

Dobra Praktyka 1

Interwencje w zakresie traumy: Przegląd systematyczny

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Polska)

Autorzy: Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, i in. (2021)

Słowa kluczowe: Interwencje oparte na wiedzy o traumie

1. Kontekst

Nierówności zdrowotne pozostają problemem zdrowia publicznego. Przewlekłe przeciwności losu, takie jak dyskryminacja czy rasizm, jako trauma, mogą utrzymywać nierówności zdrowotne w zmarginalizowanych populacjach. Istnieje coraz więcej literatury na temat opieki opartej na wiedzy o traumie i kompetencjach kulturowych jako podstawowych elementów promowania równości w zdrowiu, jednak żaden wcześniejszy przegląd nie dotyczył systematycznie interwencji opartych na wiedzy o traumie. Celem tego badania była ocena typów, kontekstu, zakresu i sposobu prowadzenia interwencji opartych na wiedzy o traumie oraz związanych z tym wyników.

2. Metody

Przeprowadziliśmy przeszukiwanie w bazach danych - PubMed, Embase, CINAHL, SCOPUS i PsycINFO – w celu zidentyfikowania badań ilościowych opublikowanych w języku angielskim przed czerwcem 2019 r. Trzydzieści dwa unikalne badania z jednym artykułem towarzyszącym spełniły kryteria kwalifikowalności.

3. Wyniki

Ponad połowę z 32 badań stanowiły randomizowane badania kontrolowane (n = 19). Trzydzieści badań przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych. Najczęstszym rodzajem traumy, której dotyczyły interwencje, było wykorzystywanie dzieci, przemoc domowa lub napaść seksualna (n = 16). Interwencje koncentrowały się głównie na zmniejszeniu objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) (n = 23), depresji (n = 16) lub lęku (n = 10), a interwencje oparte na wiedzy o traumie były najczęściej prowadzone w warunkach ambulatoryjnych (n = 20) przez pracowników medycznych (n = 21). Dwie najczęściej stosowane interwencje to desensytyzacja i ponownie przetwarzanie za pomocą ruchu gałek ocznych (n = 6) oraz terapia poznawczo-behawioralna (n = 5). Wierność interwencji była przedmiotem 16 badań. Interwencje oparte na wiedzy o traumie znacząco zmniejszyły objawy PTSD w 11 z 23 badań. W piętnastu badaniach stwierdzono poprawę w zakresie trzech głównych wyników psychologicznych, w tym objawów PTSD (11 z 23), depresji (9 z 16) i lęku (5 z 10). Terapia poznawczo-behawioralna konsekwentnie poprawiała szeroki zakres wyników, w tym depresję, lęk, dysregulację emocjonalną, problemy interpersonalne i zachowania ryzykowne (n = 5).

4. Wnioski

Istnieją niespójne dowody na poparcie interwencji opartych na traumie jako skutecznego podejścia do wyników psychologicznych. Przyszłe interwencje oparte na wiedzy o traumie powinny mieć szerszy zakres i dotyczyć szerokiego spektrum rodzajów traumy, takich jak rasizm i dyskryminacja. Dodatkowo, należy zbadać szerszy zakres skutków traumy.

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

Dobra Praktyka 2

Żałoba w czasach COVID-19: Przegląd i ramy teoretyczne

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Polska)

Autorzy: Stroebe, M., Schut, H

Słowa kluczowe: osierocenie, żałoba, zdrowie, COVID-19, pandemia, przegląd, teoria, dualny model przetwarzania

1. Opis badania

Dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego przystosowania się do żałoby w okresie pandemii COVID-19 w celu oceny aktualnego stanu wiedzy. Przeszukano bazy Scopus, Web of Science i Google Scholar pod kątem badań opublikowanych w ciągu pierwszych 6 miesięcy epidemii COVID-19. Do przeglądu włączono 44 artykuły. Synteza narracji wykazała, że wiedza była w dużej mierze oparta na ekspertyzach wcześniejszych badań nad żałobą i doświadczeniu zawodowym; jak dotąd brakuje empirycznych dowodów łączących cechy sytuacji związanych z żałobą po COVID-19 ze skutkami zdrowotnymi. Poważne negatywne konsekwencje były zgodnie przewidywane przez autorów. Nadal stosunkowo mało uwagi poświęca się procesom pozytywnym lub kompensacyjnym lub możliwości, że mogłyby one złagodzić skutki szokujących, traumatycznych okoliczności. Z dwoma godnymi uwagi wyjątkami, nie zwrócono uwagi na znaczenie modeli teoretycznych w kierowaniu badaniami i praktyką.

2. Modele interwencji

Dualny model przetwarzania [*The Dual Process Model (DPM)*] (opis głównych parametrów: Stroebe i Schut, 1999, 2001, 2010; zob. ryc. 1 poniżej) został zaprojektowany w celu przedstawienia doświadczenia żałoby w sposób, który opierał się na wcześniejszych modelach, ale i je rozszerzał. Jego podstawowe parametry obejmują opisy typów stresorów związanych z żałobą rozumianą jako zorientowana na stratę [*loss-oriented (LO)*] lub zorientowana naprawcza [*restoration-oriented (RO)*]. Orientacja na stratę odnosi się do koncentracji na, radzenia sobie, przetwarzania stresujących aspektów samego doświadczenia straty, w szczególności w odniesieniu do osoby zmarłej (np. odwiedzanie grobu, aby być blisko zmarłego; oglądanie jego/jej zdjęć). Orientacja naprawcza odnosi się do drugorzędnych (w stosunku do samej utraty) źródeł stresu/radzenia sobie ze stresem. Orientacja naprawcza koncentruje się na tym, z czym jeszcze należy się uporać w wyniku straty i jak te sprawy są załatwiane (np. podjęcie pracy w celu wyrównania utraconych dochodów zmarłego; uczenia się rzeczy, których wykonywaniem zajmował się zmarły). Ponadto postulowano procesy radzenia sobie (sposoby radzenia sobie ze stresorami), polegające na dynamicznej oscylacji. Jest to proces wymuszony faktem, że istnieją zarówno stresory typu LO, jak i RO, z którymi należy sobie poradzić, czego nie można zrobić jednocześnie. Ponieważ należy się uporać z jednym i drugim typem stresorów, aby można było przystosować się do straty, aby zmniejszyć stres i jego negatywne konsekwencje, przechodzenie tam i z powrotem między radzeniem sobie z jednym lub drugim typem stresora musi być częścią procesu radzenia sobie. Dualny Model Przetwarzania obejmuje opis wyników, konsekwencji radzenia sobie (np. przystosowanie się do straty, skutki dla zdrowia psychicznego i fizycznego, utrzymywanie się lub spadek poziomu żalu w czasie).

3. Efekty i zalecenia

Dualny Model Przetwarzania prowadzi do innych sugestii dotyczących poradnictwa lub terapii niż te sugerowane w artykułach omówionych powyżej. Protokoły interwencji często opierały się na zasadach CBT, skupiając się na pogodzeniu się ze śmiercią bliskiej osoby. Jako takie są zorientowane na stratę. Z tego wszystkiego, co zostało powiedziane powyżej, wynikałoby, że należy zająć się również zadaniami ukierunkowanymi na odbudowę (zadaniami naprawczymi). Istnieje poparcie dla tej linii rozumowania. Niektóre niedawne badania przyjęły ramy DPM i obejmowały leczenie stresorów RO (przegląd: Fiore, 2019). Shear i in. (2005) oraz Chow i in. (2019) wykazali, że włączenie zadań ukierunkowanych na radzenie sobie ze stresorami RO wiązało się z większą poprawą niż wtedy, gdy interwencja skupiała się wyłącznie na tych

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

zorientowanych na stratę (LO); Nam (2017) wykazał, że interwencja RO była skuteczniejsza niż psychoedukacja. Badania te sugerują, że zarządzanie stresorami RO jest ważne w pomaganiu osobom pogrążonym w żałobie, które potrzebują profesjonalnej pomocy. W sytuacji żałoby związanej z COVID-19, po zidentyfikowaniu konkretnych, kłopotliwych stresorów LO i RO, których doświadcza klient, można zaplanować interwencję w celu systematycznego radzenia sobie z nimi. Protokoły opracowane już przez Shear i in. (2005), Chow i in. (2019) oraz Nam (2017) dostarczają przydatnych informacji do projektowania programów interwencyjnych opartych na DPM.

Źródło: 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

Dobra Praktyka 3

Objawy stresu pourazowego u pracowników ochrony zdrowia walczących z pandemią COVID-19: Przegląd systematyczny

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Polska)

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

Słowa kluczowe: prewencja, PTSS, pracownicy ochrony zdrowia, Covid 19

1. Wstęp

Zapobieganie objawom stresu pourazowego (PTSS) u pracowników ochrony zdrowia w obliczu obecnej pandemii COVID-19 jest wyzwaniem na całym świecie, ponieważ pracownicy ochrony zdrowia mogą doświadczać ostrych i przewlekłych, często nieprzewidywalnych, stresorów zawodowych prowadzących do PTSS. Niniejszy przegląd ma na celu przeanalizowanie literatury w celu ustalenia, na jakich tematach koncentrowano się i jakie są najnowsze osiągnięcia w zarządzaniu ryzykiem zawodowym PTSS u pracowników ochrony zdrowia podczas obecnej pandemii. Na potrzeby niniejszego przeglądu wyszukaliśmy publikacje w serwisie MEDLINE/Pubmed za pomocą wybranych słów kluczowych. Artykuły zostały przejrane i przydzielone do jednej lub więcej z następujących kategorii w zależności od ich tematyki: ocena ryzyka, zarządzanie ryzykiem, częstość występowania. W sumie 16 publikacji spełniło nasze kryteria włączenia. Omawiane tematy to: „Ocena ryzyka”, „Częstość występowania” oraz „Zarządzanie ryzykiem”. Stwierdzono, że młody wiek, małe doświadczenie zawodowe, płeć żeńska, duże obciążenie pracą, praca w niebezpiecznych warunkach oraz brak szkolenia i wsparcia społecznego były predyktorami PTSS.

2. Występowanie PTSS

W 14 wybranych artykułach analizujących występowanie PTSS u pracowników ochrony zdrowia zajmujących się pandemią COVID-19 wykazano przedział od 2,1% do 73,4%. Ten szeroki zakres można przypisać (1) różnym terminom badań oraz (2) badanym placówkom opieki zdrowotnej. W szczególności Song i in. w badaniu przeprowadzonym od 28 lutego 2020 r. do 18 marca 2020 r., kiedy epidemia w Chinach została opanowana, a presja pracy pracowników ochrony zdrowia została znacznie zmniejszona w porównaniu z okresem szczytu epidemii, stwierdzili niższe wskaźniki rozpowszechnienia PTSS (9,1%) w porównaniu z badaniami prowadzonymi w szczytowym okresie zachorowań na COVID-19 w Chinach. Zgodnie z tym ustaleniem, badanie Rossi i wsp., przeprowadzone we Włoszech między 27 a 31 marca, podczas szczytu epidemii we Włoszech, wykazało częstsze występowanie PTSS wśród pracowników ochrony zdrowia w porównaniu z badaniami prowadzonymi później, kiedy pandemia została opanowana. Jeśli chodzi o placówki opieki zdrowotnej, zwiększone wskaźniki PTSS stwierdzono w placówkach stacjonarnych (do 70%), szczególnie wśród pracowników ochrony zdrowia opiekujących się pacjentami z COVID-19 lub zatrudnionych na oddziałach ratunkowych.

3. Efekty i zalecenia

Wyniki niniejszego przeglądu wskazują na potrzebę podjęcia pilnych interwencji mających na celu ochronę pracowników ochrony zdrowia przed psychologicznymi skutkami traumatycznych wydarzeń związanych z pandemią i prowadzących do PTSS. Znalaziono wiele dowodów na temat następujących predyktorów zwiększonego ryzyka wystąpienia PTSS: młody wiek, płeć żeńska, brak wykształcenia, duże obciążenie pracą, niskie wykształcenie medyczne, brak partnera i niskie wsparcie społeczne. Dlatego organizacje opieki zdrowotnej powinny skoncentrować się na zasobach wsparcia dostępnych dla pracowników ochrony zdrowia, aby zapobiegać ciężkiemu upośledzeniu psychicznemu związanemu z zespołem stresu pourazowego u pracowników ochrony zdrowia zajmujących się epidemią COVID-19. W rzeczywistości PTSS obejmuje przewlekły silny lęk z ponownym przeżywaniem traumatycznego wydarzenia, retrospekcjami, koszmarami sennymi, zwiększonym pobudzeniem i ograniczonym życiem społecznym i może prowadzić do PTSD. Ponieważ osoby cierpiące na PTSD są bardziej narażone na myśli samobójcze, próby samobójcze i śmierć samobójczą w ogromnych proporcjach (2–5 razy), zapobieganie PTSD jest przedmiotem szczególnej troski pracowników ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę, że

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

wykonują oni już zawody, które są w grupie zwiększonego ryzyka, a osoby cierpiące na PTSS są skłonne nie szukać pomocy ze względu na bariery, takie jak brak informacji, obawa przed stygmatyzacją czy przekonanie, że objawy mogą ustępować z czasem. Obecnie szczególnego wysiłku wymaga zapobieganie PTSD jako wtórnemu efektowi pandemii SARS-Cov2 wśród pracowników ochrony zdrowia mających do czynienia z pacjentami z COVID-19. Dlatego polityka zdrowotna musi jak najszybciej uwzględniać strategie zapobiegania i zarządzania PTSS i związanymi z nim następstwami psychicznymi, w tym zasady wdrażania regularnych badań przesiewowych PTSS u pracowników ochrony zdrowia. Istnieje również potrzeba pilnej interwencji w celu identyfikacji i leczenia pracowników ochrony zdrowia z zespołem stresu pourazowego, ponieważ takie podejście może zmniejszyć ryzyko wystąpienia chronicznych zaburzeń psychicznych.

Źródło: 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>

Dobra Praktyka 4

Zintegrowane ramy egzystencjalne dla teorii traumy

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Polska)

Autorka: Kaitlin Wilmshurst

Słowa kluczowe: trauma, egzystencjalne, PTSD, teoretyczne, integracyjne, ramowe

1. Wstęp

W niniejszym artykule przedstawiono zintegrowane ramy egzystencjalne dla teorii traumy. Ramy opierają się na grupowaniu aktualnych teorii traumy na kategorie fizyczne, relacyjne i intrapersonalne oraz na relacji tych trzech klastrow do ostatecznych egzystencjalnych trosk wg Irvine'a Yaloma dotyczących życia/śmierci, więzi/izolacji i wolności/odpowiedzialności.

2. Podejście egzystencjalne a trauma

Niedawne badania ujawniły wzajemne oddziaływanie między fizjologicznymi i psychospołecznymi aspektami traumatycznych doświadczeń, sugerując, że aby w pełni zająć się skutkami traumy, wymagana jest teoretyczna integracja, która obejmuje rozważenie zmian fizjologicznych, warunkowania strachu i skutków relacyjnych. Argumentuje się, że czwarta egzystencjalna troska, sens/bezsens, leży u podstaw wszystkich aspektów traumy, tworząc wspólny związek między wszystkimi teoriami. W artykule dokonano krótkiego przeglądu aktualnych teorii traumatologii, aby zilustrować zasadność trzech grup teoretycznych, zbadano aktualne zastosowanie teorii egzystencjalnej do konceptualizacji traumy i przedstawiono ujednolicone ramy organizacyjne dla teorii traumy opartej na egzystencjalizmie. Badanie wyników stanowi kompleksowe ramy, które dotyczą fizycznych, relacyjnych i intrapersonalnych aspektów traumy, poparte perspektywą egzystencjalną.

