifugiati

Partner responsabile: Istituto di Analisi di Gruppo di Atene (Grecia)

Autore: Schermer, V.L.

Parole chiave: rifugiati, trauma, lavoro di gruppo, immigrati, fattori culturali, dinamiche di gruppo

1. Descrizione dell'evento

Con l'arrivo di un numero crescente di immigrati in Europa, Regno Unito, Stati Uniti e altrove, con le loro diverse culture, lingue e rituali, e che a volte cercano la psicoterapia da parte di operatori del paese d'adozione, ha evidenziato che il trattamento degli immigrati da parte degli operatori sanitari, e in particolare degli psicoterapeuti di gruppo, è diventato un problema importante.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

Le relazioni interculturali e i dilemmi affrontati dagli immigrati coinvolgono molteplici forze sociali, economiche, politiche, di sviluppo e linguistiche che emergono nel corso del ciclo di vita. E ciò che vale per un gruppo di immigrati può non valere per altri. Questa buona pratica si riferisce in particolare a una vignetta clinica fornita da Leo Leiderman, quella di un quarantenne ispanico single (Jose), che rivela alcuni tipi di trauma che gli immigrati possono sperimentare.

3. Intervento: focus sul metodo

Attraverso il contenimento iniziale, Jose è passato dalla diffidenza difensiva all'attaccamento reciproco, alla cura, alla collaborazione e alla risoluzione pratica dei problemi nel gruppo. Schermer cerca di portare nel dialogo in corso un modo significativo di comprendere le interazioni e i contesti non verbali e l'importanza di un modello di cura materna per guarire le sofferenze incontrate dai viaggiatori in cerca di una nuova vita in circostanze difficili e provanti. Si spera che tale comprensione possa essere di qualche utilità per gli analisti di gruppo che lavorano con persone sfollate dal loro luogo d'origine. Gli interventi seguiti riguardano concetti quali: la cultura come estensione ed elaborazione della relazione madre-infante, gli aspetti materni del gruppo e del terapeuta, le funzioni specifiche del legame materno e la loro utilità per gli immigrati, l'attaccamento e la cura, la compagnia e la collaborazione, la coscienza creativa e pratica, il trauma psicologico e il contenimento. La supervisione clinica e la consapevolezza del contesto particolare sono fondamentali nel trattamento di queste popolazioni.

4. Effetti

Questo articolo-buona pratica sottolinea l'importanza degli aspetti interiorizzati pre-simbolici dell'espressione culturale. Lavorare con una popolazione di immigrati richiede attenzione e reattività alle interazioni pre-verbali che caratterizzano la coppia madre-bambino riattivata nel gruppo. Queste interazioni non sono necessariamente regressive; anzi, sono il fondamento di tutte le relazioni umane. Sono particolarmente rilevanti in presenza di differenze culturali, come accade nei gruppi di immigrati.

Fonte: Schermer, V.L. 2021. Costruire ponti empatici: Sintonia interculturale "materna" nella psicoterapia di gruppo per immigrati e rifugiati. Group Analysis, Vol. 54 (2): 226-243.

Buona pratica 21

Disturbo post-traumatico da stress tra gli operatori sanitari durante la pandemia di Covid-19 in Italia

Partner responsabile: Associazione per l'EMDR in Italia (Italia)

Autori: Isabel Fernandez, Marco Pagani, Eugenio Gallina

Parole chiave: operatori sanitari, EMDR, PTSD, COVID-19, emergenza umanitaria

1. Descrizione del caso di studio

I partecipanti fanno parte di un campione composto da 744 operatori sanitari (medici, infermieri, personale amministrativo, personale di supporto alle terapie intensive, psicologi): 587 operatori sanitari sono stati trattati con l'EMDR, mentre gli altri 157 non sono stati trattati. Il campione proviene da 18 diversi ospedali e case di cura coinvolti nell'emergenza COVID-19. Il campione è stato trattato per tutto il periodo dell'emergenza pandemica, da novembre 2020 a marzo 2021.

2. Condizioni generali delle vittime/campione

Le condizioni generali degli operatori sanitari sono state misurate attraverso due questionari self-report. Ai partecipanti è stato chiesto di fornire

1. informazioni sociodemografiche;
2. La sintomatologia post-traumatica è stata valutata attraverso la Impact of Event Scale- Revised (IES-R).
3. Per valutare il livello di intensità dell'attivazione emotiva è stato utilizzato il Termometro delle Emozioni (THERMO Mitchell et al., 2010) in due momenti (pre e post trattamento): una scala analogica visiva di autovalutazione per raccogliere il livello di intensità dell'attivazione emotiva su una scala Likert da 1 a 10 relativamente ad alcune principali esperienze emotive (stress, umore depresso, ansia, rabbia, problemi di sonno, bisogno di aiuto).

Vale la pena notare che il 68% dei soggetti esaminati aveva un punteggio IES-R patologico pre EMDR (>33).

3. Intervento: focus sul metodo

Il protocollo di intervento, progettato per gruppi online e de visu di circa 4-6 partecipanti, è stato utilizzato l'EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Integrative Group Treatment Protocol) (Jarero et al., 2006). Le sessioni sono state della durata di circa 1 ora e 30 minuti.

I partecipanti sono stati guidati attraverso un esercizio sul "posto al sicuro" o sulla respirazione. Il conduttore dell'EMDR-IGTP ha chiesto loro di pensare alla parte peggiore dell'evento (la crisi attuale) e di disegnare quell'immagine sul foglio fornito. È stato poi chiesto loro il punteggio delle Unità Soggettive di Disturbo (SUD) e di scrivere il numero corrispondente sul disegno. Successivamente, è stato chiesto loro di guardare il proprio disegno e di utilizzare la stimolazione bilaterale alternata con l'abbraccio della farfalla (Butterfly Hug). I partecipanti sono stati poi invitati a disegnare un'altra immagine a loro scelta relativa all'evento e a valutarla in base al livello di disturbo. L'elaborazione è proseguita con i soggetti che osservavano la seconda immagine e utilizzavano l'abbraccio della farfalla. Il processo è stato ripetuto altre due volte, in modo che ogni partecipante disegnasse quattro immagini e potesse fornire una valutazione del SUD per ciascuna di esse. Il livello finale di disturbo associato alla crisi attuale è stato quindi valutato chiedendo di concentrarsi sul disegno più inquietante e di identificare il livello attuale di SUD.

Il disegno e la frase sono stati poi abbinati all'abbraccio della farfalla. I clienti sono stati invitati a chiudere gli occhi, a scansionare il corpo ed eseguire l'abbraccio della farfalla o le tecniche di grounding per la stabilizzazione. Qualora fosse valutato necessario, è stata proposta la seduta individuale de visu attraverso il protocollo standard EMDR (Shapiro, 2018).

Tutti i tipi di interventi si sono basati sulla terapia EMDR. Ogni intervento è durato tre incontri di circa due ore ciascuno, svolti nell'arco di un mese, circa una volta alla settimana.