3. Zalecenia

Egzystencjalizm stanowi ważne uzupełnienie częściowej stosowanych teorii traumy, ponieważ uznaje nieuchwytny wpływ traumy na sens, śmiertelność i tożsamość. Celem tych ram jest zapewnienie struktury przytłaczającej liczbie teorii traumy i sposobów leczenia, jednocześnie umożliwiając pracownikom socjalnym elastyczność w dopasowaniu znanych teorii i modalności do praktyki egzystencjalnej. Ramy stwarzają pewne wyzwania dla praktyki i badań – w szczególności, jak zachować szacunek dla bogatej historii filozoficznej teorii egzystencjalnej, używając jej i studiując ją w środowisku pozytywistycznym. Jednak, jeśli są stosowane skutecznie, ramy mogą odnosić się do głębi skutków traumy i zawierać szeroki zakres teorii wykorzystywanych przez pracowników socjalnych do konceptualizacji i leczenia traumy, co skutkuje dobrze ustrukturyzowaną, eklektyczną praktyką zawodową.

Źródło: 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>



Dobra Praktyka 5

Problemy egzystencjalne w traumie: Implikacje dla oceny i leczenia

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Polska)

Autorzy: Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos

Słowa kluczowe: trauma, egzystencjalne rozbitcie

1. Wstęp

Trauma ze swej natury ma charakter egzystencjalny poprzez wpływ na sposób doświadczania świata przez jednostkę, jej samorozumienie i poczucie miejsca w świecie. Pomimo mającego ostatnio miejsce rozpowszechnienia literatury dotyczącej traumy, nadal powszechne jest nadmierne uproszczenie traumy w jej koncepcji i leczeniu. W szczególności, znaczna część leczenia koncentruje się na kategoryzowaniu traumy w diagnozach zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub zaburzeń adaptacyjnych, a następnie leczeniu objawów za pomocą leków i / lub behawioralnej koncepcji objawów. Istotne jest, abyśmy przeszli do bardziej szczegółowego rozumienia traumy. Trauma występuje w wielu gatunkach i z różnym stopniem nasilenia. Jest to dodatkowo skomplikowane, ponieważ będzie miało różne skutki w zależności między innymi od rozwoju, odporności i wsparcia interpersonalnego.

2. Zagadnienia egzystencjalne w leczeniu traumy

W niniejszym artykule skupiamy się na roli różnych problemów egzystencjalnych w konceptualizacji i leczeniu traumy, szczególnie związanych z koncepcją „egzystencjalnego rozbitcia” Greeninga (2013). To, czy osoba narażona na traumatyczne wydarzenia doświadcza egzystencjalnego rozbitcia, czy nie, jest ważne dla konceptualizacji i leczenia. Traumatyczne reakcje, które obejmują egzystencjalne rozbitcie, prawdopodobnie będą odporne na leczenie skoncentrowane na objawach lub niewystarczająco leczone za pomocą terapii skoncentrowanych na objawach, które nie odnoszą się do implikacji dekonstrukcji lub rozbitcia światopoglądu, który jest ważnym źródłem podtrzymywania sensu i odporności. Chociaż większość pacjentów po traumie może odnieść korzyści z rozważania kwestii egzystencjalnych, dla niektórych klientów, których światopogląd i systemy znaczeń zostały rozbite, jest to zasadnicza część procesu zdrowienia.

3. Zalecenia

Egzystencjalne rozbitcie jest ważną koncepcją w leczeniu traumy, która ma implikacje podczas faz oceny i leczenia w psychoterapii. Zwrócenie uwagi na tę koncepcję może pomóc w rozróżnieniu różnych rodzajów reakcji na traumę, które mają ważne implikacje dla leczenia. Terapia egzystencjalna i inne terapie opierające się na perspektywach egzystencjalnych idealnie nadają się do pracy z klientami, którzy zmagali się z traumą, a zwłaszcza z rozbitciem egzystencjalnym.

Źródło:

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

Dobra Praktyka 6

Sesje edukacyjne

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (Czechy)

Autorzy: Khalida Yasmin, Adnan Yaqoob, Hajra Sarwer

Słowa kluczowe: Zachowania poznawcze, interwencje, wypalenie, rezyliencja, pielęgniarki

1. Opis wydarzenia

W środowisku medycznym oddział ratunkowy jest jednostką niezwykle ryzykowną, w której atmosfera często staje się nieprzewidywalna. W takim środowisku pielęgniarki z personelu pogotowia ratunkowego przez większość czasu odczuwają utrzymujący się stres wpływający na samopoczucie psychiczne, co prowadzi do wyczerpania. Pielęgniarki oddziałów intensywnej terapii są potencjalnie dotknięte lękiem z powodu stresującego środowiska i obciążenia pracą, co jest głównym czynnikiem prowadzącym do negatywnych wyników i skutkującym wypaleniem. Interwencja oparta na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) jest jedną ze skutecznych interwencji mających na celu zmniejszenie samodzielnie zgłaszanego wypalenia, a także zwiększenie rezyliencji.

2. Ogólne warunki grupy działania

Zastosowano dogodną technikę doboru próby, zbierając dane socjodemograficzne i informacje podczas wywiadu bezpośredniego przeprowadzonego z 50 pracującymi pielęgniarkami. Dane zbierano na początku badania i po interwencji. Miarą był:

- Syndrom wypalenia zawodowego a rezyliencja

3. Interwencja: skoncentrowanie na metodzie

Interwencje odbywały się podczas porannej zmiany w auli wybranej jednostki badawczej. Uczestnikom przypomniano, aby nie brali udziału w żadnej dodatkowej sesji edukacyjnej dotyczącej specjalności praktyki, aby uniknąć ingerencji czynników zakłócających. Ośmiu tygodni sesji składało się z wykładów PowerPoint twarzą w twarz, demonstracji audiowizualnych i modelowania ról. Wykład i pokaz audiowizualny składały się z elementów technik CBT ukierunkowanych na redukcję wypalenia zawodowego. Po zakończeniu sesji edukacyjnej opartej na CBT i demonstracji audiowizualnej, wykładach, zadaniach domowych, a także modelowaniu ról, uczestnicy zostali nauczeni zmniejszania wypalenia zawodowego i podnoszenia umiejętności samokompetencji. Po ośmiu tygodniach sesji edukacyjnych opartych na CBT, uczestnicy zostali ponownie ocenieni pod kątem wpływu CBT na wypalenie i rezyliencję.

4. Efekty

To badanie pokazuje, że wynik zmiennych wypalenia zawodowego po terapii poznawczo-behawioralnej z wartością $p < 0,05$ pokazuje znaczącą różnicę. Wystąpiła ogólna istotna różnica (wartość $p < 0,05$) w parametrach rezyliencji przed interwencją i po interwencji.

Źródło: 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.

Dobra Praktyka 7

Normalizacja skoncentrowana na emocjach, psychoedukacja i techniki oddechowe (dwa studia przypadków)

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (Czechy)

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

Słowa kluczowe: niepokój, COVID-19, oddychanie przeponowe, interwencja psychologiczna, oddechowe

1. Opis wydarzenia

Pacjenci cierpiący na skutki zapalenia płuc COVID-19 często doświadczają duszności lub zadyszki, co zwiększyło częstość występowania lęku oddechowego wśród tych przypadków. Objawy choroby płuc i lęku nakładają się na siebie, a skutki tych elementów wzajemnie się nasilają.

2. Ogólne warunki grupy i działania

Opierając się na klinicznym leczeniu psychologicznym 68 pacjentów z COVID-19 w ostrej fazie choroby na oddziałach standardowej i intensywnej terapii, a także po COVID-19, niniejsze badanie opisuje ukierunkowane interwencje zastosowane podczas 178 sesji w ciągu 3,5 miesiąca w Szpitalu Uniwersyteckim w Pilźnie, Republika Czeska.

Grupa pacjentów była bardzo zróżnicowana pod względem płci, wieku, ciężkości niewydolności oddechowej, ciężkości wspomagania wentylacji i liczby sesji, która wahała się od 1 do 12, każda sesja trwała od 10 do 60 minut w zależności od stanu zdrowia i motywacji pacjenta.

Zauważalne podobieństwo stwierdzono u pacjentów, zwłaszcza tych, u których wystąpiło większe nasilenie niewydolności oddechowej. Pacjenci ci byli zwykle określani jako niespokojni, lękliwi, niezmotywowani do rehabilitacji, a nawet aktywnie unikający jakiegokolwiek aktywności fizycznej. U tych pacjentów występował lęk przed dusznością lub uduszeniem, niepokój i oddechowe komponenty lęku.

3. Interwencja: skoncentrowanie na metodzie

Podejście psychoterapeutyczne miało charakter wspierający i niedyrektywny, zastosowano metodologię integracyjną. Zasadniczym elementem leczenia była terapia poznawczo-behawioralna i techniki oddechowe. Psycholog kliniczny, który prowadził leczenie, miał również doświadczenie w logoterapii i analizie egzystencjalnej oraz posiadała uprawnienia z zakresu coachingu (programowanie neurolingwistyczne), interwencji kryzysowej i pierwszej pomocy psychologicznej.

1. Interwencję rozpoczęto od wsparcia w akceptacji i łagodzeniu emocji związanych z dusznością i brakiem oddechu (np. uznanie lęku związanego z niemożnością prawidłowego oddychania, wyzwań związanych z odzwyczajaniem się od sztucznej wentylacji oraz uznanie obecnych lęków i niepokoju za normalne emocje podczas długiej, trudnej i potencjalnie zagrażającej życiu hospitalizacji).
2. Druga część interwencji psychologicznej skupiała się na edukacji pacjenta w zakresie lęku oraz jego fizjologicznych i psychologicznych skutków. Pacjent opisał swoje objawy terapii, a oni wspólnie omówili je, skupiając się nie tylko na zaakceptowaniu lęku jako normalnej części obecnego życia pacjenta, ale także jako oznaki jego postępów w pracy nad trudnym i stresującym wyzwaniem.
3. Trzecia główna część podejścia wykorzystywała technikę oddychania przeponowego [*Diaphragmatic Breathing (DB)*], która, jak wykazano, zmniejsza stres i niepokój fizjologiczny i psychiczny (np. Chen i in., 2017; Hopper i in., 2019; Ma i in., 2017). W tym podejściu pacjent kładł jedną rękę na klatce piersiowej, a drugą na brzuchu (wzdłuż przepony) i wykonywał głębokie i długie wdechy przez maksymalnie cztery sekundy. Następnie pacjent wstrzymywał oddech na około cztery sekundy, a na końcu powoli wydychał powietrze przez kolejne cztery sekundy. Wydech powinien być tak długi i głęboki jak wdech.

Procedury interwencji psychologicznej zastosowane w niniejszym badaniu można podzielić na trzy podstawowe etapy.

1. Pierwszym było wsparcie w emocjonalnych abreakcjach, następnie normalizacja i uprawomocnienie tych emocji, aby pomóc pacjentom zaakceptować własne lęki i negatywną emocjonalność jako normalną reakcję na anormalną sytuację.
2. Drugim krokiem była psychoedukacja na temat lęku i jego behawioralnego, poznawczego, emocjonalnego, a przede wszystkim fizjologicznego komponentu związanego z lękiem oddechowym i ich interakcjami lub wzajemnym wzmacnianiem się.
3. Trzeci podstawowy krok obejmował techniki oddechowe DB (oddychanie przeponowe), w tym długie i wolne wdechy oraz jeszcze dłuższe i wolniejsze wydechy.

4. Efekty

Pacjenci wykazywali poprawę i zostali wypisani ze szpitala bez długotrwałej zależności od tlenoterapii wysokimi dawkami i obaj odnosili się do zmniejszenia objawów lękowych wraz ze zdolnością do przezwyciężenia subiektywnego doświadczenia duszności. W obu przedstawionych przypadkach udzielona opieka psychologiczna była bardzo krótka; 3 i 4 sesje, łącznie około 2 godzin na pacjenta. Konkretny czas potrzebny na wykonanie każdego kroku (wentylacja emocji, psychoedukacja, DB) zależy od aktualnych potrzeb pacjenta i nie jest możliwy do przewidzenia ani zmierzenia ze względu na czynniki kliniczne i nakładanie się na siebie kroków.

Źródło: 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).



Dobra Praktyka 8

Automonitorowanie

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (Czech Republic)

Autorzy: Kathy Benhamou, Alexandra Piedra

Słowa kluczowe: Interwencje poznawczo-behawioralne, CBT, interwencja kryzysowa, pandemia · covid-19, specjaliści pierwszej linii, kluczowi pracownicy

1. Opis wydarzenia

Kluczowi pracownicy podczas pandemii COVID-19 doświadczali podwyższonego poziomu lęku i depresji z powodu zwiększonych wymagań w pracy, braku odpowiedniego sprzętu ochrony osobistej, strachu przed zarażeniem się wirusem i obawy przed rozprzestrzenieniem go na bliskich. Jest to czas pilnej potrzeby wsparcia zdrowia psychicznego pracowników dotkniętych kryzysem wywołanym pandemią. Klinicyści mogą stosować empirycznie poparte interwencje wywodzące się z terapii poznawczo-behawioralnej (CBT).

2. Ogólne warunki grupy i działania

Zaleca się, aby klinicyści pomagali klientom będącym kluczowymi pracownikami w zaspokajaniu ich podstawowych potrzeb poprzez modyfikowanie nawyków związanych ze zdrowiem i snem tam, gdzie to możliwe, oraz pomaganie im w obronie ich potrzeb przy użyciu umiejętności z zakresu skuteczności interpersonalnej. Empatyczne słuchanie, walidacja sytuacji kryzysowej i wyjaśnianie wartości może pomóc w relacji terapeutycznej, pomóc pacjentowi w ponownym poczuciu celu i sensu w swojej karierze i życiu rodzinnym oraz ułatwić zmianę zachowania zgodną z wybranymi wartościami. Samokontrola za pomocą dziennika może pomóc klientom skupić myśli i rozpoznać nieadaptacyjne wzorce w ich myślach i zachowaniach. W połączeniu z tymi technikami aktywacja behawioralna i strategie radzenia sobie, w tym relaksacja, tolerancja dystresu i akceptacja, promują angażowanie się w pozytywne i adaptacyjne działania. Wreszcie, terapeuci mogą pomóc klientom zmniejszyć niepokój związany z pandemią, pomagając im ograniczyć przyswajanie informacji.

Biorąc pod uwagę wzrost ryzyka lęku, obaw, depresji i wyczerpania, zaleca się, aby terapeuci pomagali swoim klientom monitorować własne myśli, emocje i zachowania oraz wpływ, jaki te czynniki wywierają na siebie nawzajem.

3. Interwencja: skoncentrowanie na metodzie

Automonitorowanie może przybierać różne formy w zależności od potrzeb klientów i celów terapeuty. Najbardziej tradycyjnie automonitorowanie wymaga od klientów zapisywania swoich myśli, emocji i wynikających z nich zachowań w ciągu tygodnia na kartce papieru lub arkuszu pracy, gdy doświadczają wzmożonych emocji (Huppert 2009). Może to być jednak uciążliwe dla kluczowych pracowników, którzy są wypaleni i nie są w stanie wypełniać szczegółowych formularzy tego rodzaju. Terapeuci mogą poprosić swoich klientów o prowadzenie bardziej płynnego dziennika, w którym mogą zapisywać zarówno dobre, jak i złe wydarzenia dnia. Dokument ten może służyć jako obiektywna miara tego, jak klient spędza wolny czas i jak wpływa to na jego nastrój. Może również pomóc terapeutce i klientowi we wspólnym poszukiwaniu wzorców, które mogą uniemożliwiać zaangażowanie w przyjemne czynności, tak aby można je było również uwzględnić i zmodyfikować.