Gli interventi sono stati gestiti da uno psicoterapeuta (per sessione) specializzato in terapia EMDR con l'obiettivo di ridurre i sintomi del PTSD.

4. I risultati

Questo studio ha dimostrato che gli interventi con l'EMDR per questa popolazione hanno avuto un effetto positivo nel ridurre significativamente i sintomi del PTSD e sintomi quali stress, umore depresso, ansia, rabbia, problemi di sonno e bisogno di aiuto.

Questo conferma che il lavoro con l'EMDR in situazioni di emergenza porta un sollievo immediato e previene la cronicizzazione.

Inoltre, lo studio ha confermato che il protocollo EMDR in tutte le sue modalità, sia online che de visu, può proteggere gli operatori sanitari dalle conseguenze dello stress acuto.

Fonte: Fernandez, I., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). Disturbo post-traumatico da stress tra gli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19 in Italia: Efficacia di un protocollo di intervento di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. *Frontiers in Psychology*, 13.

Buona pratica 22

Supporto agli operatori sanitari in tempi di COVID-19 con la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari online: uno studio pilota

Partner responsabile: Associazione per l'EMDR in Italia (Italia)

Autori: Elisa Faretta, M. Ignazia Garau, Eugenio Gallina, Marco Pagani e Isabel Fernandez

Parole chiave: operatori sanitari, EMDR, PTSD, COVID-19, online

1. Descrizione del caso di studio

Le emergenze producono uno stato di attivazione che richiede un rapido tentativo di intervento. Non sorprende quindi che le esperienze terapeutiche con questa categoria di lavoratori abbiano evidenziato reazioni emotive che includono paura, ansia e rabbia, aggravate e complicate da fattori di rischio oggettivi, soggettivi e organizzativi. Se questo è vero in generale per gli operatori del settore sanitario, è un problema particolarmente sentito dagli operatori sanitari che operano nelle case di riposo (RSA). I residenti sono anziani, deboli o vulnerabili e hanno bisogno di aiuto e sostegno per le esigenze fisiche, emotive, relazionali e medico-sanitarie ed è proprio in queste strutture che l'improvvisa esplosione dell'epidemia è stata più travolgente. Non appena la pandemia ha colpito, gli operatori delle case di cura sono stati esposti a continue esperienze traumatiche cumulative che hanno portato all'attivazione ripetuta di reazioni di stress estremo.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

I partecipanti allo studio sono stati undici: sette donne e quattro uomini con un'età media di 46 anni, divisi in due gruppi terapeutici rispettivamente di sei e cinque partecipanti. Tutti avevano scelto di isolarsi all'interno della casa di cura per un periodo di 30 giorni dal 1° al 30 aprile 2020.

Per la valutazione delle condizioni generali de campione è stato somministrato l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in accordo con i criteri del DSM IV-TR (Weiss e Marmar, 1997) validato e tradotto in italiano (Pietrantonio et al., 2003). Questo test psicometrico è composto da 22 item. Comprende tre sottoscale che misurano le seguenti dimensioni: intrusione, evitamento e iperattivazione. Ai partecipanti è stato chiesto di valutare il loro livello di sintomi post-traumatici utilizzando una scala Likert a 5 punti che va da 0 (= "per niente") a 4 (= "molto") riferita ai 7 giorni precedenti. Il punteggio totale è compreso tra 0 e 88. Il cut-off di 33 evidenzia un rischio elevato di PTSD; in linea con la letteratura, non esistono cut-off specifici per le interpretazioni della scala.

Il termometro delle emozioni, uno strumento non standardizzato, è stato utilizzato per misurare su una scala da 1 a 10 l'esperienza soggettiva dei partecipanti di sei emozioni e delle loro conseguenze: stress, ansia, umore depresso, rabbia, difficoltà a dormire e bisogno di aiuto.

3. Intervento: focus sul metodo

L'attuale emergenza ha condotto a utilizzare in diversi contesti il protocollo EMDR di gruppo, come è già stato fatto in molti Paesi del mondo in seguito a disastri di massa. L'EMDR di gruppo è stato utilizzato sia su adulti che su bambini ed è stato adattato in molti casi per adattarsi a contesti e circostanze specifiche (Wilson et al., 2000; Korkmazlar-Oral e Pamuk, 2002; Fernandez, 2007; Gelbach e Davis, 2007; Zaghrout-Hodali et al., 2008). Il protocollo di gruppo (EMDR-IGTP) combina la terapia EMDR standard in otto fasi con un modello di terapia di gruppo (Jarero et al., 1999; Artigas et al., 2000) e l'uso di una forma di stimolazione bilaterale chiamata Butterfly Hug (abbraccio della farfalla) (Artigas e Jarero, 2014; Jarero, 2020) insieme a compiti di disegno (Maxfield, 2008). Visti i benefici della terapia di gruppo e la comprovata efficacia dell'EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP), abbiamo testato un adattamento online del

protocollo EMDR di gruppo per rispondere alle esigenze generate dall'attuale emergenza, come riportato anche nella letteratura recente (Luber, 2020; Pérez et al., 2020; Tarquinio et al., 2020; Fisher, 2021). Sono stati realizzati due programmi di terapia di gruppo. Ciascuno di essi consisteva in cinque incontri: un incontro iniziale di pre-test e psicoeducazione, seguito da tre incontri di terapia di gruppo EMDR e da un incontro finale di debriefing e post-test. Gli interventi sono stati condotti da terapeuti formati in EMDR, consulenti di secondo livello (certificati dall'Associazione EMDR Europa). Tutti gli incontri si sono svolti su una piattaforma di conferenza virtuale per preservare la distanza sociale.

1. Il primo incontro (incontro 1) di ciascun intervento è stato dedicato alla presentazione dei partecipanti, alla presentazione del progetto e alla conduzione di un pre-test iniziale dei livelli di emozione e di stress post-traumatico (scala IES-R e termometro delle emozioni) e di una sessione di orientamento rispetto allo stress dovuto a incidente critico (CISO – Critical Incident Stress Orientation).
2. I tre incontri successivi (incontri 2, 3 e 4) si sono concentrati sul disturbo e sui bisogni dell'équipe ed è stato applicato il protocollo di trattamento EMDR di gruppo (EMDR-IGTP). I partecipanti hanno riferito sentimenti di impotenza, impossibilità di vedere i propri cari e perdita della normale routine pre-COVID, sentimenti di assurdità. Le sessioni possono durare da 1 ora a 1 ora e 30 minuti. I partecipanti sono stati guidati attraverso un esercizio di "posto al sicuro" o di respirazione. Il conduttore dell'EMDR-IGTP ha chiesto loro di pensare alla parte peggiore dell'evento (la crisi attuale) e di disegnare quell'immagine su un foglio fornito. È stato poi chiesto loro il punteggio delle Unità Soggettive di Disturbo (SUD) e di scrivere il numero corrispondente sul disegno. Successivamente, è stato chiesto loro di guardare il proprio disegno e di fornire la propria stimolazione bilaterale alternata con il Butterfly Hug. I partecipanti sono stati poi invitati a disegnare un'altra immagine a loro scelta relativa all'evento e a valutarla in base al livello di disturbo. L'elaborazione è proseguita con i membri del gruppo che guardavano la seconda immagine e usavano l'abbraccio a farfalla. Il processo è stato ripetuto altre due volte, in modo che ogni partecipante disegnasse quattro immagini e fornisse una valutazione del SUD per ciascuna di esse.
3. L'ultimo incontro (incontro 5) è stato condotto con la stessa procedura dei tre precedenti, riservando una quota di tempo finale alla somministrazione post-test della scala IES-R e del termometro delle emozioni e alla condivisione delle impressioni dei partecipanti sull'esperienza. L'intervento è terminato con i commenti conclusivi e una chiusura.

4. I risultati

Punteggi medi per l'IES-R. Si può notare che i punteggi pre-test erano alti per l'intrusività $M = 16,18$ ($SD = 6,65$), l'evitamento $M = 10,18$ ($SD = 8,96$) e l'iperarousal $M = 11,18$ ($SD = 6,11$). Tutti i punteggi medi post-test sono più bassi: evitamento $M = 1,18$ ($SD = 1,25$); intrusività $M = 1,91$ ($SD = 1,64$); iperarousal $M = 1,09$ ($SD = 1,04$). La differenza tra i punteggi medi pre e post trattamento è statisticamente significativa (significatività $p < 0,05$): evitamento $p = 0,005$; intrusività $p = 0,0000$; iperarousal $p = 0,0000$.

I partecipanti hanno ottenuto punteggi elevati nelle sottoscale del termometro delle emozioni che misurano i disturbi psicosomatici, come lo stress ($M = 7,36$; $SD = 2,73$), l'ansia ($M = 6,73$; $SD = 3,52$), i problemi del sonno ($M = 7,91$; $SD = 2,51$). L'alto punteggio medio del bisogno di aiuto dimostra che l'intervento EMDR sarebbe potenzialmente molto utile. I punteggi medi per le stesse dimensioni erano più bassi dopo l'intervento. La differenza tra i punteggi prima e dopo l'intervento è statisticamente significativa (significatività $p < 0,05$): stress $p = 0,0000$; ansia $p = 0,0003$; umore $p = 0,005$; rabbia $p = 0,001$; sonno $p = 0,0000$; aiuto $p = 0,001$.

I punteggi IES-R dei partecipanti dopo l'intervento sono risultati significativamente più bassi nelle sottoscale intrusività, evitamento e eccitazione. I punteggi post-intervento sulle sotto-scale delle emozioni hanno mostrato anche una diminuzione significativa dei livelli di stress, ansia, umore depresso, rabbia, problemi di sonno e percezione del bisogno di aiuto. Sebbene preliminari, questi risultati sono statisticamente significativi e dimostrano che il protocollo EMDR da noi condotto è stato efficace nel ridurre gli effetti del PTSD indotto dallo stress come risultato dell'isolamento durante la pandemia COVID-19.

Fonte: Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., & Fernandez, I. (2022). Supporto agli operatori sanitari in tempi di COVID-19 con la desensibilizzazione e rielaborazione dei movimenti oculari online: Uno studio pilota. *Frontiere della psicologia*, 13

Buona pratica 23

Doppio Infanticidio

Partner responsabile: Associazione per l'EMDR in Italia (Italia)

Autore: Giada Maslovarich

Parole chiave: Intervento di gruppo in emergenza, vittime di 4° e 5° tipo, Emergenza sociale, Bambini,

1. Descrizione del caso di studio

Il padre uccide i suoi due figli, di otto e due anni, nati da madri diverse. La comunità della piccola città del nord Italia in cui si è verificato l'evento è sconvolta. La scuola in particolare richiede l'intervento dell'Associazione per l'EMDR in Italia per sostenere genitori, insegnanti e bambini. È necessario costruire un protocollo EMDR in un contesto di emergenza, identificando con chi lavorare (i diversi tipi di vittime), cosa offrire (CISO o Critical Incident Stress Orientation e EMDR di gruppo) e quando offrirlo.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

114 bambini di 6-10 anni utilizzo dei seguenti test

- Child Revised Impact of Event Scale-Children and War Foundation (1998): 13 item per testare l'attivazione post-traumatica, l'intrusività, l'evitamento, l'iperarousal e l'iperattività.
- Il termometro delle emozioni, in cui su sei termometri disegnati è possibile testare il livello di stress, ansia, umore depresso, rabbia, disturbi del sonno e bisogno di aiuto su una scala da 0 a 10.

I valori medi dell'intrusività, dell'evitamento e dell'iperarousal sono rispettivamente 7,07; 6,72 e 5,93.

3. Intervento: focus sul metodo

Il protocollo di trattamento può essere molto diverso a seconda del tipo di

1. risorse disponibili (ad esempio soccorritori, squadre di psicologia dell'emergenza),
2. esigenze logistiche (ad esempio, spazio, tempo per incontrarsi con le vittime),
3. caratteristiche dell'evento traumatico (ad esempio, accidentale, intenzionale),
4. natura dell'evento (ad esempio, disastri naturali, catastrofi, errori umani, aggressioni, omicidi),
5. livello di esposizione al trauma (ad esempio, vittime di primo, secondo ... sesto tipo)
6. obiettivi dell'intervento (ad esempio, intervento di primo soccorso psicosociale e psicologico o intervento incentrato sul trauma).

In questo caso particolare, dopo un'attenta lettura con la direttrice della scuola elementare e la coordinatrice della scuola materna, si è deciso di proporre:

- due incontri di psicoeducazione CISO con i genitori e gli insegnanti delle scuole coinvolte.
- Da una a tre sessioni di EMDR di gruppo nelle classi di bambini della scuola elementare.
- un CISO (Critical Incident Stress Debriefing) e incontro EMDR di gruppo con gli operatori dell'emergenza.
- un incontro di gruppo EMDR con il gruppo di madri.
- un incontro di gruppo EMDR con vittime secondarie (ad esempio, insegnanti, padri, nonni, personale scolastico...).

4. Focus sul protocollo di gruppo EMDR: preparazione, valutazione e consapevolezza.

Fase 1 Gruppo EMDR: storia clinica e dati. Costruzione della concettualizzazione del percorso con il gruppo EMDR.

Fase 2 Preparazione del gruppo EMDR. Presentazione, psicoeducazione sulle reazioni al trauma, stabilizzazione attraverso la respirazione profonda, il grounding e posto al sicuro.

Fase 3: valutazione della memoria target. I quattro quadranti con disegno e valutazione SUD del disturbo.

Fase 4 Gruppo EMDR: desensibilizzazione. Movimento bilaterale, abbraccio a farfalla e valutazione della memoria iniziale riprodotta sui tre quadranti successivi rivalutando la SUD (unità di disturbo soggettivo).

Gruppo EMDR fase 5: Installazione. Rinforzo dell'aspetto positivo: identificare un pensiero positivo o una sensazione piacevole emersa nelle fasi precedenti. Disegnare la sensazione positiva sul retro del foglio e scegliere la parola chiave.