4. Efekty

Wstępne poparcie dla interwencji CBT w ramach interwencji kryzysowej sugeruje, że podstawowe umiejętności CBT mogą być skuteczne w leczeniu lęku i depresji, które mogą wynikać z kryzysu zdrowotnego w połączeniu z zasadami Pierwszej Pomocy Psychologicznej.

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



Dobra Praktyka 9

Ekspozycja i restrukturyzacja poznawcza

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (Czechy)

Autorzy: dr Richard A. Bryant, Tanya Sackville, M.Psych., Suzanne T. Dang, M.Psych., Michelle Moulds, M.Psych., and Rachel Guthrie, M.Psych.

Słowa kluczowe: PTSD, terapia poznawczo-behawioralna, profilaktyka

1. Opis wydarzenia

Ostre zaburzenie stresowe pozwala na wczesną identyfikację osób, które przeżyły traumę, u których występuje ryzyko rozwoju przewlekłego zespołu stresu pourazowego (PTSD). Badanie to miało na celu zapobieganie PTSD poprzez wczesne wdrożenie terapii poznawczo-behawioralnej. W szczególności badanie to zindeksowało względną skuteczność przedłużonej ekspozycji i radzenia sobie z lękiem w leczeniu ostrego zaburzenia stresowego.

2. Ogólne warunki grupy i działania

Czterdziestu pięciu cywilom, którzy przeżyli traumę z ostrym zaburzeniem stresowym, przeprowadzono pięć sesji 1) przedłużonej ekspozycji (N = 14), 2) połączenia przedłużonej ekspozycji i radzenia sobie z lękiem (N = 15) lub 3) poradnictwa wspierającego (N = 16) w ciągu 2 tygodni od traumy. Podczas 6-miesięcznej obserwacji (follow-up) oceniono czterdzieści jeden osób, które przeżyły traumę.

3. Interwencja: skoncentrowanie na metodzie

Każda grupa otrzymała pięć 1,5-godzinnych indywidualnie prowadzonych sesji prowadzonych przez jednego z czterech psychologów klinicznych. Sesje odbywały się raz w tygodniu.

Pierwsza sesja obejmowała edukację na temat reakcji na traumę, ponowny trening oddechu, trening progresywnej relaksacji mięśni oraz naukę ćwiczeń opartych na rozmowie z samym sobą w celu radzenia sobie z sytuacjami wywołującymi niepokój. Po pierwszej sesji pacjenci codziennie wykonywali każdą z tych technik jako pracę domową, a postępy pacjentów były monitorowane podczas każdej sesji.

Druga sesja dotyczyła uzasadnienia ekspozycji i rozpoczęcia przedłużonej ekspozycji wyobraźniowej na traumatyczne wspomnienia. Pięćdziesiąt minut każdej z ostatnich czterech sesji poświęcono pacjentom na ponowne przeżywanie swoich traum poprzez skupienie uwagi na swoich wspomnieniach i zaangażowanie w ich reakcje afektywne. Narracje te nie zostały nagrane, ale pacjenci zostali poinstruowani, aby dokończyć tę ekspozycję w taki sam sposób, jak w terapii, jako codzienną pracę domową. Po każdej sesji ekspozycji przeprowadzano restrukturyzację poznawczą przekonań związanych ze strachem, które zostały zidentyfikowane podczas ekspozycji. Restrukturyzacja poznawcza polegała na uczeniu pacjentów identyfikowania irracjonalnych przekonań związanych z zagrożeniem oraz wzmacnianiu realistycznego myślenia poprzez ocenianie myśli pod kątem dostępnych dowodów.

Sesje 4 i 5 obejmowały również ćwiczenia dotyczące ekspozycji in vivo i zapobiegania nawrotom.

4. Efekty

wyniki badań sugerują, że PTSD można skutecznie zapobiegać dzięki wczesnemu zapewnieniu terapii poznawczo-behawioralnej i że przedłużona ekspozycja może być najbardziej istotnym elementem w leczeniu ostrego zaburzenia stresowego.

Źródło: 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.



Dobra praktyka

Dobra Praktyka 10

Interwencja strukturyzacji wspomnienia

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych (Czechy)

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

Słowa kluczowe: PTSD, prewencja, przetwarzanie wspomnień, randomizowane badanie kontrolne

1. Opis wydarzenia

Na podstawie badań terapeutycznych ujawniających pozytywne czynniki prognostyczne oraz wyników badań ujawniających sposób przetwarzania traumy, opracowano interwencję strukturyzującą wspomnienie [*memory structuring intervention (MSI)*] w celu zapobiegania zespołowi stresu pourazowego (PTSD). MSI próbuje przesunąć przetwarzanie traumatycznego wspomnienia z niekontrolowanych procesów somatosensorycznych i afektywnych do bardziej kontrolowanych procesów językowych i poznawczych, zapewniając pacjentom organizację, etykietowanie i przyczynowość.

2. Ogólne warunki grupy i działania

W badaniu wzięło udział siedemnastu pacjentów (8 kobiet, 9 mężczyzn) przyjmowanych kolejno na izbę przyjęć w Be'er Sheeba na południu Izraela. Pacjenci spełniali następujące kryteria włączenia: (1) przeżyli wypadek samochodowy w ciągu ostatnich 24 godzin; (2) Nie mieli uszkodzenia mózgu; (3) zostali wypisani ze szpitala w ciągu 24 godzin po przyjęciu, co wskazuje jedynie na niewielkie obrażenia; oraz (4) mieli tętno ≥ 95 BPM po przyjęciu na ostry dyżur (predyktor PTSD; Shalev i in., 1998).

3. Interwencja: skoncentrowanie na metodzie

Interwencje prowadzono telefonicznie ze względów logistycznych. MSI przeprowadzono w następujący sposób.

1. Przekroje czasowe: Terapeuta podchodzi do osoby, która przeżyła traumę, mając w umyśle aprioryczny zestaw przekrojów czasowych (np. w MVA: godziny przed wypadkiem; pierwsze minuty jazdy; wypadek; przybycie pomocy medycznej; przybycie do szpitala).
2. Wysłuchanie i wyjaśnienie szczegółów pacjenta. Terapeuta aktywnie słucha i zapisuje szczegóły historii pacjenta, jednocześnie wyjaśniając szczegóły rzeczowe, sensoryczne i afektywne (np. Pacjent: „Krzychałem po upadku”; Terapeuta: „Czy w tamtym momencie krzychałeś z powodu bólu?”; Pacjent: „Krzychałem, bo bolały mnie plecy”). Terapeuta odnotowuje szczegóły w odpowiednich przedziałach czasowych, wraz z precyzyjnymi etykietami dla myśli i uczuć, aby poprawić strukturę i przetwarzanie poznawcze reakcji sensorycznych/afektywnych.
3. Strukturyzacja wspomnienia: Terapeuta powtarza narrację traumy w zorganizowany, poetykowiektowany i logiczny sposób, dodając wstępne implikacje dla życia pacjenta (wgląd).
4. Ustrukturyzowany opis pacjenta: Pacjent opisuje traumatyczne wydarzenie w ten sam ustrukturyzowany, poetykowiektowany i logiczny sposób, jak zrobił to terapeuta. W tym momencie pacjenci zwykle dodają dalsze szczegóły, opisując zdarzenie w bardziej obiektywny, „dziennikarski” sposób i wydają się mniej poruszeni.
5. Przeciwic ustrukturyzowany opis: Do następnej sesji pacjent jest proszony o przeciwiczenie opowiadania przyjaciółom lub członkom rodziny ustrukturyzowanej wersji traumatycznego wydarzenia, aby wzmocnić próbę przesunięcia wspomnienia.
6. Próba z terapeutą: Na drugim spotkaniu pacjenci po raz ostatni ćwiczyli ujawnianie traumatycznego wspomnienia w uporządkowany sposób. Na koniec pacjenta pouczono o znaczeniu wsparcia społecznego i zapytano o wsparcie społeczne (predyktor opóźnionego PTSD u ofiar wypadków samochodowych).



Dobra praktyka

4. Efekty

W czasie 3-4-miesięcznej obserwacji (follow-up) 5 z 17 pacjentów (29%) spełniało kryteria DSM-IV dla PTSD przy zastosowaniu wartości odcięcia Foa i wsp. Czterech z nich było kontrolami, a jeden był w stanie MSI. W okresie follow-up pacjenci MSI zgłaszali istotnie rzadziej całkowite objawy PTSD, rzadziej objawy intruzji i rzadziej objawy pobudzenia.

Różnice między warunkami w zakresie całkowitych objawów PTSD pozostały istotne, gdy oddzielnie kontrolowano wcześniejsze leczenie psychologiczne, dysocjację okołotraumatyczną i wczesną intruzję.

Źródło: Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Laudén, 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.





Dobra praktyka

Dobra praktyka 11

Superwizja na szkoleniach z zakresu interwencji psychopedagogicznej i Zapobieganie mobbingowi i cyberprzemocy według metody Adlerowskiej Psychologii Indywidualnej

Partner odpowiedzialny: *Institut Alfred Adler de Paris (Francja)*

Autor: *Christelle Schläpfer*

Słowa kluczowe: *Trening grupowy, Humanitarne sytuacje kryzysowe, Społeczne sytuacje kryzysowe, Ofiara, Mobbing, Cyberbullying, Szkoła Adlerowska, Metoda Ratunkowa*

1. Opis wydarzenia związanego ze szkoleniem w zakresie nadzoru

a) Setting

Superwizja grupowa online (około 10/20 przeszkolonych) jest częścią programu szkoleniowego online przez ZOOM w ciągu 2 organizowana w wymiarze 3 godzin po 2 razy jako superwizja grupowa do omawiania przypadków po pierwszych 2 dniach szwajcarski, oraz możliwość zorganizowania dodatkowych płatnych.

Proszę przejść do Studium Przypadku 2 VET (Seksja IAAP, Christelle Schläpfer)

b) Zaangażowani

Szkolenie przeznaczone jest wyłącznie dla profesjonalistów z dziedziny psychologii i pedagogiki: psychologów, doradców psychospołecznych, doradców rodzinnych, trenerów dzieci i młodzieży, nauczycieli i szkolnych pracowników socjalnych, animatorów rodzicielstwa.

c) Analiza potrzeb szkoleniowych

Uczestnikom szkolenia należy towarzyszyć w analizie Nowej Sytuacji Operacyjnej, ponieważ każda z nich jest bardzo różna w kontekście. Na przykład, jeśli cyberprzemoc wymaga natychmiastowej interwencji Policji, to konieczne będzie dodanie prawniczej. Każdy przypadek jest jednak inny, a każda klasa i szkoła są jak jednostki: mają swoje własne cechy i dynamikę. Z tego powodu jest superwizja, jak w przypadku każdej systemowej interwencji terapeutycznej i/lub psychoedukacyjnej. Dlatego też szkolenie obejmuje 2 razy po 3 godziny superwizji grupowej w celu omówienia przypadków. Uczestnicy szkolenia otrzymują nieograniczony dostęp do platformy kursu online z regularnie aktualizowanymi informacjami i materiałami oraz gotowymi do użycia szablonami.

d) Czas trwania

Superwizje są zawarte w programie szkolenia: 2x 3 godziny superwizji grupowej w celu omówienia przypadków.

e) Kontynuacja

Kilka razy w roku istnieje możliwość uczestnictwa w większej ilości superwizji grupowych.

2. Interwencja i nadzór





Dobra praktyka

a) Kontekst

Po zrozumieniu podstawowych założeń teorii psychologii indywidualnej wspierających proponowaną interwencję, takich jak 1) jak wszystko obraca się wokół przynależności (kluczowa zasada psychologii indywidualnej: Gemeinschaftsgefühl) oraz 2) jak sprawcy reagują w sposób kompensacyjny z poczucia niższości, 3) interwencja holistyczna; uczestnicy poznają różne rodzaje nękania i cyberprzemocy. Ponadto trenerzy wspólnie opracowują sposoby rozpoznawania cyberprzemocy i odróżniania jej od konfliktów. Trenerzy poznają również różne możliwości interwencji i zapobiegania. Między innymi praca metaforyczna, której celem jest uwrażliwienie uczniów, uruchomienie ich empatii i partycypacyjne zaangażowanie w rozwiązanie.

b) Cele

Najważniejszym elementem pracy z klasą jest to, że sprawca nie jest postrzegany jako jedyna odpowiedzialna strona w sytuacji przemocy. Bierni obserwatorzy również ponoszą odpowiedzialność, ponieważ umożliwiają zaistnienie sytuacji. Ponadto, ważne jest, aby kontrolować, kto naprawdę jest ofiarą, ponieważ nierzadko zdarzają się aktywne/agresywne ofiary, które są postrzegane jako uczeń sprawiający problemy lub jako dręczyciel, ale w rzeczywistości są ofiarami w tej sytuacji. Ważne jest, aby podejść do rozwiązania z całą klasą, ponieważ wszyscy uczniowie dzielą odpowiedzialność w sytuacji znęcania się.

Po drugie, nigdy nie interweniujemy bezpośrednio, ale zawsze pośrednio: nie wchodzimy do klasy i nie mówimy, że (cyber)nękanie ma miejsce i że należy z nim skończyć. Szkoły często zabierają ofiarę i dręczyciela z klasy i konfrontują ich, co jest błędem. Ta technika sugeruje metaforyczną pracę z całą klasą, aby uczniowie nie stali się reaktywni. Powstrzymując się od konfrontacji, unikamy sytuacji, w której uczniowie stają się defensywni, a poczucie winy wzrasta - w przeciwnym razie ryzykujemy utratę współpracy w kierunku odpowiedzialności.

Przynosimy więc filmy dostosowane do wieku i problemu i pracujemy z grupami skupiając się na postaciach z filmu. Uczniowie skupiają się na postaciach w filmie, aby aktywować empatię: "Jak czuje się ta postać?"; "Czego oczekuje od innych?". Musimy odejść od idei, że nikt nie jest odpowiedzialny, podczas gdy wszyscy są odpowiedzialni, nawet ci, którzy nic nie robią. Dlatego pracujemy nad koncepcją "Odwagi Cywilnej"

Po pierwszej pracy grupowej, grupy zmieniają się w klasie, aby znaleźć rozwiązanie dla sytuacji pokazanej na filmie. Kwestionariusze nie powinny być wykorzystywane do analizy mobbingu, ale metodą obserwacji i analizy tego, co dzieje się w klasie podczas pracy metaforycznej (grupowej). Nie chodzi tu o rzeczywisty przypadek w klasie, gdyż może to wywołać wstyd i poczucie winy, co może być dużą przeszkodą we wspólnej pracy na rzecz odpowiedzialności.

Przeniesienie do realnej sytuacji odbywa się w ostatniej fazie bardzo ostrożnie i zwraca się uwagę na to, jakie rozwiązania wymyśli klasa, aby sytuacja mobbingu została rozwiązana, a ofiara miała się lepiej. Często wystarczy jedno odważne dziecko, aby poruszyć całą grupę.

Niezbędna jest również bezpośrednia praca z ofiarą w kryzysie w celu uzyskania indywidualnej pomocy psychologicznej organizowanej przez szkołę lub przez pracowników interwencyjnych, którzy obejmują opieką również rodziców dziecka.

Jeśli główny sprawca nie zmienia swojego zachowania po interwencji, konieczne jest indywidualne wsparcie w celu kompensacji poczucia niższości (kontroli lub władzy). W zależności od rodzaju kompensacji szukamy prospołecznej alternatywy (zmniejszającej poczucie niższości) jako substytutu znęcania się nad innymi ludźmi. Jest to często problem, który trafia do superwizji.

Na przykład zajmowaliśmy się przypadkiem 12-letniej dziewczynki, której udało się zmanipulować uczniów dwóch szkół i podburzyć ich na innych uczniów: Na koniec procesu zaproponowano jej, by została "strażnikiem uznania w klasie".

W superwizji uczymy się również, jak naprawdę odróżnić konflikt od mobbingu, ponieważ możemy pogorszyć sytuację, jeśli pomylimy te dwie rzeczy: Interwencje wcale nie są takie same. Główne błędy zdarzają się w czystym wykrywaniu i rozróżnianiu między mobbingiem a konfliktem. Szkoły nie koniecznie są jeszcze gotowe na takie rozróżnienie.



Dobra praktyka

c) Ocena efektów kształcenia:

Dyskusja na temat efektywności superwizji jest możliwa i płynna zarówno z trenerem, jak i z grupą. Na koniec dyskusji superwizowani mają możliwość podkreślenia tego, co było skuteczne, a co pozostaje niejasne w celu zorganizowania kolejnej superwizji.

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





Dobra praktyka

Dobra praktyka 12

Strona internetowa i film edukacyjny Dossier o filmie "Un Monde" Laury Wandel (2021) na Sensibilization and Training in Psycho-Pedagogical Intervention and Prevention Against Bullying & Cyber-Bullying według metody Adlerowskiej Psychologii Indywidualnej

Odpowiedzialny partner: *Institut Alfred Adler de Paris (Francja)*

Autorzy: *Christelle Schläpfer*

Słowa kluczowe: *Szkolenie grupowe, Humanitarne sytuacje kryzysowe o charakterze sanitarnym, Społeczne sytuacje kryzysowe o charakterze humanitarnym, Bullying, Cyberbullying, Adlerowska metoda rozwiązywania sytuacji kryzysowych*

1. Opis dobrej praktyki jako strony internetowej służącej zdobywaniu wiedzy na temat mobbingu i cyberprzemocy

a) Scenariusz

Mimo że o mobbingu mówi się znacznie więcej i lekcje profilaktyki odbywają się w wielu szkołach w sposób wybiórczy, mobbing w ogóle nie zmalał, lecz wzrósł (PISA Assessment 2018). Dodatkowo cyberprzemoc wzrosła w czasie pandemii średnio o prawie 40% na całym świecie, przez co liczba ofiar mobbingu na świecie osiągnęła bardzo wysoki poziom.

b) Zaangażowany

(Cyber)Mobbing jest zjawiskiem grupowym i nie występuje tylko między ofiarą a sprawcą.

Należy wziąć pod uwagę cały system. Zazwyczaj ogranicza się to do klasy (ofiara, dręczyciel, naśladowcy, widzowie). Nierzadko zdarza się, że nauczyciel, rodzice, dyrektor szkoły (choć nieświadomie) sprzyjają bezpośrednio lub pośrednio sytuacji mobbingu. Ponadto zdarza się również, że mobbing występuje w całym systemie.

W przypadku mobbingu mamy do czynienia z sytuacją kryzysową, a czasem z sytuacją zagrożenia. Ta forma przemocy nie jest widoczna, w przeciwieństwie do sytuacji konfliktowych, które wymagają innego rodzaju interwencji. Gdy dochodzi do mobbingu, oznacza to, że dla ofiary i związanego z nią systemu relacji został osiągnięty punkt krytyczny. Dzieci wiedzą bowiem, że to "złe", konsekwentnie znęcają się potajemnie, na korytarzach i na schodach, ale rzadko w klasie pod okiem wszystkich i nauczycieli. Dlatego my tego nie widzimy i musimy to inaczej odczytać. Zazwyczaj rodzice podnoszą alarm.

Z tego powodu posiadanie strony, która pozwala rodzicom i pracownikom szkoły zrozumieć zjawisko i zwrócić się o pomoc jest bardzo ważne.

c) Analiza potrzeb szkoleniowych

Wielu poszkodowanych uczniów nie korzysta z pomocy, ponieważ obawiają się, że sytuacja związana z cyberprzemocą może się pogorszyć (co rzeczywiście może się zdarzyć). Cyberprzemoc różni się znacznie od krótkotrwałych konfliktów i kłótni.





Dobra praktyka

2. Strona internetowa Interwencja Szkolenie i film edukacyjny Dossier

a) Struktura nowej strony internetowej w budowie: www.edufamily.ch

b) Forma techniczna i film "Un MONDE" Laury Wandel, belgijskiej reżyserki (2021, Dragons Films). Film był prezentowany w oficjalnej selekcji na Festiwalu Filmowym w Cannes w 2021 roku w sekcji Un certain regard.

c) Dossier to autoszkolenie lub samokształcenie. Użytkownicy oglądają film i czytają dokumentację krok po kroku. Mogą wykorzystać sugestie zawarte w dossier do dyskusji w grupie.

- Rozmiar dokumentacji: 22 strony
- Treść:
- Tematy dyskusji
- Czego nie robić w przypadku zastraszania: Czego rodzice i szkoły powinni pilnie unikać, jeśli chodzi o zastraszanie
- Konflikt a mobbing: Jakie są różnice
- Co robić w przypadku mobbingu
- Rozwój historii (film)
- Film dzień po dniu

d) Trenerzy: przygotowanie filmu jest skierowane głównie do osób dorosłych i nie jest zalecane do pracy metaforycznej z klasami. Dokumentacja filmowa nadaje się szczególnie do rund dyskusyjnych z pracownikami szkoły i w grupach edukacyjnych dla rodziców, ale także jako informacja dla specjalistów z dziedziny psychospołecznej.

e) Czas trwania

Film trwa 75' minut, a wykład trwa 60' minut

Film jest dostępny jako DVD w języku francuskim i angielskim. Strona internetowa i dokumentacja filmu edukacyjnego będzie dostępna w 4 językach (niemiecki, francuski, angielski, hiszpański) od 2023 roku.

f) Kontynuacja

Osoby śledzące stronę mogą skontaktować się z Christelle Schläpfer w celu przeprowadzenia interwencji i/lub uzyskać dostęp do szkoleń (bezpłatnych i płatnych), które dadzą początek grupom superwizji kilka razy w roku.

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



Dobra praktyka

Dobra praktyka 13

Jednostka telefoniczna pierwszej pomocy w kryzysie pandemicznym jako Adlerowski zestaw narzędzi psychologicznej interwencji kryzysowej i Profilaktyka według Adlerowskiej metody psychologii indywidualnej

Partner odpowiedzialny: *Institut Alfred Adler de Paris (Francja)*

Autorzy: *Alessandra Zambelli, PhD, Psycholog, Psychoterapeuta, Trener, Superwizor, Prezydent IAAP & TEAM oraz Studenci PROMO 1*

Słowa kluczowe: *Interwencja indywidualna; Humanitarne sytuacje kryzysowe o charakterze sanitarnym; Społeczne sytuacje kryzysowe o charakterze humanitarnym; Ofiary, kryzys pandemiczny; Adlerowska metoda sytuacji kryzysowych o charakterze pandemicznym, wsparcie społeczne i sanitarne*

1. Opis wydarzenia

Realizacja teoretycznego i praktycznego modułu szkoleniowego online (z superwizją i współwizualizacją) w kontekście psychologii ratunkowej ogółem.

Szkolenie w formie wideokonferencji na następujące tematy: Nauczanie poprzez 200 slajdów teoretycznych; Inicjacja do Ścieżek Odporności; Inicjacja do pierwszych protokołów wsparcia telefonicznego; Ćwiczenia, odgrywanie ról na podstawie scenariuszy i symulacji; Koncentracja kliniczna na konkretnych przypadkach; Praca w parach i superwizja.

Najważniejsze elementy teoretyczne: Wymóg organizacyjny; cechy kliniczne; Specyfika rozmówców i kontekstów; Priorytety i specyfika opieki udzielanej pierwszej pomocy i personelu medycznego; Charakterystyka COVID-19 i SARS-CoV-

2.

a. Odporna ścieżka w pandemii, a następnie PSYCHOLOGIA INDYWIDUALNA

Instrukcja on-line, krok po kroku, wspomagająca osoby w zaburzeniach emocjonalnych w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie, wykorzystująca metodę integracyjną, aby zapewnić użytkownikom ścieżki możliwość ponownego połączenia się z samym sobą, ciałem i psychiką, aby później ponownie połączyć się ze światem i z innymi. Proszę przeczytać studium przypadku związane z tym tematem.

b. Jednostka pierwszej pomocy na wypadek pandemii

W pierwszym zamknięciu pracowaliśmy tylko w koordynacji z Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (departament 93, sąsiad Paryża). W 2021 roku próbowaliśmy z sieci społecznych, aby dotrzeć do większej liczby osób, ponieważ problemy psychologiczne dotyczyły wielu obszarów i wydawało się, że przemoc jest pierwszym problemem.

Skup się na wszystkich rodzajach ofiar: Wspólnota i jednostka nie dotyczą bezpośrednio kryzysu pandemicznego, ale





Dobra praktyka

również bezpośrednio ofiar, jeśli nie są w stanie pilnym, więc prawie wszystkie rodzaje ofiar, ponieważ jednostka była otwarta również dla ratowników.

To narzędzie medialne, stworzone jako trzecia część programu szkoleniowego dotyczącego kompleksu tryptycznego dla grupy studentów szkolących się na psychoanalitików adlerowskich w IAAP, było zaplanowane jako pogłębienie już trwającego szkolenia psychoanalitycznego, a także pełniło rolę utrzymania spójności klasy studentów i związanej z nią społeczności w tej pandemii, tak nowej i tellurycznej w swoim szkodliwym wymiarze.

Również Ścieżka Prężnościowa została powiązana z tworzeniem komórki wsparcia udostępnionej gabinetowi medycznemu. Studenci sami stworzyli treść i kształt ścieżki sprężystej, kierując się wskazaniemi konstrukcyjnymi i koncepcyjnymi, które stworzyli i przekazali im ich trenerzy. Proszę zapoznać się ze Studium przypadku związanym z tym tematem.

Aby pomóc w kontekście pandemii COVID 19, zespół Instytutu Alfreda Adlera w Paryżu i uczniowie promocji 1 zmobilizowali się, aby zaproponować awaryjną komórkę telefoniczną. Osobie potrzebującej, po udzieleniu odpowiedzi na kwestionariusz online i zarejestrowaniu się, oferowane są 3 bezpłatne półgodzinne sesje w celu zapewnienia wstępnego wsparcia i orientacji w zależności od potrzeb. W poniższym przypadku proponujemy przesłać drogą pacjenta, który skontaktował się z komórką.

2. Warunki ogólne ofiar

Po otrzymaniu danych kontaktowych pacjenta, prośba jest przetwarzana wewnętrznie przez zespół w celu zmobilizowania współpracującego terapeuty dostępnego do interwencji. Po dokonaniu przydziału, współpracujący terapeuta dzwoni do pacjenta na wstępną 15' minutową rozmowę w celu zebrania pierwszych informacji o prośbie.

Tutaj Clara, lat 32, [wszystkie informacje o pacjentach są całkowicie zniekształcone, aby chronić prywatność, tak jak to powinno wyglądać zgodnie z etyką psychoterapeutyczną i medyczną] kontaktuje się z numerem alarmowym udostępnionym przez komórkę wsparcia Covid. Rozmowa ma miejsce podczas pierwszej dekonfinicji, gdy Francja stopniowo wychodzi z długiego okresu izolacji.

Podczas 15 minutowej rozmowy telefonicznej Klara przekazuje wiele informacji o swojej przeszłości, teraźniejszości, objawach, traumach rodziców, a także o swoich różnych kontaktach ze światem zdrowia psychicznego (hospitalizacje, psychiatry, psychologowie itp.). Skontaktowała się z nami z powodu inwazyjnych lęków i zachowań kompulsywnych. Objawy te wiąże z dzieciństwem, a nie tylko sytuacją pandemiczną. Ma stabilny związek i trwa od 6 lat, planują z partnerem dziecko.

Prośba o pomoc jest postrzegana jako masywna przez dokooptowanego terapeutę, który czuje, że pacjent musi być mocno skrępowany. Zamknięcie rozmowy wymagało dużo energii, a terapeuta zastosował walidację empatyczną, aby podziękować pacjentowi za to trudne dzielenie się swoimi trudnościami przez telefon z obcą osobą, aby uprawomocnić prośbę o pomoc i uzgodnić termin następnego spotkania.

Po tej pierwszej wymianie ustalono, że dokooptowany terapeuta przeniesie sytuację na poziom komórki, aby ustalić, który członek IAAP będzie towarzyszył temu pacjentowi, ofierze typu 5, w kontekście pandemii przez 3 bezpłatne 30-minutowe sesje za pomocą wideo.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

a. Trzy bezpłatne półgodzinne sesje

Clara otrzymała 2 rozmowy po 45 minut zamiast 3 sesji po 30 minut ze względu na długość i gęstość wymian oraz trudność terapeuty w prawidłowym zamknięciu w trzydziestu minutach. To odchylenie od ram było już informacją do rozważenia. Klara potrzebowała kontrolować ustawienie, czas i terapeutę. Ten nadmierny mechanizm kompensacyjny, wola mocy, służył Clarze do nieświadomego maskowania jej poczucia niższości i stanu.





Dobra praktyka

W czasie pierwszej wizyty Klara była zamknięta w swoim pokoju od poprzedniego dnia, ponieważ miała pozytywny wynik testu na Covid.

Współpracujący terapeuta najpierw próbował ocenić poziom percepcji inwazji emocjonalnej odczuwanej przez pacjentkę. Następnie użył elementów ścieżki odporności, aby zrozumieć, gdzie pacjentka była na poziomie zasobów, na poziomie ciała... itd..., aby dokonać dokładnej oceny obecnej sytuacji (określić konflikty / poziom świadomości żargonem organów). Pod koniec tej pierwszej wymiany wyszło na jaw wiele traum z dzieciństwa. Kontakt z ciałem podczas proponowanych ćwiczeń był bardzo skomplikowany do wykonania samodzielnie przez pacjenta (koherencja serca i uścisk motyla), a nawet z terapeutą podczas spotkań.

Ze względu na złagodzone środki i możliwość wznowienia konsultacji twarzą w twarz, drugi wywiad został przeprowadzony twarzą w twarz. Dokooptowany terapeuta mógł inaczej odbierać pacjentkę i czuł się bardzo niepewnie. Tak więc, w odniesieniu do różnych doświadczeń przemocy fizycznej i psychicznej oraz traumatycznych przeżyć opowiedzianych przez Klarę, widzimy, że uczucie niepewności rozprzestrzenia się w jej umyśle i rezonuje z uczuciem dokooptowanego terapeuty podczas wsparcia. Rzeczywiście, Clara w trakcie wywiadu mówiła w sposób kryptyczny i używała pola leksykalnego związanego z ogniem, wybuchami. Uczucie to nasiliło się, gdy pacjentka, chcąc pokazać terapeutce zdjęcia i rysunek, wyjęła z torebki, ukrytą do tej pory, realizację. Zaakcentowany został lęk przed działaniem. W obliczu niepokoju wywołanego poczuciem niższości i braku przynależności, Klara, aby znaleźć bardziej komfortową postawę i kontrolę, uruchamia mechanizm odgrywania roli.