Facoltativo: possibilità di condividere le parole chiave e scrivere una frase comune in piccoli sottogruppi di 4-5 persone.

Fase 6 Gruppo EMDR: Scansione del corpo. Osservare il corpo e i principali punti di stress. Proporre l'esercizio dello "spolvero" o del "cagnolino fuori dall'acqua" per scuotere questi punti di stress.

Fase 7 Chiusura del gruppo EMDR. Discussione libera, feedback della sessione, bilancio, elementi di psicoeducazione, possibili appuntamenti per sessioni successive.

Fase 8 Gruppo EMDR: rivalutazione del ricordo della seduta precedente attraverso la SUD. Se l'immagine è disturbante da 0 a 2, si propone di cambiare il ricordo e passare a un altro evento disturbante, altrimenti si ripete il lavoro sul ricordo precedente.

5. I risultati

Nel campione post-test, i valori medi di intrusività, evitamento e iperarousal sono rispettivamente 3,28; 3,32 e 3,14. La differenza tra i punteggi medi pre e post-trattamento è statisticamente significativa.

Al termine del lavoro, sono state raccolte valutazioni di maggior benessere attraverso metodi qualitativi come disegni delle risorse positive emerse durante il lavoro e un cartellone costruito con i disegni e le parole chiave delle risorse positive.

Fonte: Maslovaric, G. (2020). EMDR di gruppo. Insieme Verso il Benessere. Protocolli di intervento.

Buona pratica 24

Sessione di stabilizzazione per psicologi e psicoterapeuti ucraini nel periodo della guerra Febbraio-Maggio 2022

Partner responsabile: Associazione per l'EMDR in Italia (Italia)

Autori: Alessandra D'Abramo, Eugenio Gallina

Parole chiave: intervento di gruppo in emergenza, vittime di 4° e 5° livello, emergenze umanitarie a impatto globale,

1. Descrizione del caso di studio

Il 24 febbraio la Russia inizia una campagna militare in Ucraina. Sotto il coordinamento di EMDR Europe, l'Associazione per l'EMDR in Italia offre gruppi di stabilizzazione online a psicologi e psicoterapeuti ucraini. Le informazioni sull'iniziativa sono state diffuse attraverso l'Associazione EMDR Europe e attraverso gli Enti locali (Centro di Consulenza Psicologica e Terapia del Trauma "Porte Aperte"). La partecipazione è stata volontaria e gratuita sia per i partecipanti che per i conduttori dei gruppi.

2. Condizioni generali delle vittime/gruppo

Sono stati raccolti solo indicatori qualitativi dello stato di partenza dei partecipanti al gruppo. In particolare, la SUD (Unità soggettiva di disturbo) è stata raccolta all'inizio della sessione di stabilizzazione e alla fine. Sulla scala da 0 a 10 nella misurazione del disturbo, il punteggio medio SUD raccolto su 100 casi nella fase iniziale dell'intervento è SUD < 8 (7,58).

3. Intervento: focus sul metodo

Ventitrè psicoterapeuti italiani dell'Associazione EMDR in Italia, formati sul protocollo di gruppo EMDR, hanno condotto incontri quotidiani online tra le 16.00 e le 17.30 nel periodo dal 4 marzo al 3 maggio 2022. Sono state organizzate 46 sessioni che hanno coinvolto 111 partecipanti, con sessioni da 2 a 5 partecipanti.

È stato fornito il protocollo di EMDR di gruppo:

Fase 1 EMDR di gruppo: storia clinica e dati. Costruire la concettualizzazione del percorso con l'EMDR di gruppo.

Fase 2 EMDR di gruppo: preparazione. Presentazione, psicoeducazione sulle reazioni al trauma, stabilizzazione attraverso la respirazione profonda, il grounding e un luogo sicuro.

Fase 3 EMDR di gruppo: valutazione della memoria target. I quattro quadranti con disegno e valutazione SUD del disturbo. Gli obiettivi su cui i partecipanti hanno lavorato non sono stati verbalizzati.

Fase 4 EMDR di gruppo: desensibilizzazione.

Picchiettamento bilaterale, abbraccio a farfalla e valutazione della memoria iniziale riprodotta sui tre quadranti successivi attraverso la rivalutazione della SUD (unità di disturbo soggettivo).

Fase 5 EMDR di gruppo: Installazione.

Rinforzo dell'aspetto positivo: identificare un pensiero positivo o una sensazione piacevole emersa nella fase precedente. Disegnare la sensazione positiva sul retro del foglio e scegliere una parola chiave. Facoltativo: possibilità di condividere le parole chiave e scrivere una frase comune in piccoli sottogruppi di 4-5 persone.

Fase 6 EMDR di gruppo: scansione del corpo. Osservare il corpo e i principali punti di stress. Proporre l'esercizio dello "spolvero" o del "cagnolino fuori dall'acqua" per scrollarsi di dosso questi punti di stress.

Fase 7 EMDR di gruppo: chiusura. Verbale di come è andata la sessione, elementi di psicoeducazione, possibili appuntamenti per sessioni successive.

Fase 8 EMDR di gruppo: rivalutazione dell'immagine dell'incontro precedente attraverso il SUD. Se l'immagine è disturbante da 0 a 2, si propone di cambiare l'immagine e passare a un altro evento disturbante, altrimenti si ripete il lavoro sull'immagine precedente.

4. Effetti

Alcune parole chiave che i colleghi hanno voluto condividere durante la parte sulle risorse positive (Fase 5): le più ricorrenti sono state:

- Calma
- Forza
- Protezione
- Speranza
- Amore

altre erano:

- casa, calore, mare, gioia, gratitudine, accettazione, crescita, serenità, amici, sole, dignità, fiori, vita, famiglia, essere vivi, SPERANZA, futuro, rinascita, guarigione, vittoria

Nella fase 7 sono stati raccolti anche altri commenti:

- "Grazie per aver condiviso con noi queste tecniche".
- "Sono riuscita a piangere, trattenevo emozioni molto forti, ora mi sento più leggera" "la concentrazione emotiva è diminuita"
- "Ho sentito un calore, ho immaginato i miei figli al sole".
- "La mia città è occupata dai russi, è impossibile lasciare la città, alcuni sono stati deportati in città lontane (dal confine ucraino), hanno tagliato l'elettricità e chiuso le stazioni di servizio e internet, ho sentito che molti di quelli che hanno cercato di fuggire in questi giorni sono stati uccisi. Il problema è che non abbiamo soldi e risorse. Molti erano dalla parte della Russia, ma poi vedendo quello che stava succedendo hanno capito".
- "Prego ogni giorno di poter riabbracciare mio figlio, che si è arruolato come volontario".