Potrzeba znalezienia wsparcia poza sesjami była w tej sytuacji postrzegana jako kluczowa. Terapeuta zwrócił się wówczas do komórki o superwizję wewnętrzną.

b. Nadzór pierwszego stopnia

Zaplanowana jest godzinna rozmowa z wewnętrznym superwizorem. W tym kontekście opieki należy zwrócić uwagę, że 3 bohaterów (pacjent, terapeuta, superwizor) to ofiary typu 4, będące wszystkimi ofiarami tej samej społeczności tj. ludzkości, przy czym pandemia ma charakter globalny. Identyfikacja typu ofiar zaangażowanych w sytuację kryzysową sprawia, że wiadomo, nad jakimi obszarami należy pracować, szczególnie w odniesieniu do wspólnoty (aby uaktywnić poczucie przynależności) i wartości w niej tkwiących, a także wiadomo, po jakie zasoby sięgnąć, aby przywrócić ofiarom klucze i autonomię. W fazie psychodiagnostycznej pacjentka zostaje również zauważona jako ofiara typu 5. Pierwszym wyzwaniem jest zatem



zapewnienie i utrzymanie przestrzeni myślenia w obliczu kontekstu. Zarówno superwizor, jak i współpracujący terapeuta muszą zatem zapewnić sobie wystarczające poczucie bezpieczeństwa, aby móc przejąć odpowiedzialność za drugiego. Ponadto, szczególną uwagę zwraca się na ustanowienie właściwego sojuszu między terapeutą a superwizorem, ponieważ obaj są członkami tej samej sieci zawodowej.

Przestrzeń myślenia bez osądzania (Adlerowska technika zachęcania do zabezpieczenia drugiego poprzez nieneutralną postawę w relacyjnej autentyczności + koncepcja edukacji mającej na celu przejęcie odpowiedzialności za własne potrzeby prowadzące do autonomii) w postawie odpowiedniego dystansu emocjonalnego, ramy superwizji działają jako przestrzeń przejściowa, w którą wkradł się lęk. Pierwszą osią będzie przyjęcie emocji, uczuć i myśli dokooptowanego terapeuty. Wsparcie w obliczu tej niepokojącej sytuacji przechodzi następnie przez analizę przeniesienia przeciw przeniesieniu, aby zrozumieć dynamiczną stawkę relacji terapeutycznej.

Następnie postawiono pracę nad opracowaniem diagnozy, aby zweryfikować rzeczywiste lub zmyślone poczucie pilności odczuwane przez współpracującego terapeutę i stwierdzone podczas superwizji. W kontekście diagnozy konieczne było zwrócenie uwagi na czynniki obciążające, takie jak rocznice rodzinne (śmierć, Dzień Matki...), które mogłyby reaktywować pacjentkę i zepchnąć ją na niższą niż zwykle jakość funkcjonowania.

Przeplata się zatem kilka poziomów kryzysów, o których należy pamiętać w tej sytuacji (kowadło pacjenta/ data rocznicy/ reaktywacja traumy/ kryzys zdrowotny...)

c. Nadzór drugiego stopnia jako druga myśl

Pod koniec pierwszej superwizji wydawało się konieczne przeniesienie tego złożonego przypadku na wyższy poziom, aby z perspektywy bardziej doświadczonego superwizora dopracować kroki, które należy podjąć w stosunku do Klary oraz zabezpieczyć terapeutę do towarzyszenia. Superwizja pozwala na uzyskanie i odczucie poczucia przynależności i sieci terapeuty i pierwszego superwizora. Tak więc, rozumiejąc, dlaczego "stan niższości" jest odczuwany przez współpracującego terapeutę, superwizor może pomóc w ponownym rozbudzeniu kreatywności, zapewniając poczucie bezpieczeństwa poprzez swoje towarzyszenie w pozycji meta. Kwestia diagnozy, która pozostała na etapie dyferencjacji, będąc centralną, została dopracowana, a osie towarzyszenia wzmocnione.

d. W stronę psychoterapii

W następstwie zaproponowanej przez komórkę wolontariatu i 2 rozmów superwizyjnych ustalono z pacjentem plan wsparcia i skierowano go do tego samego terapeuty, ale w ramach obserwacji liberalnej, aby kontynuować rozpoczętą pracę. Omówiono również propozycje wsparcia dla innych pracowników służby zdrowia.

4. Efekty

Ocena efektów kształcenia na studentach oraz efektu na użytkownikach została przeprowadzona w sposób empiryczny i bezpośredni poprzez rozmowy zarówno ze studentami, jak i z pacjentami, którzy zwrócili się do Komórki Wsparcia.

Efekty były pozytywne: 1) dla studentów było to praktyczne ćwiczenie konkretyzacji pojęć, które do tej pory pozostawały abstrakcyjne (będąc na końcu ostatniego roku studiów i na początku praktyk i ostatniego roku), co dało duże wsparcie dla ich satysfakcjonującej pracy teoretycznej. 2) Pacjenci, którzy zgłaszali się do Komórki Wsparcia byli już skierowani na Ścieżkę Odporności w oczekiwaniu na wizytę. Wszyscy czuli znaczenie ścieżki dla możliwości ponownego połączenia się z samym sobą i podjęcia próby stabilizacji w sobie i ciele. Dla niektórych zrozumienie i realizacja nie były natychmiastowe. Wsparcie Komórki Wsparcia w postaci 3 darmowych sesji było w stanie lepiej towarzyszyć tym, którzy ich potrzebowali.

5. Globalna interdyscyplinarność

Metoda adlerowska*** spleta integrację trzech wymiarów osobowości zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym





Dobra praktyka

Jeśli kompulsje Klary, w odpowiedzi na lęk, są sposobem, w jaki wewnętrzny konflikt szuka rozwiązania i jest najbardziej widoczny, ważne jest, aby dokooptowany terapeuta adlerowski uwzględnił trzy wymiary paradygmatu adlerowskiego: bio-psycho-społeczny dla holistycznego podejścia do pacjenta. Rzeczywiście, w tym momencie życia projekt dziecko reaktywuje w Klarze nie tylko poznawcze, ale także emocjonalne i somatyczne wspomnienia, których należy wysłuchać z empatią.

Wczesne i bieżące doświadczenia życiowe odgrywają zasadniczą rolę w konstruowaniu tego, co Adler nazwie Stylem Życia jednostki*. Stosunek do siebie, do świata, mechanizmy ochronne, osobowość i ewentualne towarzyszące jej zaburzenia, poziom funkcjonowania psychicznego, a także objawy zgłaszane wg DSM-5 kształtują jednostkę, która reaguje na dziedzictwo genetyczne, środowisko rodzinne i społeczne. Dlatego też współpracujący terapeuta adlerowski będzie wykorzystywał te elementy do stawiania swojej diagnozy psychologicznej. W reakcji na to poczucie niższości, które było akcentowane poprzez upokorzenia i złe traktowanie, Clara rozwinęła strategię nadmiernej kompensacji, aby odzyskać poczucie siły i wewnętrznej równowagi. Współpracujący terapeuta adlerowski będzie zatem wrażliwy na stan poczucia przynależności Clary (Gemeinschaftsgefühl), które zostało szczególnie zniszczone w rodzinie, ale także w odniesieniu do społeczeństwa, które jest postrzegane jako niebezpieczne w świetle hospitalizacji, która jest postrzegana jako przymusowa. Podczas gdy dla niektórych jest to potencjalne źródło utrzymania, więź społeczna jest tutaj doświadczana jako bolesna, wywołująca lęk lub nawet zagrażająca.

Żargonem organowym** terapeuta adlerowski podkreśla fundamentalne znaczenie zrozumienia holistycznego związku z ciałem, w tym reakcji somatycznych. Niemożność usłyszenia, co mówi ciało, informuje terapeutę adlerowskiego o osobowości i patologii Clary. Clara pracuje na wysokim poziomie naukowym i poświęca wiele swojego osobistego czasu na działania twórcze/artystyczne. Tak więc, pomimo złożonej historii życia, była w stanie użyć swojej kreatywności jako zasobu i strategii do osiągnięcia równowagi. Współpracujący terapeuta adlerowski będzie zaangażowany w rozpoznanie zasobów pacjentki i zachęcanie jej poczucia kreatywności, aby pomóc jej w sposób bardziej efektywny i użyteczny dla niej i społeczności. Empatyczna walidacja w narzędziu sprzyja tworzeniu sojuszu terapeutycznego pozwalającego na stworzenie przestrzeni do doświadczania więzi przywiązania i mechanizmów ochronnych w nowym świetle, a także do innego odczuwania i nowego spojrzenia na jej historię.

Kompensacja Clary jest zakorzeniona w tym, co Adler nazwałby reakcją męskiego protestu wobec woli władzy przywracającej władzę. Tak więc, w konstrukcji Clara, niższości, zagrożeń i upokorzeń, doprowadził ją do opracowania i śledzenia tendencyjnego fikcji, zgodnie z którym do podjęcia władzy przejdzie przez zniszczenie innych. Współpracujący tutaj terapeuta zastosował technikę wsparcia poznawczego i emocjonalnego poprzez poradnictwo i pochwały, ale również poświęcił czas na stworzenie bezpiecznej przestrzeni do superwizji.

Źródła:

*Bernard H. Shulman, Harold H. Mosak, Podręcznik oceny stylu życia, Brunner Routledge - Taylor 1 Francis Group Wydanie, 1990 r.

** 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, Ogólne aspekty procesu analitycznego, SAIGA Edizioni, Individual Psychology Dossier 2 (dwujęzyczne włosko-angielskie)





Dobra praktyka

Dobra praktyka 14

Interwencja kryzysowa i zapobieganie samobójstwom

Partner odpowiedzialny: *Institut Alfred Adler de Paris (Francja)*

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

Słowa kluczowe: *Interwencja indywidualna, Humanitarne sytuacje kryzysowe o charakterze sanitarnym, Społeczne sytuacje kryzysowe o charakterze humanitarnym, 2°, 5°, 6° typy ofiar, ryzyko samobójstwa, metoda adlerowska, pomoc socjalna i sanitarna*

1. Opis wydarzenia

54-letni, prowadzący własną działalność gospodarczą pan F. musiał niespodziewanie złożyć wnioski o ogłoszenie upadłości. Rok temu stracił żonę, a następnie ponownie się ożenił.

2. Warunki ogólne ofiar

Pan F. opowiada swoją historię: "Na pięć tygodni przed moim bankructwem miałem wrażenie, że sam jestem śmiertelnie chory. Cały mój organizm był w wielkim zamęcie. Fizycznie przeszły mnie dreszcze, a moja nieuleczalność była dla mnie oczywista. Psychicznie czułem beznadzieję, ucieczka do psychiatrii wydawała się realnym wyjściem. Dożywotnie przyjęcie do zakładu zamkniętego było teraz celem życiowym, do którego warto było dążyć. Przebiegało to potajemnie, po cichu. Nikt o tym nie wiedział i nikt nie miał się o tym dowiedzieć. Przygotowałem się do wszystkiego psychicznie, miejsce, czas, metodę itd. Opracowałem prawdziwą strategię samobójczą. Od aktu dzieliło mnie tylko kilka dni, jeśli nie tylko godziny. Tymczasem żona pisała do mnie codziennie długie na strony listy miłosne, które czytałem, jednak nie podejmowałem nad nimi żadnej refleksji. Nikt nie wiedział o moich zamiarach, nawet ona. Ale nikt inny mi nie pomógł, pewnie też dlatego, że nie potrafiłem tego wypowiedzieć.

Mogłem jedynie wypowiedzieć się przed przyjaznym, ale profesjonalnym autorytetem. Pojawił się on na mojej drodze w postaci emerytowanego profesora dr B. Rekomendacja dla jego dobrego przyjaciela była kwestią sekund, moja decyzja o spełnieniu jego gorącej ojcowskiej prośby była stanowcza.

Chciałem odkryć przed nim wszystkie karty. Poradziłabym sobie z jego psychologicznymi sztuczkami, nie potrzebowałem psychologa, sam byłem psychologiem, potrzebowałem prawdziwej pomocy... Gdy dałem mu jasno do zrozumienia, że nie może mi pomóc, powiedział: "Nie mogę, ale mam coś, co może ci pomóc. 10 minut stąd jest ośrodek interwencji kryzysowej, zadzwonię do nich w międzyczasie". I wtedy zostałem tam, bez umówionej wizyty i bez rejestracji jako tzw. ostry przypadek z wysokim ryzykiem samobójstwa.

3. Interwencja: koncentracja na

metodzie Terapeuta opowiada swoją perspektywę:

Kiedy pan F. przybył na miejsce, był tak niespokojny, że podczas wstępnego wywiadu chodził w górę i w dół przez ponad godzinę. Bardzo szybko okazało się, że miał poważne braki w zakresie poczucia niedostatku i winy w związku z bankructwem oraz silne poczucie winy wobec zmarłej żony. Blokowały go one emocjonalnie.

Możliwe było przepracowanie tych braków i mógł on otwarcie dzielić się bólem, dlatego jednocześnie uznałem jego poczucie odpowiedzialności i winy oraz agresję wobec samego siebie.

Takie były wyniki pierwszych sesji, ale na trzecie spotkanie nie przyszedł. Czułem stratę i tak jakby, coś się



Dobra praktyka

stało. Nie czułem się dobrze nie wiedząc co się z nim stało. Czułem, że jego myśli samobójcze nadal stanowią ryzyko. Myśl o niebezpieczeństwie prześladowała mnie.

Wtedy skontaktowaliśmy się z nim, co oczywiście wzmocniło jego pewność siebie do tego stopnia, że przyszedł przed kolejnym umówionym spotkaniem. Oscylował pomiędzy poczuciem winy a brakiem odpowiedzialności. Po około 10 interwencjach, interwencjach w okresie trzech tygodni, był znacznie bardziej zorganizowany i opracował plany na przyszłość. Był w stanie otrzymać wsparcie od innych osób, dostał konkretną ofertę pracy, a upadłość można było zamienić na ugodę przymusową.

Ponowny kontakt po około dwumiesięcznej przerwie pokazuje, że radzi sobie dobrze, interwencja kryzysowa zostaje zakończona. W trakcie kolejnego kontaktu po trzech latach pan F. okazuje się być stabilny: ponownie został ojcem i dobrze sobie radzi zarówno zawodowo, jak i prywatnie.

4. Efekty

Pan F. w krótkim czasie doświadczył dwóch strat. Jego żona i bezpieczeństwo finansowe. Zgodnie z ICD-11 możemy zdiagnozować u niego zaburzenia adaptacyjne (kod: 6B43). Z tej winiety dowiadujemy się o czterech ważnych elementach Interwencji Kryzysowej:

1. Najpierw szybkie skierowanie do specjalisty przeszkolonego w zakresie interwencji kryzysowej,
2. Po drugie, wyjaśnienie i skupienie się na bólu emocjonalnym wywołanym przez dane zdarzenia,
3. Znaczenie przeciwprzeniesienia jako komunikacyjnego aspektu relacji,
4. Aktywna wizyta telefoniczna w celu podtrzymania zerwanej relacji.

5. Globalna interdyscyplinarność

Oprócz tych ogólnych zasad interwencji w kryzysie można dodać do tego stanowiska specyficzną perspektywę adlerowską*. Beznadziejność i postrzegana choroba psychiczna pana F może być rozumiana jako poczucie niższości. Zagubienie i niemożność konstruktywnego rozwiązania problemu początkowo, pozwoliły mu mimo wszystko skompensować poczucie niższości. Siła frustracji i późniejszej agresji wchodzi w grę, gdy rozwija się samobójstwo; choć jest to destrukcyjny sposób kompensacji, należy uznać, że samobójstwo jest próbą przezwyciężenia beznadziei; jako sposób na zdobycie kontroli i władzy nad swoim życiem (i śmiercią), wszechmocne wyciągnięcie ręki, by przywrócić poczucie sprawstwa.