Fonti: <https://notizie.tiscali.it/salute/articoli/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-profughi-supperto-esperti-locali/>
https://www.adnkronos.com/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-a-profughi-e-supperto-a-esperti-locali_6Kj9Cdd6MsBA03GiHLdI5E

Fernandez I., Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra. Il contributo della terapia EMDR in Rivista di Psicoterapia EMDR, anno XX, settembre 2022, n°42, pp. 27-30

Buona pratica 25

Psych.E.In. Incontro transnazionale Primo Intervento psicologico: Modelli e approcci nelle tre fasi della crisi

Partner responsabile: Associazione per l'EMDR in Italia (Italia)

Autori: Serena Zucchi, Francesca Bascialla, Isabel Fernandez

Parole chiave: Formazione per psicologi e psicoterapeuti, vittime, emergenze, PTSD, intervento EMDR

1. Scenario

L'intervento psicologico di emergenza sta diventando una competenza indispensabile per la professione psicologica. Questo emergente bisogno formativo è stato messo in evidenza dalla situazione inaspettata della pandemia Covid 19 e dalla inattesa guerra in Ucraina, che hanno reso necessario preparare rapidamente un enorme numero di personale qualificato per ridurre il disagio psicologico e i traumi associati a questi eventi.

Psych.E.In. Psychological Early Interventions: clinical training è un progetto europeo finanziato dal bando Erasmus plus KA 202 per la costruzione di partenariati strategici per la formazione e l'istruzione professionale nel periodo 2020-2023 (numero di progetto: 2020-1-PL-KA202-082075). Il progetto nasce da una crescente richiesta, iniziata nel 2020, di preparare psicologi e psicoterapeuti per l'urgente lavoro sul campo per il primo intervento psicologico in emergenza. Il progetto è guidato dall'Università polacca Jan Kochanowski di Kielce, partner principale, e coinvolge un consorzio di altri sei partner provenienti da cinque Paesi membri della Comunità europea: Associazione per l'EMDR in Italia (IT), Asociace klinických psychologů České republiky (CZ), Università di Prescká (SK), Istituto Alfred Adler di Parigi (FR), Istituto di Gruppoanalisi di Atene (EL) e Associazione Culturale Pixel (IT).

Sono inoltre coinvolti più di quaranta partner associati europei ed extraeuropei (Università, Scuole di Psicoterapia, Associazioni Scientifiche, Case Editrici Scientifiche) che condividono gli obiettivi del progetto e si impegnano a diffonderlo tra i loro membri, clienti e studenti.

Il consorzio Psych.E.In. ha licenziato tre percorsi formativi (output intellettuali - I.O.):

- I.O. 1: MOOC, due corsi base sulla psicologia dell'emergenza online aperti e gratuiti
- I.O. 2: Kit di strumenti di intervento sul campo
- I.O. 3: Raccolta di casi di studio

Al fine di diffondere i presupposti teorici e metodologici degli interventi psicologici in emergenza, l'Associazione per l'EMDR in Italia ha organizzato una formazione online in tre sessioni di circa tre ore ciascuna aperta ai partner e ai partner associati del progetto Psych.E.In. dal 31 maggio-1 giugno 2022.

2. Partecipanti coinvolti

Destinatari del corso di formazione transnazionale online sono stati i membri del consorzio Psych.E.In. e dei partner associati. Newsletter, social media e giornali locali hanno diffuso l'evento.

Analisi dei bisogni formativi

"Sharing is caring" è la mission che ha ispirato il consorzio Psych.E.In. e in particolare l'Associazione per l'EMDR in Italia a organizzare l'evento, anche in seguito dell'analisi dei bisogni condotta tra i suoi membri, tra i partner associati e gli stakeholder locali. L'analisi dei dati sui bisogni formativi, condotta sia nella fase di ideazione della proposta progettuale sia nella fase di progettazione dell'evento formativo, è stata lo strumento per rilevare il potenziale impatto dell'evento.

3. Impostazioni di formazione

L'evento di formazione online si è svolto nell'ambito del Psych.E.In. Training Corse organizzato a Milano il 31 maggio-1 giugno 2022 dall'Associazione per l'EMDR in Italia. Il corso prevedeva una sessione a porte chiuse riservata ai partner di Psych.E.In. e una sessione online pre-serale aperta a tutti i membri destinatari coinvolti. L'evento si è svolto in inglese con traduzione simultanea in italiano.

4. Persone coinvolte

Un totale di 1.600 psicologi e psicoterapeuti hanno partecipato alle tre giornate: 800 il primo giorno (domenica) e altrettanti nei due giorni successivi.

5. Formatori: preparazione

Il consorzio Psych.E.In., attraverso la costruzione dei tre percorsi formativi illustrati (MOOC, Toolkit e Case Studies), intende offrire un quadro trans-teorico sulle conoscenze, le competenze e le abilità cliniche e organizzative di base nel primo intervento psicologico in emergenza. In questa cornice sono stati invitati come relatori esperti di diversi approcci per illustrare le tre fasi della risposta all'emergenza: la fase preliminare, la fase acuta e la fase di follow-up.

In particolare, l'intervento di pre-crisi è stato illustrato da Carla Penna, psicoanalista, analista di gruppo (Brasile) e Roger Solomon, direttore EMDR USA (USA). La fase acuta è stata descritta da Dorota Merecz-Kot, dell'Università di Lodz (Polonia) e da Gary Quinn, dell'EMDR Institute (Israele), mentre la fase di follow-up dell'intervento e i risultati sono stati descritti da Marina Mojovich, analista di gruppo in formazione del Gas Belgrad (Serbia) e da Isabel Fernandez, presidente EMDR Europa e Italia.

6. Durata

Tre giorni dalle 16.15 alle 19.00. Totale ore: 8.15

7. Seguito

Non è stata prevista una sessione di follow-up. Gli indicatori dell'impatto dell'evento sono stati raccolti attraverso la registrazione degli accessi ai prodotti intellettuali disponibili sul sito del progetto (<https://psychein.pixel-online.org>) al momento dell'evento: 350 nuovi accessi sono stati registrati come utenti dopo l'evento.

8. Effetti: valutazione dei risultati di apprendimento

Soddisfazione percepita

Non sono stati forniti questionari di gradimento per l'evento. Tuttavia, sono stati raccolti commenti e domande attraverso una chat aperta durante il corso. Ogni relatore ha potuto rispondere a un paio di domande e quelle senza risposta sono state pubblicate sulla pagina del progetto dedicata all'evento:

<https://psychein.pixel-online.org/conferences.php>

Risultati

Il corso sviluppa linguaggi e approcci metodologici distinti e complementari, nonché strumenti di gestione per migliorare il lavoro di rete e multidisciplinare nel rispondere a diversi tipi di richieste di soccorso.

Particolare attenzione è rivolta alle popolazioni vulnerabili come bambini, adolescenti, donne in gravidanza, anziani, persone con disabilità fisiche e mentali e ai soccorritori nelle diverse fasi dell'intervento: preparazione, fase acuta e follow-up.

I relatori hanno posto l'accento sui valori dell'equità, dei diritti umani e dell'accessibilità alle risorse, per ricreare prontamente un nuovo equilibrio nella vita e nella comunità dopo disastri di massa o eventi critici e per sostenere la resilienza della comunità in qualsiasi fase della crisi: fase pre-crisi, fase di crisi acuta e fase di follow-up.