W tym sensie suicydalność należy rozumieć jako ludzką, zrozumiałą reakcję, którą można dzielić z innymi. Chociaż suicydalność w swoim powierzchownym celu jest skierowana przeciwko współpracy i przeciwko interesowi społecznemu (widzianemu w wycofaniu się), ma ona również charakter apelacyjny, który jest kluczowy dla mobilizowania pomocy innych. Z tego powodu nie należy pomijać ani bagatelizować apelacyjnego charakteru samobójstwa u osób samobójczych. Choć w spotkaniach terapeutycznych bywa postrzegana z jednej strony jako manipulacyjna, to z innej strony jest istotnym zasobem pozwalającym na dotarcie i zaangażowanie w pomoc innym.

Samobójstwo jest również zjawiskiem przejściowym i falującym, które może ulec złagodzeniu podczas jednej sesji, ale nasilić się podczas innej; jego bardziej ogólne odzwierciedlenie w postaci szukania pomocy lub odrzucania jej, może przejawiać się w nagłej nieobecności pacjenta na zaplanowanej sesji. Co ważne, kontrtransferowa reakcja pomagającego (coś mogło się stać) opisuje ciągłość relacji nawet w przypadku nieobecności. Nieobecny pacjent wywołuje lęk u pomagającego. Dzięki przełączeniu perspektyw możemy zrozumieć tę naszą własną reakcję jako to, czego doświadcza pacjent i możemy empatycznie zrozumieć, co to znaczy: "Jestem niespokojny, potrzebuję twojego potwierdzenia, że wszystko jest w porządku!". Pozwala to na egzemplifikację jednej z postaw adlerowskich: postawy zachęcania. Szczególnie w kryzysach, gdy wewnętrzny świat pacjentów uległ załamaniu, pomagający przeżywa w swojej empatycznej beznadziei wewnętrzne uczucia pacjenta. Natychmiastowa pomoc oznacza bycie wspierającym, zachęcanie pacjentów do ruchu w kierunku pojednania, podtrzymywanie i reprezentowanie nadziei dla tego, kto ją stracił**.



Dobra praktyka

Źródła:

*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 (s.115-123).





Dobra praktyka

Dobra praktyka 15

Prywatna pomoc medyczna łagodzenie Poczucia Winy według Metody Adlerowskiej Psychologii Indywidualnej

Partner odpowiedzialny: Institut Alfred Adler de Paris (Francja)

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

Słowa kluczowe: Interwencja indywidualna; Humanitarne sytuacje kryzysowe o charakterze sanitarnym; Społeczne sytuacje kryzysowe o charakterze humanitarnym;

Typ ofiary 4°, 5°, 6°, Atak terrorystyczny; Metoda Adlerian Emergencies, Winny ofiary, Wsparcie Socjalno-sanitarne

1. Opis wydarzenia

Zamachy w Paryżu w piątek 13 listopada 2015 roku były serią skoordynowanych ataków terrorystycznych na północnym przedmieściu miasta, Saint-Denis. Począwszy od godziny 21:15, trzech zamachowców samobójców uderzyło poza Stade de France w Saint-Denis, podczas międzynarodowego meczu piłkarskiego, po tym jak nie udało się uzyskać wejścia na stadion. Inna grupa napastników ostrzelała następnie zatłoczone kawiarnie i restauracje w Paryżu. Jeden z nich zdetonował ładunek wybuchowy, zabijając się przy tym. Trzecia grupa dokonała kolejnej masowej strzelaniny i wzięła zakładników na koncercie Eagles of Death Metal, w którym uczestniczyło 1500 osób w teatrze Bataclan, co doprowadziło do starcia z policją. Napastnicy zostali zastrzeleni lub wysadzili się w powietrze podczas nalotu policji na teatr. Sprawcy zabili 130 osób, w tym 90 w teatrze Bataclan. Kolejne 416 osób zostało rannych, prawie 100 krytycznie. Zginęło też siedmiu napastników. Ataki były najbardziej śmiertelnościami we Francji od czasów II wojny światowej i najbardziej śmiertelnościami w Unii Europejskiej od zamachów bombowych na pociągi w Madrycie w 2004 roku. Francja była w stanie podwyższonej gotowości od czasu ataków na biura Charlie Hebdo i żydowski supermarket w Paryżu w styczniu 2015 roku, w których zginęło 17 osób. Skup się na wszystkich rodzajach ofiar, ale szczególnie typu 5° i 6°. Opisuję tutaj szczególną potrzebę, którą dwóch pacjentów wyraziło swoim lekarzom ogólnym w poszukiwaniu wsparcia, pojawiając się miesiąc po ataku w Bataclan. Obaj nie byli w stanie zwrócić się do służb ratowniczych udostępnionych bezpłatnie ofiarom i ich rodzinom. Ból związany z atakiem terrorystycznym, połączony również z utratą kolegi, sprawił, że czuli się winni, gdyby skorzystali z bezpłatnej pomocy. Tego typu odczucia często nie są brane pod uwagę w opiece nad ofiarami w sytuacjach kryzysowych.

2. Warunki ogólne ofiar

Pierwszy pacjent, starszy, ale jeszcze nie emerytowany mężczyzna o stabilnej sytuacji rodzinnej, stracił stażystkę, która pracowała w firmie syna, prezentuje zdrową strukturę osobowości z wcześniejszą traumą związaną z udziałem jako żołnierz w brutalnej wojnie 35 lat wcześniej.

Ma wszystkie objawy PTSD i jest pod wrażeniem, że treść koszmarów i inwazyjne myśli nie są związane z atakiem terrorystycznym w Bataclan, ale ze wspomnieniami z wojny.

Druga pacjentka, młoda kobieta około czterdziestki, w stabilnym związku, kierownik w służbie technicznej, straciła w zamachu w Bataclan bezpośredniego kolegę, w tym samym czasie umiera jej wierny pies. Przyjeżdża z wszystkimi objawami PTSD (szczególnie zawroty głowy i bezsensowność) plus duże objawy dysocjacyjne, halucynacje i "psychotyczne" koszmary. Diagnoza różnicowa opiera się na analizie danych z dzieciństwa i



Dobra praktyka

rodziny wskazujących na problem psychotyczny u matki (z próbami samobójczymi, z których ostatnia zakończyła się sukcesem dziesięć lat wcześniej) oraz objawy dysocjacyjne. Rozważaliśmy więc możliwość Zespołu PTSD i/lub Krótkiego Zaburzenia Psychotycznego w BPD (Borderline Personality Disorder).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

a) Pierwszy pacjent (typ 6°)

Postępujące zrozumienie jego stylu życia zbudowanego na mechanizmach kompensacji i kontroli związanych z lękiem przed śmiercią doświadczonym 35 lat wcześniej na wojnie będąc jedynym ocalałym ze swojej drużyny, pozwoliło pacjentowi nabyć lepszy dystans do pewnych kompulsywnych zachowań ratunkowych.

b) Drugi pacjent (typ 5°)

Możliwość uzyskania przez pacjentkę relacji zaufania i sojuszu roboczego z terapeutą pozwoliła jej po raz pierwszy zakomunikować doświadczenia halucynacyjne i przerażające koszmary sennie, co dodało jej otuchy. Widoczne nasilenie objawów skłoniło do skonstruowania długotrwałej terapii, jednak opanowanie halucynacji zarówno poprzez ćwiczenia radzenia sobie z dysocjacją, jak i terapię farmakologiczną (pacjentka była przeciwna stosowaniu leków, a wizyta u lekarza wywoływała u niej panikę) pozwoliło pacjentce na prawie miesięczną nieobecność w pracy (choć nie chciała jej przerwać, mimo silnych objawów dysocjacyjnych). Zrozumienie i integracja objawów jako prężnej części stylu życia pacjentki pozwoliło jej przyjąć je, zamiast traktować jako "natrętnych wrogów" i nauczyć się je rozumieć i zarządzać nimi, doskonalić i ewoluować.

4. Efekty

Efekty były pozytywne: 1) dla pierwszego pacjenta z traumami związanymi z dawną wojną, 6 sesji terapeutycznych wystarczyło, aby uwolnić się od objawów PTSD. Pacjent był w stanie rozwinąć głębsze zrozumienie swojego Stylu Życia i zaakceptować, że jest więcej pracy do wykonania, poza negatywną pilnością objawów. 2) W przypadku drugiego pacjenta z wcześniejszymi traumami związanymi z postaciami przywiązania (PTSD Complex), objawy mogły się cofnąć dzięki integracji terapii farmakologicznej zarządzanej z psychiatrą, z którym mogła się skontaktować (pod kierunkiem psychoterapeuty) oraz dzięki technikom psychologicznym integrującym te części (wśród nich EMDR) związanym z holistyczną terapią adlerowską, która pracowała na 3 wymiarach biopsychospołecznych*.

5. Globalna interdyscyplinarność

Metoda adlerowska łączy trzy holistyczne wymiary osobowości zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym**. Znaczenie przypisywane ciału i dialektowi narządów pozwala terapeutce towarzyszyć pacjentowi w łączeniu się z doznaniem cielesnym i uczyć się stopniowo coraz lepszej stabilizacji ciała. Dopiero stopniowo pacjent jest prowadzony do rozważenia swoich psychicznych mechanizmów obronnych. Nadmierne mechanizmy kompensacyjne prowadzą do "woli mocy", służąc pacjentom do maskowania ich poczucia niższości prowadzą nieświadomie do rzeczywistego kryzysu traumy. Analiza stylu życia pacjenta pozwala mu obserwować jego mechanizmy i odczuwać ich skuteczność i efektywność zgodnie z ich wewnętrzną logiką***. Ale to także uwypukla niedostosowanie i przeciążenie, w złej równowadze między wewnętrznymi zasobami a zewnętrznymi rozwiązaniami. Adlerowski terapeuta będzie więc wrażliwy na stan poczucia przynależności pacjenta (Gemeinschaftsgefühl)***, które jest prawdziwym sterownikiem nieuregulowanych fikcji (przekonań) w stylu życia, ale które może być pierwszym uszkodzonym elementem w sytuacjach traumatycznych, zwłaszcza chronicznych.

Źródła:

*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





Dobra praktyka

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





Dobra praktyka

Dobra praktyka 16

Posttraumatyczna wiktymologia i terapia analityki grupowej: Intersubiektywność, Świadectwo empatyczne i inność

Odpowiedzialny partner: *Instytut Analizy Grupowej Ateny (Grecja)*

Autor: *Berman, A.*

Słowa kluczowe: *analiza grupowa, ofiara, post-trauma, empatia, świadectwo, poczucie inności*

1. Opis wydarzenia

W artykule tym Berman opisuje winietę grupy analitycznej w celu wyjaśnienia, w jaki sposób agresja posttraumatyczna może zostać wyparta z rzeczywistego agresora z przeszłości na członków grupy/osoby zamknięte w teraźniejszości. Autorka odnosi się do "'posttraumatycznej ofiarności' jako do stanu własnego w sensie koncepcji wielu jaźni... Z wnętrza pewnego stanu własnego osobiste doświadczenie ma charakter autentyczny (doświadczenie 'to ja'), podczas gdy wszelkie oznaki jakiegokolwiek innego stanu własnego są doświadczane jako 'nie ja'" (s. 245). Kiedy dysocjacja jest głównym mechanizmem obronnym, odczuwalne stany mogą być od siebie oddzielone. Posttraumatyczny status ofiary może być rozpoznany w 4 wzorcach zachowań ofiary, w grupie, które są powtarzającymi się ekspresjami interpersonalnymi:

1. domaganie się uznania za ofiarę
2. wypieranie agresji ofiary
3. przekształcanie osobistego cierpienia w dominację, kontrolę i żądanie odszkodowania
4. zawieszenie troski i empatii wobec innych

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

Opisywana grupa analityczna składa się z 8 członków, kobiet i mężczyzn, w wieku 30-50 lat. Ewa jest członkiem grupy od dłuższego czasu. Rozwiodła się niedawno po wielu latach kłótni i frustracji w związku z mężem. Pracuje w szkole średniej; koleżanki podziwiają jej efektywność i umiejętność tworzenia dobrej atmosfery wokół siebie. W dzieciństwie, po rozwodzie rodziców, jej matka wyszła za innego mężczyznę, który znęcał się nad nią, głównie psychicznie. Nigdy nie skarżyła się i nie mówiła o swoich doświadczeniach z dzieciństwa, aż do momentu, gdy stała się członkiem grupy. Członkowie grupy terapeutycznej docenili jej humor, uważną i wrażliwą relację z innymi oraz umiejętność radzenia sobie z trudnościami. W chwilach stresu stawiała się bezbronna, potrzebująca i domagająca się więcej uwagi od grupy i każdego z jej członków, oczekiwała, że wszyscy będą się z nią identyfikować. Oczekiwała, że pozostali członkowie staną się empatycznymi świadkami jej cierpienia. Każdy przejaw inności ze strony któregośkolwiek z członków był przez nią odczuwany jako nadużycie i porzucenie, a jej reakcją była złość i obraza. Jeśli ktoś wspominał o tym, ile czasu poświęciła sobie podczas sesji, czuła się zraniona. Pozostali członkowie stali się ostrożni i bojaźliwi w rozmowach z nią.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

W jednej z sesji mówi, że jej relacja z najlepszą przyjaciółką jest toksyczna. Były w pubie, gdy do ich rozmowy włączył się młody mężczyzna. Ewa miała wrażenie, że młody człowiek jest nią zainteresowany, jej przyjaciółka nie wycofała się, a ona poczuła się bardzo zraniona i zignorowana. Cała trójka wyszła z pubu do samochodu przyjaciółki Ewy. Nieoczekiwanie jej przyjaciółka odwiozła Ewę do domu i kontynuowała spotkanie z młodym mężczyzną. Ewa poczuła się upokorzona i porzucona. Członkowie grupy reagują pocieszeniem, szczerym





Dobra praktyka

smutkiem. Jedna z kobiet tak głęboko z nią rezonowała, do tego stopnia, że nie mogła przestać płakać i opowiadała o podobnym doświadczeniu. Dwóch mężczyzn z grupy potępia zachowanie przyjaciółki Ewy. Rachel, jedna z najmłodszych w grupie, powiedziała, że rozumie jej ból "ale świat randek to świat rywalizacji. Twoja przyjaciółka też go chciała. To była również szansa dla niej. Dlaczego miałyby ustąpić ci miejsca? ..." (p.252). Eve poczuła się obrażona przez Rachel, przyrównała ją do swojej przyjaciółki, Rachel poczuła się zraniona, zniknęło wzajemne wsparcie, które zwykle sobie dawały. Rachel stała się cicha, płakała i wydawała się zupełnie sama. Dwie członkinie próbowały uspokoić Ewę, rozmawiając z nią czule i dyskretnie, próbując przywrócić rozmowę między Ewą i Rachel. Inna kobieta, utożsamiając się z bólem Rachel, opisała zachowanie Ewy jako agresywne i karzące. Kiedy inna kobieta porównała wymianę zdań w grupie do walki płci, mówiąc: "Walczy tu z powodu zachowania mężczyzn. Oni się do nas zalecają, mimo to są egocentryczni i agresywni, a my płacimy za to cenę" (s. 253), wtedy inny mężczyzna powiedział "Mnie też zabolalo odrzucenie przez kobiety. Nie podoba mi się to, że rywalizujemy o to, kto był bardziej zraniony. Tu, w grupie, też słyszałem trudne informacje zwrotne i mimo wszystko wciąż ich słuchałem. Ja też cię słuchałem, Ewo". Ewa odpowiedziała mu z nienawiścią: 'Zamiast mnie wspierać, krytykujesz mnie za to, że wyrażam swoje cierpienie' (s. 253). Po tej ciężkiej wymianie grupa zwróciła się o pomoc do terapeuty. Interwencja dotyczyła jego odczuć jako empatycznego świadka, jego identyfikacji z każdym członkiem w różnych momentach. Grupa kontynuuje rozmowę o potrzebie niektórych członków, aby wyrazić swoje uczucia otwarcie i pokazać kim są, uznając "współistnienie różnych emocji i punktów widzenia" (s.253).