Fase pre-crisi: è la fase che precede l'evento critico, fondamentale per ridurre i rischi e mitigare l'impatto di una crisi.

Fase di crisi acuta: è la fase della crisi che rappresenta l'essenza dell'intervento in caso di emergenza; varia da un momento immediatamente successivo all'evento alle prime 72 ore. Negli eventi ricorsivi (es. epidemie) la fase acuta può durare nel tempo.

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

Fase di follow-up: è il momento di capitalizzare le lezioni apprese nell'intervento di emergenza per definire strategie e politiche future. La fase post-crisi consente di sensibilizzare la comunità alla cultura della prevenzione.

In sintesi, il percorso formativo ha offerto strumenti e indicazioni su modelli e protocolli di intervento che possono sviluppare le competenze nella psicologia dell'emergenza dello psicologo e dello psicoterapeuta applicabili nel campo della salute mentale, della promozione della salute pubblica e della prevenzione.

Buona pratica 26

Ristrutturazione cognitiva, PTSD e malattie mentali gravi

Partner responsabile: Università di Presov (Slovacchia)

Autori: Kim T. Mueser, Jennifer D. Gottlieb, Haiyi Xie et al.

Parole chiave: intervento individuale, Vittima 1° tipo, vari tipi di trauma, malattia mentale grave, PTSD, ristrutturazione cognitiva

1. Descrizione dell'evento

Il trattamento delle reazioni post-traumatiche e del PTSD in persone con gravi malattie mentali come la schizofrenia o il disturbo bipolare risulta spesso problematico e difficile. L'approccio CBT è ampiamente applicato nel trattamento delle reazioni post-traumatiche e del PTSD con risultati di efficacia. Spesso si applica un intervento CBT breve (3 sessioni) composto da rieducazione respiratoria e psicoeducazione. L'intervento CBT completo (da 12 a 16 sedute) viene esteso soprattutto alla ristrutturazione cognitiva. La ristrutturazione cognitiva è una tecnica che aiuta le persone a cambiare il modo in cui pensano alle cose che le preoccupano o le frustrano, utilizzando diverse fasi, ad esempio il metodo socratico, o identificando e prevenendo gli "errori di pensiero".

2. Condizioni generali del gruppo e misure

La buona pratica qui presentata si riferisce a uno studio su 201 persone con malattie mentali gravi come schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, depressione maggiore o disturbo bipolare e PTSD secondo la SCID del DSM-IV. Il campione è stato randomizzato con un approccio RCT e ha ricevuto a un intervento di trattamento CBT di 3 o di 12-16 sedute. L'esito principale misurato è stata la gravità dei sintomi del PTSD (utilizzando il CAPS, Weathers et al., 2013). Gli esiti secondari misurati sono stati la conoscenza del PTSD, le cognizioni post-traumatiche (PTCI, Foa et al., 1999), l'ansia (BAI, Beck & Steer, 1993), la depressione (BDI-II, Beck et al., 1996), l'affettività positiva e negativa (PANASS, Kay et al., 1987), la qualità della vita (QOLI, Lehman et al., 1995) e il funzionamento globale (GAF, Jones et al., 1995). Le misurazioni sono state effettuate in fase iniziale, dopo il trattamento e a 6 e 12 mesi dal trattamento.

3. Intervento: focus sul metodo

L'intervento in tre sessioni è stato progettato per fornire elementi di rieducazione alla respirazione e per offrire la componente educativa dell'approccio CBT, senza includere la ristrutturazione cognitiva. A tal fine, sono utilizzati video e discussioni sulle cause e sulla natura del PTSD. Gli interventi da 12 a 16 sessioni includono la ristrutturazione cognitiva e, dopo le prime tre sessioni identiche, le restanti 8-12 sessioni si concentrano, ad esempio, sull'identificazione, la valutazione e la modifica dei pensieri imprecisi e angoscianti, comprese le convinzioni legate al trauma.

4. Effetti

Questo studio dimostra che i pazienti che hanno ricevuto una CBT completa da 12 a 16 sessioni con ristrutturazione cognitiva hanno registrato riduzioni significativamente maggiori dei sintomi del PTSD, tassi più bassi di diagnosi di PTSD e miglioramenti maggiori nella conoscenza del PTSD e nel funzionamento globale e sociale rispetto ai pazienti che hanno ricevuto una CBT breve di 3 sessioni senza ristrutturazione cognitiva.

Riferimenti: Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., Silverstein, S. M., Duva, S. M., Minsky, S., Wolfe, R. S., & McHugo, G. J. (2015). Valutazione della ristrutturazione cognitiva per il disturbo da stress post-traumatico in persone con gravi patologie mentali. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 206(6), 501-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>

Buona pratica 27

Ristrutturazione cognitiva e modifica dell'immaginario

Partner responsabile: Università di Presov (Slovacchia)

Autori: Regina Steil, Kerstin Jung, Ulrich Stangier

Parole chiave: intervento individuale, vittima di 1° tipo, emergenze sociali umanitarie, abusi sessuali su minori, PTSD, ristrutturazione cognitiva e modifica dell'immaginario

1. Descrizione dell'evento

L'abuso sessuale infantile (CSA) è un evento traumatico che spesso causa problemi di salute mentale in età adulta. Nella pratica clinica è stato dimostrato che molte vittime di CSA soffrono della sensazione di essere contaminati (FBC). I sopravvissuti a CSA, ad esempio, possono provare disgusto quando toccano, guardano o pensano al proprio corpo. Inoltre, i sopravvissuti a CSA spesso temono che gli altri possano vedere che sono stati abusati. La ristrutturazione cognitiva è un approccio efficace per correggere le valutazioni disfunzionali dei pazienti in relazione alla FBC. La modifica dell'immaginario è efficace per modificare le associazioni implicitamente immagazzinate relative alle relazioni affettive.

2. Condizioni generali del gruppo e misure

Lo studio comprende nove pazienti donne che soddisfano i seguenti criteri di inclusione: avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni; avere un PTSD misurato tramite colloquio clinico secondo il DSM-IV; soffrire di un FBC - percepito come sensazione di sporcizia a causa del CSA, disgusto per il proprio corpo o per parti del corpo legate al trauma, o convinzione che ci siano ancora resti dei fluidi corporei del perpetratore nel proprio corpo. Il CSA è anche definito dall'American Psychological Association come un'aggressione sessuale subita da un minore o come un'attività sessuale tra un minore e un adulto che usa la sua maggiore età come posizione dominante per costringere o forzare la persona più giovane. I criteri di esclusione erano: ricevere un intervento psicologico al momento dello studio; diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo o disturbo bipolare secondo il DSM-IV; indice di massa corporea inferiore a 16,5; dipendenza da sostanze stupefacenti al momento dello studio; ritardo mentale.

La valutazione è stata replicata in tre fasi: a) prima dell'intervento, b) dopo l'intervento, c) a sei settimane dopo l'intervento. Attraverso scale di autovalutazione sono stati misurati l'intensità, la vividezza e l'incontrollabilità della FBC, il distress correlato alla FBC e i sintomi del PTSD secondo la PDS (Griesel et al., 2006).

3. Intervento: focus sul metodo

L'intervento comprende una sessione di trattamento e una sessione di richiamo. Durante la prima sessione di intervento: a) il terapeuta e il paziente esaminano le caratteristiche della FBC; b) il paziente, istruito dal terapeuta, fa una propria ricerca su internet su quanto spesso le cellule dermiche e quelle legate al trauma del paziente siano state completamente ricostruite dall'ultimo contatto con l'autore del reato; c) discussione di queste informazioni con il terapeuta; d) sviluppare un proprio immaginario di rinnovamento cutaneo; e) attivazione guidata della FBC e delle relative immagini angoscianti e utilizzo di un proprio immaginario idiosincratico di rinnovamento cutaneo; f) come compito a casa - almeno una volta al giorno per un periodo di sette giorni ascoltare una cassetta della sessione di modifica dell'immaginario guidato e completare i protocolli di lavoro a casa.

Nella sessione di richiamo (circa 11 giorni dopo la sessione di trattamento) sono stati discussi gli effetti del trattamento, i problemi nell'utilizzo del metodo e l'implementazione nella vita quotidiana.

4. Effetti

Questo studio dimostra che l'intensità, la vividezza, l'incontrollabilità della FBC, l'angoscia legata alla FBC e i sintomi del PTSD sono diminuiti in modo significativo, con un'ampia dimensione dell'effetto (la *d* di Cohen variava da 0,99 a 2,79) confrontando le misure prima dell'intervento e dopo sei settimane.

Riferimenti: Steil, R., Jung, K., & Stangier, U. (2011). Efficacia di un programma di due sessioni di ristrutturazione cognitiva e modifica dell'immaginario per ridurre la sensazione di essere contaminati in adulti sopravvissuti ad abusi sessuali infantili: uno studio pilota. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 325-329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.01.008>

Buona pratica 28

Terapia dell'accettazione e dell'impegno nel PTSD resistente al trattamento

Partner responsabile: Università di Presov (Slovacchia)

Autore: Michael P. Twohig

Parole chiave: intervento individuale, vittima di 1° livello, vari tipi di trauma, resistente al trattamento, PTSD, accettazione e impegno

1. Descrizione dell'evento

Il trattamento e l'intervento per il PTSD basati sulla CBT mostrano forti dimensioni di effetto dal pre-trattamento al post-trattamento e sembrano essere efficaci nel ridurre i sintomi del PTSD in quasi due terzi delle persone con questi problemi di salute mentale (Bradley et al., 2005). In un terzo delle vittime di trauma con problemi legati al PTSD è necessario cercare un altro trattamento che possa essere efficace per loro. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al. 1999) sta ricevendo una crescente attenzione come approccio terapeutico che potrebbe essere utile per le persone resistenti agli approcci CBT standard. L'ACT amplia l'approccio tradizionale della CBT approfondendo la funzione dei pensieri, dei sentimenti e delle sensazioni corporee utilizzando procedure di accettazione e mindfulness.

2. Condizioni generali del gruppo e misure

L'effetto dell'ACT è stato esaminato in Tracy, una donna caucasica di 43 anni che ha ricevuto varie sedute di psicoterapia da tre terapeuti diversi negli ultimi 20 anni. Durante l'infanzia Tracy è stata maltrattata dalla madre. Il padre abusava di alcol. Tracy è stata vittima di abusi fisici e verbali regolari e imprevedibili da parte della madre. A seguito di questo abuso ha sperimentato flashback, ricordi e sogni intrusivi dell'abuso, soffre di disagio psicologico, iperarousal e altri sintomi legati al PTSD. Ha completato 20 sessioni individuali di un'ora di CBT per il PTSD, dopo le quali ha mostrato una graduale riduzione della gravità del PTSD durante la terapia, ma la riduzione non è stata clinicamente significativa e al termine del trattamento è tornata ai livelli precedenti al trattamento. Pertanto, è stata definita paziente resistente al trattamento tradizionale del PTSD. All'inizio, Tracy ha ricevuto una diagnosi di PTSD, disturbo depressivo maggiore (MDD), MDD ricorrente e disturbo dell'alimentazione in piena remissione, utilizzando la SCID secondo il DSM-IV. Prima di iniziare l'ACT, Tracy ha completato un questionario autosomministrato dal quale risultavano: ansia (BAI; Beck et al., 1988), depressione (BDI-II; Beck, 1996), PTSD (PCL-C; Ruggiero et al., 2003), flessibilità psicologica (AAQ; Hayes et al., 2004) e cognizioni post-traumatiche (PTCI; Foa et al., 1999). Le misure auto-riportate sono state ripetute dopo 8, 16 sessioni e dopo il trattamento (dopo 21 sessioni).

3. Intervento: focus sul metodo

Tracy aveva inizialmente un contratto per 12 sessioni di ACT per il PTSD, con l'accordo che si sarebbero potute aggiungere altre sessioni se l'ACT fosse stata utile per lei. Le prime due sedute hanno aiutato Tracy a chiarire che i tentativi di controllare i pensieri, le emozioni e le sensazioni corporee (esperienze interiori) erano generalmente infruttuosi e interferivano con la qualità della sua vita. Nelle due sessioni successive Tracy nota che cercava costantemente di controllare le esperienze interiori attraverso l'evitamento. A partire dalla quinta sessione, il focus dell'intervento si sposta sull'accettazione e sui processi di mindfulness, come l'accettazione, il sé come contesto e l'essere presenti. Tracy inizia con esercizi di accettazione, defusing e impegno comportamentale. A partire dalla 10a sessione, Tracy rivede con il terapeuta la settimana, discutendo in particolare le esperienze interiori le impedivano di impegnarsi in attività significative. Le sessioni dalla 17 alla 21 sono state sessioni di mantenimento con frequenza ogni 3 settimane, per aiutare la transizione dal trattamento.

4. Effetti

I risultati hanno mostrato una riduzione significativa di tutta la sintomatologia durante il trattamento, ad eccezione dei pensieri e delle convinzioni legate al trauma, che non sono diminuiti fino alla fine del trattamento.

Riferimento: Twohig, M.P. (2009). La terapia dell'accettazione e dell'impegno per il disturbo da stress post-traumatico resistente al trattamento: Un caso di studio. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.

Buona pratica 29

Terapia cognitivo-comportamentale congiunta e Crescita post-traumatica

Partner responsabile: Università di Presov (Slovacchia)

Autori: Anne C. Wagner, Lindsey Torbit, Tiffany Jenzer et al.

Parole chiave: intervento individuale, vittima di 1° livello, vari tipi di trauma, PTSD, crescita post-traumatica, soddisfazione relazionale

1. Descrizione dell'evento

Sopravvivere a un trauma porta a sperimentare un livello più elevato di disagio psicologico e, in alcune persone, può portare a gravi problemi di salute mentale come il PTSD. D'altra parte, sopravvivere a un trauma e lottare con esso può portare a cambiamenti positivi. Questi cambiamenti positivi sono definiti crescita post-traumatica (PTG). Durante l'elaborazione del trauma, il supporto sociale è una delle fonti che può aiutare a ridurre i sintomi del PTSD e a facilitare la PTG. La terapia cognitivo-comportamentale estesa al miglioramento del funzionamento delle relazioni intime (CBCT; Monson & Fredman, 2012) offre prove di efficacia nell'affrontare le reazioni post-traumatiche.