Co się wydarzyło na tej sesji? Ewa odtworzyła w grupie autostan ofiary, naprawdę czuła się opuszczona i upokorzona, podobnie jak za czasów dzieciństwa. W grupie odważyła się wyzalić, wyrazić swoje uczucia, że jest źle traktowana i obwinia osoby, które jej zdaniem ją obraziły. W czasie rekonstrukcji, w ramach jej samostanu ofiary, jej cierpienie zostało przekształcone w obezwładniającą i wypartą agresję wobec Rachel, członka grupy najbardziej jej bliskiego, tego, który zwykle ją wspiera. Co więcej, w tej sesji Ewa nie odwzajemniła empatycznego świadectwa i troski, które otrzymała. W ramach rezonansu w grupie (rezonans jest czynnikiem terapeutycznym w analizie grupowej), grupa jako całość przechodzi do stanu ofiary (sprawcy i ofiary w grupie). W obrębie grupy, wyrażanie niesprawiedliwości i bezbronności daje przestrzeń dla zbiorowej tożsamości i podstawę dla nieświadomej konkurencji między członkami. Agresja wiktymologiczna wydawała się być przenoszona: członkowie oczekiwali, że będą świadkami i wsparciem. Emocjonalna zdolność grupy do powstrzymywania inności zmniejszyła się. 'Termin 'inność' odnosi się do obecności jakiegokolwiek osoby jako odrębnej, innej istoty ludzkiej' (s.250).

4. Efekty

Kontekst terapeutyczny, który uznaje cierpienie osoby, zawiera elementy empatii, kompensacji i afirmacji, umożliwia procesy naprawcze. Grupa terapeutyczna oferuje środowisko lecznicze, które generuje uznanie, opanowanie i współczucie dla osoby, która doznała traumy. Kontekst grupowy jest bezpieczną przestrzenią, w której osoba czuje przynależność, zrozumienie i ochronę. Członkowie grupy stają się empatycznymi świadkami traumatycznego doświadczenia, które ktoś dotychczas przeżywał w samotności. W grupie analitycznej zdysocjowane stany własne mogą być rozpoznawane, pamiętane i wskazywane przez innych uczestników (s. 247). W tym wspierającym i bezpiecznym kontekście ofiara może ponownie doświadczyć dysocjacji pourazowej i zaprzeczanych uczuć upokorzenia, wstydu i gniewu. Pracując nad tymi uczuciami, osoba poszkodowana czuje się ponownie wzmocniona, siły ego mogą zostać częściowo przywrócone, a wewnętrzne zasoby reaktywowane.

Źródło: Berman, A. (2014). Post-Traumatic Victimhood and Group Analytic Therapy: Intersubiektywność, Empathic Witnessing i Inność. *Group Analysis*, 47(3): 242-256.





Dobra praktyka

Dobra praktyka 17

Uczenie się od nieznajomych : Etnopsychiatria w praktyce

Odpowiedzialny partner: *Instytut Analizy Grupowej Ateny (Grecja)*

Autor: *Grandsard, C.*

Słowa kluczowe: *środowisko kliniczne, etnopsychiatria, psychoterapia z imigrantami i uchodźcami, przywiązanie społeczne*

1. Opis wydarzenia

Jest to wykład inauguracyjny wygłoszony przez Catherine Grandsard na 17 Sympozjum GASI w Berlinie, 2017. Wydarzenie nosiło nazwę Crossing Borders-Social, cultural and clinical challenges. Wykład odnosi się do pracy klinicznej w Centrum Georges Devereux w Paryżu, we Francji. Ośrodek ten jest kliniką badawczą, którą kieruje i założył w 1993 roku, profesor Tobie Nathan. Osoby korzystające z pomocy w tej klinice to zagraniczni rodzice i ich dzieci (urodzone we Francji lub nie), małoletni cudzoziemcy bez opieki, ocaleni z Holokaustu (dawne ukryte dzieci) i ich rodziny, a także rodziny mieszane. Na początku etnopsychiatria była specyficznym obszarem badawczym w ramach antropologii, jak to zdefiniował Georges Devereux (1908-1985), urodzony na Węgrzech francuski etnolog i psychoanalityk. Etnopsychiatria skupiała się na kulturowych sposobach interpretowania i leczenia zaburzeń. Dla Devereux każde ludzkie społeczeństwo określa zachowania normatywne i definiuje odchylenia od zachowań kulturowo dopuszczalnych. Zdefiniował on również te kulturowe repertuary zachowań dewiacyjnych i związane z nimi leczenie, jako "psychiatrię". Praktyki lecznicze związane z określonymi grupami społecznymi i kulturami to "etnopsychiatria". Tobie Nathan był doktorantem i bliskim współpracownikiem Devereux. Celem Nathana było stworzenie środowiska klinicznego działającego zgodnie z zasadami etnopsychiatrii, obejmującego wszystkie metody leczenia bez dyskwalifikowania kogokolwiek. W niniejszej Dobrej Praktyce zostanie on opisany jako jeden z dwóch przykładów przypadków zgłoszonych w artykule. Przykłady te ilustrują, jak w tego rodzaju środowisku klinicznym terapeuta i opiekun muszą odłożyć na bok swoje własne założenia, aby zrozumieć praktyki lecznicze grupy naturalnej ludzi i w konsekwencji znaleźć nowe rozwiązania problemu z pacjentem i jego grupą naturalną.

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

Abdoulaye był 17-letnim młodocianym uchodźcą z Senegal. Rok temu przybył do Francji jako nieletni bez opieki, obecnie mieszka w rodzinie zastępczej i nadal mówi trochę po francusku. Po gwałtownej bójce z kolegą, nieletnim z Afganistanu bez opieki, jego opiekunka zabrała go do kliniki. Przed tym incydentem nigdy nie był agresywny.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Interwencja składała się z 4 sesji, każda trwająca 2 godziny, w okresie 5 miesięcy. Zespół składał się z czterech specjalistów: dwóch psychologów, pracownika socjalnego i tłumacza/mediatora kulturowego lub "mediatora etnoklinicznego". Oto opis pierwszej sesji/spotkania.

Autorka, Catherine Grandsard, była wyznaczonym liderem wszystkich sesji. We wszystkich sesjach brał udział





Dobra praktyka

również pracownik działu spraw wewnętrznych Abdoulaye. W pierwszej sesji przed Abdoulaye, Grandsard w roli prowadzącej poprosiła pracownika działu spraw wewnętrznych o przedstawienie go zespołowi. Powiedziała im, że jest to "poważny młody człowiek, starający się jak najlepiej przystosować do okoliczności, w jakich się znalazł jako małe dziecko cudzoziemiec bez opieki we Francji" (s. 273), że przybył rok temu i do tej pory nigdy nie był agresywny. Ponadto, kiedy zapytała Abdoulaye o bójkę, nie był on w stanie wyjaśnić tego epizodu. Zamiast tego mówił o strasznych przeżyciach podczas podróży statkiem w drodze do Europy oraz o problemach ze snem. Kolega z zespołu, który pochodził z Senegalu i pełnił rolę mediatora etnoklinicznego, tłumaczył na Soninke, ojczysty język Abdoulaye.

Później poprosili Abdoulaye o opisanie jego podróży do Europy. Opuścił on swoje rodzinne miasto po śmierci ojca. Był najstarszym z 5 dzieci, chcąc utrzymać rodzeństwo powiedział matce, że znajdzie pracę w większym mieście, nie mówiąc jej o swoim zamorskim planie. Pracował w nadmorskim miasteczku przez kilka miesięcy, aby opłacić podróż statkiem na Wyspy Kanaryjskie. Łódź była przeładowana nieudokumentowanymi migrantami. Silnik się zatrzymał. Pogoda była bardzo gorąca, 5 młodych ludzi w wieku Abdoulaye, zmarło z powodu udaru cieplnego i odwodnienia, a ich ciała zostały wyrzucone za burtę. Gdy silnik został naprawiony, udało im się dotrzeć do hiszpańskiej wody, gdzie zostali uratowani.

Zespół zapytał o jego objawy: Abdoulaye opowiadał, że gdy patrzył na siebie w lustrze, widział blizny pozostawione przez słońce i palące słońce. Ale "przed oczami pojawiały mu się twarze zmarłych chłopców". Czuł, że jego osobowość uległa zmianie: nieustannie myślał o śmierci, życzył sobie, aby pięciu chłopców zostało odpowiednio pochowanych, a nie wyrzuconych za burtę; miał koszmary i często czuł się przygnębiony" (s. 274). W tym momencie autorka pracy zapytała swojego kolegę - mediatora etnoklinicznego, czy w języku Soninke istnieje słowo, którym można opisać objawy Abdoulaye. Ten odpowiedział, że jest jedno, słowo "Kany", które "oznacza strach, rodzaj strachu, który pozbawia człowieka duszy" (s. 274). Abdoulaye zaśmiał się słysząc to słowo w swoim ojczystym języku, ale był zaskoczony i odczuł ulgę widząc zainteresowanie zespołu dla znanego mu słowa. Następnie autorzy pytają mediatora etnoklinicznego: "Kto wie, jak leczyć skutki Kany?" "A Jaaranda", odpowiedział, używając słowa Soninke odnoszącego się do uzdrowiciela lub lekarza" (s. 274). Abdoulaye wyjaśnił, że jego matka przed wyjazdem skonsultowała się z Jaarandą. Jaaranda powiedziała, że będzie podróżował bardzo daleko, ale zapewnił ją, że zrobił wszelkie niezbędne ćwiczenia, aby chronić jej syna. Abdoulaye był pewien, że przeżył dzięki działaniom Jaarandy i błogostawieństwu matki. Zespół postanowił skontaktować się z matką Abdoulaye, prosząc ją, aby ponownie odwiedziła tego samego Jaarandę i powiedziała mu, że jej syn wydawał się cierpieć na Kany. Obiecała, że to zrobi, ale miała nadzieję, że przepiszą jej synowi jakieś leki na bezsenność, tak jak to zrobili.

Zespół początkowo przyjął, że Abdoulaye uważa za skuteczne metody lecznicze Jaarandy, ani lekarstwa, ani sesje rozmów. Strategia terapeutyczna polegała na ponownym połączeniu go z rodziną i grupą społeczną, do której należy i jest przywiązany do swoich "naturalnych" grup społecznych. Konieczne było zdefiniowanie istoty problemu, czyli jego objawów posttraumatycznych. To jednak nie wystarczy. Trzeba wiedzieć, czy w jego ojczystym języku istnieje nazwa dla tych objawów i jak jego grupa kulturowa rozumie te trudności. Zgłębiając pojęcie Kany, które odnosi się do zaburzenia spowodowanego przez skrajny lęk, zespół nie interpretował go jako stanu psychicznego, który poprawi się dzięki lekom i/lub werbalizacji doświadczenia, ale zaakceptował możliwość zaangażowania zasobów leczniczych jego rodziny i grupy społecznej. Przyjęli, że jeśli pojęcie Kany ma sens dla doświadczenia Abdoulaye, to potrzebny jest ekspert od Kany, Jaaranda, a także, że to leczenie może być skuteczne dla Abdoulaye. Proponują oni ustawienie kliniczne, w którym równą uwagę poświęca się wszystkim metodom leczenia, "odkładając na bok pojęcie wiary", angażując osoby proszące o pomoc "w proces wyboru kontekstu conceptualnego, który będzie informował o ich terapii" (s. 276). Autorka podkreśla również rolę tłumacza Soninke jako mediatora kulturowego; wie on, jak zaprezentować siebie i zespół promujący zaufanie. Aby to osiągnąć, mediator musi posiadać nie tylko wiedzę na temat sposobów kulturowych społeczeństwa Soninke, ale także realiów i instytucji francuskich.

4. Efekty

Po miesiącu, podczas drugiego spotkania, Abdoulaye nie prezentował żadnych objawów. Na pytanie, czy bierze





Dobra praktyka

lekarstwa, odpowiedział po francusku: "Po co? Teraz, kiedy moja matka poszła do Jaaranda i on zrobił to, co trzeba, już ich nie potrzebuję!" (s. 274-275).

Źródło: Grandsard, C. (2018). Uczenie się od obcych: etnopsychiatria w praktyce. *Group Analysis*, 51(3):271-282.





Dobra praktyka

Dobra praktyka 18

Skażenie traumą.

Traumatyczne umysły, rozbite rodziny i dysfunkcyjna praca Grupy: Dynamika organizacyjna i interpersonalna w złożonych postępowaniach sądowych dotyczących opieki nad dziećmi

Odpowiedzialny partner Instytut Analizy Grupowej Ateny (Grecja)

Auto r : Stevenson, S.

Słowa kluczowe: trauma, praca w grupie, dynamika grupy, rodzina, powstrzymanie

1. Opis wydarzenia

Niniejszy artykuł bada traumę i jej wpływ na grupę roboczą oraz dlaczego proces ten został zakłócony przez niepokonywany niepokój, co doprowadziło do konfliktu zawodowego. Profesjonalne grupy robocze zajmujące się rodzinami z traumą i dysfunkcjami mają do czynienia z nieproporcjonalnym wyzwaniem dla i tak już nieuchronnie bolesnego procesu, który może być przeszkodą dla zrównoważonego podejmowania decyzji w najlepszym interesie dzieci. Trauma, nadużycia i zaniedbania mogą wpływać na kulturę zawodową, która kondensuje się wokół tych rodzin. Zdarza się to częściej w przypadku najbardziej wymagających rodzin z możliwą historią niepowodzeń zawodowych, co skutkuje konfliktem zawodowym, impulsywnym i słabym podejmowaniem decyzji ponieważ te destrukcyjne dynamiki stały się nie do opanowania.

2. Warunki ogólne ofiar/grup

Przedstawione studium przypadku dotyczy grupy roboczej dotkniętej traumą, w której troje małych dzieci było poważnie wykorzystywanych przez swoich rodziców. Trauma była głównym doświadczeniem wszystkich członków tej rodziny, sięgającym kilku pokoleń wstecz. Dzieciństwo rodziców było szczególnie traumatyczne i oboje doświadczyli poważnego znęcania się i zaniedbania, kiedy byli pod opieką własnych rodzin. Rodzice poznali się i zbudowali swój związek, kiedy oboje byli zaangażowani w poważne nadużywanie narkotyków i handel nimi. Wydział opieki społecznej pracujący z tą rodziną zajmował się jednocześnie inną rodziną, która była przedmiotem postępowania sądowego o ochronę dziecka, którego wynik wywołał wiele niepokoju w wydziale.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Cała matryca pracy została dotknięta traumą międzypokoleniową, a mianowicie obecną traumą rodziców wobec własnych dzieci, jak również traumą grupy zawodowej, która utrudniała jednostkom myślenie i refleksję nad najlepszym interesem dzieci. Wydawało się, że istnieje równoległy proces, w którym źli i nadużywający rodzice byli symbolicznie utożsamiani z nieodpowiednimi profesjonalistami, którym nie można było ufać, że zapewnią dzieciom bezpieczeństwo, ponieważ byli tak pochłonięci własnymi kłótniami. Aby zarządzać i utrzymywać odpowiednie procesy psychologiczne w grupach roboczych i umożliwić członkom grupy realizację ich zadań, należy udostępnić odpowiednią przestrzeń refleksyjną i nadzorczą, która umożliwi członkom grupy





Dobra praktyka

obserwację i zaangażowanie się w dynamikę kształtowaną przez nieświadome procesy.