2. Condizioni generali del gruppo e misure

La presente buona pratica illustra uno studio su 40 coppie. Le coppie, reclutate da un ambulatorio degli Affari dei Veterani degli Stati Uniti e da un centro di ricerca universitario, sono randomizzate in due gruppi: un gruppo che ha ricevuto la CBCT e un gruppo in lista d'attesa di 3 mesi. I criteri di inclusione erano avere un'età compresa tra i 18 e i 75 anni; uno dei due partner doveva soddisfare i criteri diagnostici per il PTSD attuale secondo il CAPS (Blake et al., 1995). I criteri di esclusione erano l'imminenza di un comportamento suicida, omicida o autolesionista negli ultimi 6 mesi, la presenza di criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze, un disturbo psicotico o bipolare non controllato valutato dalla SCID per il DSM-IV, la presenza di entrambi i partner che soddisfano i criteri per il PTSD attuale o l'essere stati vittima di gravi aggressioni sessuali o fisiche da parte del partner negli ultimi 12 mesi. Nei tre tempi (tempo base, a metà trattamento (4 settimane di attesa) e dopo il trattamento (12 settimane di attesa) vengono misurati il PTSD con il CAPS, il PTG con il PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) e la soddisfazione relazionale con il DAS (Spanier, 1976).

3. Intervento: focus sul metodo

Viene proposta una terapia cognitivo-comportamentale congiunta per il PTSD (CBCT). La CBCT è una terapia congiunta all'intervento PTG (crescita post traumatica) e si struttura in tre fasi con 15 sessioni, manualizzata e incentrata sul trauma, progettate per ridurre simultaneamente i sintomi del PTSD e migliorare il funzionamento delle relazioni intime (Monson & Fredman, 2012). Nella prima fase vengono presentati il protocollo e il razionale del trattamento e viene fornita una psicoeducazione sui sintomi del PTSD e sulle relazioni. La seconda fase si concentra sul miglioramento della comunicazione, sulla riduzione dell'intorpidimento emotivo e dell'evitamento associati al PTSD e sull'aumento della soddisfazione relazionale. La terza fase si concentra sul dare un significato all'evento traumatico rivalutandolo per arrivare a un'interpretazione adattiva dell'evento. Inoltre, il trattamento prevede il completamento di compiti tra una seduta e l'altra per facilitare l'acquisizione di abilità e, nelle ultime sedute, l'analisi di temi della crescita post traumatica (PTG).

4. Effetti

Questo studio sull'intervento congiunto dimostra che la CBCT per il PTSD riduce i sintomi del PTSD, migliora la soddisfazione relazionale e facilita la PTG, pur avendo un focus limitato sulla PTG.

Riferimento: Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). Il ruolo della crescita post-traumatica in uno studio controllato randomizzato di terapia cognitivo-comportamentale congiunta per il PTSD. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 379-383. <https://doi.org/10.1002/jts.22122>

Buona pratica 30

Intervento cognitivo-comportamentale per il PTSD e la crescita post-traumatica

Partner responsabile: Università di Presov (Slovacchia)

Autori: Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl, Andreas Maercker

Parole chiave: intervento individuale, vittima di 1° livello, vari tipi di trauma, PTSD, crescita post-traumatica, intervento cognitivo-comportamentale

1. Descrizione dell'evento

L'esperienza di un evento traumatico può portare alla frantumazione delle convinzioni fondamentali relative al mondo, agli altri e a se stessi. Questo tipo di esperienza può causare cambiamenti negativi significativi nella salute mentale, ad esempio reazioni post-traumatiche come PTSD, depressione o ansia. Le convinzioni di base infrante possono anche portare a cambiamenti positivi, noti come crescita post-traumatica (PTG). Un approccio cognitivo-comportamentale, in particolare le sessioni incentrate sulla ristrutturazione cognitiva, sembra essere efficace nel ricostruire e ridefinire le convinzioni di base infrante e aiuta a recuperare dopo il trauma e ad aumentare la resilienza.

2. Condizioni generali del gruppo e misure

Novantasei partecipanti di età compresa tra i 18 e i 68 anni, che avevano vissuto un evento traumatico almeno un mese prima del trattamento e che soddisfacevano i criteri DSM-IV per il PTSD, sono stati assegnati in modo casuale al trattamento o a una condizione di controllo in lista d'attesa. In fase iniziale e dopo il trattamento sono state misurate le reazioni da stress post-traumatico (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); la depressione e l'ansia (BSI; Derogatis, 1992); la crescita post-traumatica (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996); l'ottimismo (LOT-R; Scheier et al., 1994); l'apertura all'esperienza (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992).

3. Intervento: focus sul metodo

L'intervento consisteva in tre fasi di trattamento: (1) autoconfronto, (2) ricostruzione cognitiva, (3) condivisione sociale e un rituale di addio. Nella prima fase, i pazienti sono stati istruiti sul meccanismo di esposizione e sono stati invitati a descrivere e scrivere le immagini e i pensieri più dolorosi legati al trauma. Dovevano scrivere in prima persona e al presente e fornire una descrizione accurata di tutti i dettagli sensoriali che avevano sperimentato durante gli eventi traumatici. Nella seconda fase, i pazienti hanno ricevuto una psicoeducazione sui principi della ristrutturazione cognitiva. L'obiettivo di questa fase era formare una nuova prospettiva sull'evento traumatico e recuperare un senso di controllo. I partecipanti hanno scritto una lettera di sostegno a un amico immaginario che aveva vissuto la stessa esperienza. I pazienti dovevano riflettere sui sentimenti di colpa e vergogna, sfidare i modelli automatici di pensiero e di comportamento disfunzionale e correggere le ipotesi irrealistiche. Nella terza fase, i pazienti hanno ricevuto una psicoeducazione sugli effetti positivi della condivisione sociale. In una lettera finale, hanno preso simbolicamente congedo dall'evento traumatico. I pazienti hanno riassunto ciò che è accaduto loro, hanno riflettuto sul processo terapeutico e hanno descritto come affronteranno la situazione ora e in futuro.

4. Effetti

Questo studio dimostra che un intervento cognitivo-comportamentale porta a un aumento significativo della crescita post-traumatica e aiuta i miglioramenti dei sintomi nelle reazioni post-traumatiche che predicono in modo significativo la crescita post-traumatica post-trattamento. Non è stato rilevato un effetto dell'intervento cognitivo-comportamentale su fattori più stabili (ottimismo e apertura all'esperienza).

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

Riferimento: Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effetto dell'intervento basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sulla resilienza e sul burnout del personale infermieristico che lavora nei reparti di terapia intensiva. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295.