4. Efekty

Nie rozpoznanie tych aspektów środowiska pracy może potencjalnie zanieczyścić i skazić matrycę grupy roboczej w postaci nieprzetworzonych projekcji, wprowadzonych identyfikacji projekcyjnych lub zniekształcenia wkładu zawodowego ze szkodą dla dobra dziecka. Ze względu na niewiarygodną presję wywieraną na profesjonalistów w tym procesie, aby dokonać zadośćuczynienia, zapewnienie przestrzeni refleksyjnych dla profesjonalistów zaangażowanych w złożone postępowania sądowe dotyczące opieki nad dziećmi jest niezbędne, aby umożliwić podjęcie odpowiednich decyzji.

Źródło: Stevenson, S. 2022. Skażenie traumą. Traumatyczne umysły, rozbite rodziny i dysfunkcyjne grupy robocze: Dynamika organizacyjna i interpersonalna w złożonych postępowaniach sądowych dotyczących opieki nad dziećmi.





Dobra praktyka

Dobra praktyka 19

Refleksje na temat grupy wsparcia dla lekarzy powracających do zdrowia po długiej chorobie

Odpowiedzialny partner Instytut Analizy Grupowej Ateny (Grecja)

Autor: Harte, V

Słowa kluczowe: Analiza grupowa, grupy wsparcia, trauma, personel sanitarny, powrót do zdrowia

1. Opis wydarzenia

W październiku 2020 roku Vivienne Harte została zaproszona przez dr Clare Gerada, jako przewodniczącą organizacji charytatywnej Doctors in Distress (DiD), do ułatwienia grupy wsparcia on-line dla lekarzy doświadczających objawów Long Covid. Grupa była bezpłatna, za pośrednictwem organizacji charytatywnej, dla lekarzy na każdym etapie kariery, pracujących w Wielkiej Brytanii.

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

Około 70 lekarzy zarejestrowało się i wzięło udział we wstępnym webinarium, a następnie utworzono 3 grupy wsparcia on-line, które działały równolegle w salach. Lekarze ci doświadczali ogromnego stresu z powodu ogromnej niepewności i strachu związanego z objawami fizycznymi i ich wpływem na całe ich życie, a nie tylko na pracę zawodową. Lekarze szpitalni i lekarze pierwszego kontaktu, podobnie jak inni pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej, byli również dotknięci brakiem wiedzy o wirusie i nieodpowiednim wyposażeniem w środki ochrony osobistej (PPE), takie jak maski, przyłbice i odzież.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Struktura grupy wsparcia obejmowała 10 cotygodniowych sesji trwających 1 godzinę i 15 minut. Pierwszą sesję stanowiło webinarium, w którym mogli wziąć udział lekarze zainteresowani taką grupą, aby usłyszeć, co będzie oferowane i zadać wszelkie wstępne pytania, po czym odbyło się 8 sesji wspomaganych, zakończonych kolejnym webinarium. Ostatnie webinarium było sesją zamykającą i okazją dla facylitatorów i lekarzy do przekazania informacji zwrotnej wszystkim zaangażowanym w to doświadczenie. Dwie grupy prowadzone były przez analityków grupowych (jeden z nich to emerytowany lekarz), a jedna przez lekarza rodzinnego NHS, który pracuje również dla NHS Practitioner Health. Trzej facylitatorzy spotkali się online z Clare Geradą i koordynatorką DiD, Marie Searles, przed i po każdej sesji na kilka minut przed i po sprawdzeniu. Grupy wsparcia, w ujęciu grupowo-analitycznym, były homogeniczne w tym sensie, że oferowano je osobom o określonej tożsamości, lekarzom medycyny, doświadczającym określonego problemu, długotrwałego Covida. Grupa wsparcia, i to tak krótka, ma swoje własne trudności techniczne, jeśli chodzi o osiągnięcie równowagi między głębią emocjonalnego skupienia a praktycznym edukacyjnym/psychoedukacyjnym rozpowszechnianiem informacji. Jedną z wyraźnych różnic w tej grupie było to, że wszyscy członkowie byli bardzo doświadczonymi i w większości starszymi lekarzami, a autorka, jako niemedyczny analityk grupy, miała niewielką wiedzę na temat używanych terminów medycznych lub opisywanych stanów. Fizyczne





Dobra praktyka

ukierunkowanie medyczne było początkowo nowym językiem dla autora, mimo że przez wiele lat pracował w służbach zdrowia psychicznego NHS.

4. Efekty

Siła dzielenia się w bezpiecznej i otwartej, refleksyjnej przestrzeni grupowej pozwoliła im zacząć znajdować emocjonalną siłę do rozwijania współczucia dla siebie nawzajem oraz potencjalnie uzdrawiać i odtwarzać bardziej współczującą matrycę medyczną dla siebie.

Źródło: Harte, V. 2021: Refleksje na temat grupy wsparcia dla lekarzy odzyskujących sprawność po długiej kovidacji

www.groupanalyticsociety.co.uk/contexts/issue-91/artykuły/refleksje-na-stronie-a-wsparcie-grupa-dla-lekarzy-odzyskujacych-zdługi-covid





Dobra praktyka

Dobra praktyka 20

Budowanie mostów empatii: Macierzyństwo międzykulturowe Dostrojenie w psychoterapii grupowej dla imigrantów i uchodźców

Odpowiedzialny partner Instytut Analizy Grupowej Ateny (Grecja)

Autor: Schermer, V.L

Słowa kluczowe: uchodźcy, trauma, praca grupowa, imigranci, czynniki kulturowe, dynamika grupy

1. Opis wydarzenia

Wraz z rosnącą liczbą imigrantów przybywających do Europy, Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych i innych krajów, przywożących ze sobą swoje różnorodne kultury, języki i rytuały, a niekiedy szukających psychoterapii u praktyków w przyjętym kraju, podejście do imigrantów i ich traktowanie przez pracowników służby zdrowia, a w szczególności przez psychoterapeutów grupowych, stało się podkreślane jako ważny problem.

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

Należy podkreślić, że relacje międzykulturowe i dylematy, przed którymi stają imigranci, wiążą się z wieloma siłami społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, rozwojowymi i językowymi, które pojawiają się w ciągu całego cyklu życia. To, co dotyczy jednej grupy imigrantów, może nie mieć zastosowania do innych. Ta dobra praktyka odnosi się w szczególności do winiety klinicznej przedstawionej przez Leo Leidermana, dotyczącej 40-letniego samotnego Latynosa (Jose), która ukazuje niektóre rodzaje traumy, jakiej mogą doświadczyć imigranci.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Dzięki początkowemu powstrzymywaniu Jose przeszedł z obronnej nieufności do wzajemnego przywiązania, opieki, współpracy i praktycznego rozwiązywania problemów w grupie. Schermer próbuje wnieść do toczącego się dialogu znaczący sposób rozumienia niewerbalnych interakcji i kontekstów oraz znaczenie modelu opieki macierzyńskiej w leczeniu cierpienia napotykanego przez podróżników poszukujących nowego życia w trudnych okolicznościach. Mamy nadzieję, że takie rozumienie będzie miało pewną wartość dla analityków grupowych pracujących z osobami wysiedlonymi z ich miejsca pochodzenia. Następujące interwencje leżą w koncepcjach i ich interakcjach, takich jak: kultura jako przedłużenie i rozwinięcie relacji matka-dziecko, macierzyńskie aspekty grupy i terapeuty, specyficzne funkcje więzi macierzyńskiej i ich przydatność dla imigrantów, przywiązanie i opieka, towarzystwo i współpraca, twórcza i praktyczna świadomość, psychologiczna trauma i powstrzymanie. Superwizja kliniczna i świadomość szczególnego kontekstu są kluczowe w leczeniu tych populacji.

4. Efekty

Ten artykuł-dobra praktyka wskazuje na znaczenie przed-symbolicznych, ucieleśnionych aspektów ekspresji kulturowej. Praca z populacją imigrantów wymaga czujności i reakcji na przed-werbalne rodzaje interakcji,





Dobra praktyka

które charakteryzują się w roli matka-niemowlę jako reaktywowane w grupie. Interakcje te nie muszą mieć charakteru regresywnego; stanowią one raczej podstawę wszystkich relacji międzyludzkich. Są one szczególnie istotne w przypadku różnic kulturowych, jakie występują w grupach imigrantów.

Źródło: Schermer, V.L. 2021. Building empathic bridges: Cross-cultural 'maternal' attunement in group psychotherapy for immigrants and refugees. *Group Analysis*, Vol. 54 (2): 226-243.





Dobra praktyka

Dobra praktyka 21

Zespół stresu pourazowego wśród pracowników służby zdrowia podczas pandemii Covid-19 we Włoszech

Odpowiedzialny partner Stowarzyszenie na rzecz EMDR w Italii (Włochy)

Autorzy: Isabel Fernandez, Marco Pagani, Eugenio Gallina

Słowa kluczowe: pracownicy służby zdrowia, EMDR, PTSD, COVID-19, sytuacja humanitarna

1. Opis studium przypadku

Uczestnicy są częścią próby składającej się z 744 pracowników służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, personelu administracyjnego, personelu pomocniczego intensywnej opieki medycznej, psychologów): 587 pracowników służby zdrowia było leczonych EMDR, podczas gdy pozostałych 157 nie było leczonych. Z 18 różnych szpitali i domów opieki biorących udział w akcji ratunkowej COVID-19. Próbę zbierano przez cały okres zagrożenia pandemicznego, począwszy od listopada 2020 r. do marca 2021 r.

2. Warunki ogólne ofiar/próbki

Ogólne warunki pracowników służby zdrowia były mierzone za pomocą dwóch kwestionariuszy samoopisowych. Uczestnicy zostali poproszeni o podanie

1. informacji socjodemograficznych;
2. symptomatologię pourazową oceniano za pomocą Impact of Event Scale- Revised (IES-R)
3. poziom intensywności aktywacji emocjonalnej wykorzystano Termometr emocji (THERMO Mitchell i in., 2010) w dwóch punktach czasowych (przed leczeniem i po leczeniu): wizualna analogowa skala samooceny do zbierania poziomu intensywności aktywacji emocjonalnej w skali Likerta od 1 do 10 w odniesieniu do niektórych głównych doświadczeń emocjonalnych (stres, obniżony nastrój, niepokój, złość, problemy ze snem, potrzeba pomocy).

Warto zauważyć, że 68% badanych miało patologiczny wynik pre EMDR IES-R (>33).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Protokół interwencji został opracowany dla grup internetowych i de visu liczących około 4-6 uczestników oraz online poprzez EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Intergrative Group Treatment Protocol) (Jarero et al., 2006). Sesje mogą trwać od 1 do 1 h i 30 min.

Uczestnicy byli prowadzeni przez ćwiczenie bezpiecznego miejsca lub ćwiczenia oddechowe. Prowadzący EMDR-IGTP poprosił ich o pomyślenie o najgorszej części wydarzenia (obecnego kryzysu), a następnie o narysowanie tego obrazu na papierze. Następnie poproszono ich o podanie związanej z tym oceny Subiektywnych Jednostek Zaburzeń (SUD) i kazano im napisać odpowiednią liczbę na swoim obrazku.

Następnie poproszono ich o spojrzenie na swój obrazek i zapewnienie własnej naprzemiennej dwustronnej stymulacji za pomocą Motylego Uścisku. Następnie uczestnicy zostali poinstruowani, aby narysować inny, wybrany przez siebie obrazek związany z tym wydarzeniem i ocenić go według poziomu dystresu. Proces był kontynuowany przez dorosłych, którzy patrzyli na drugi obrazek i używali Motylego Uścisku. Proces został powtórzony jeszcze dwukrotnie, tak że każdy z uczestników narysował cztery obrazki i dla każdego z nich wystawił ocenę SUD. Następnie oceniano ostateczny poziom dystresu związanego z obecnym kryzysem, prosząc o skupienie się na rysunku, który był najbardziej niepokojący i określenie aktualnego poziomu SUD. Rysunek i zdanie były następnie sparowane z Butterfly Hug. Klienci zostali poinstruowani, aby zamknąć oczy, zeskanować swoje ciało i wykonać Butterfly Hug lub techniki uziemienia dla stabilizacji. Sesja indywidualna de



Dobra praktyka

visu była prowadzona poprzez standardowy protokół EMDR (Shapiro, 2018). Wszystkie rodzaje interwencji oparte były na terapii EMDR. Każda interwencja trwała 3 spotkania po ok. 2 h realizowane przez miesiąc, mniej więcej raz w tygodniu.

Interwencje prowadził jeden psychoterapeuta (na sesję) specjalizujący się w terapii EMDR, której celem była redukcja objawów PTSD.





4. Wyniki

Badanie to wykazało, że interwencje z użyciem EMDR dla tej populacji miały pozytywny wpływ na znaczące zmniejszenie objawów PTSD i symptomów takich jak stres, obniżony nastrój, lęk, złość, problemy ze snem i potrzeba pomocy.

Potwierdza to, że praca z EMDR w sytuacjach kryzysowych prowokuje natychmiastową ulgę, zapobiega chronizacji. Ponadto badanie potwierdziło, że protokół EMDR we wszystkich swoich modalnościach, zarówno online, jak i de visu, może chronić pracowników służby zdrowia przed skutkami ostrego stresu.

Źródło: Fernandez, I., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). Post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Effectiveness of an eye movement desensitization and reprocessing intervention protocol. *Frontiers in Psychology*, 13.





Dobra praktyka 22

Wspieranie pracowników służby zdrowia w czasie COVID-19 poprzez Terapii Odwrażliwiania za pomocą Ruchu Gałek Ocznych Online: Badanie pilotażowe

Odpowiedzialny partner Stowarzyszenie na rzecz EMDR w Italii (Włochy)

Autorzy: Elisa Faretta, M. Ignazia Garau, Eugenio Gallina, Marco Pagani i Isabel Fernandez

Słowa kluczowe: pracownicy służby zdrowia, EMDR, PTSD, COVID-19, online

1. Opis studium przypadku

Sytuacje kryzysowe wywołują stan aktywacji, który umożliwia szybkie podjęcie prób ratunkowych. Nic więc dziwnego, że w doświadczeniach terapeutycznych z tą kategorią pracowników obserwuje się reakcje emocjonalne obejmujące lęk, niepokój i złość, potęgowane i komplikowane przez obiektywne, subiektywne i organizacyjne czynniki ryzyka. O ile jest to prawdą w odniesieniu do wszystkich pracowników służby zdrowia, to w przypadku pracowników służby zdrowia zatrudnionych w domach opieki (RSA) jest to problem szczególnie dotkliwy. Mieszkańcy są starsi, słabi lub bezbronni i potrzebują pomocy i wsparcia w zakresie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, relacyjnych i medycznych/zdrowotnych i to właśnie w tych strukturach nagły wybuch epidemii był najbardziej przytłaczający. Jak tylko pandemia uderzyła, pracownicy domów opieki byli narażeni na ciągłe skumulowane doświadczenia traumatyczne, które spowodowały wielokrotną aktywację ekstremalnych reakcji stresowych.

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

W badaniu wzięło udział 11 uczestników: 7 kobiet i 4 mężczyzn o średniej wieku 46 lat, podzielonych na dwie terapie grupowe liczące odpowiednio 6 i 5 uczestników. Wszyscy wybrali izolację w obrębie domu opieki na okres 30 dni od 1 kwietnia do 30 kwietnia 2020 roku.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) zgodnie z kryteriami DSM IV-TR (Weiss i Marmar, 1997) zwalidowany i przetłumaczony na język włoski (Pietrantonio i in., 2003). Ten test psychometryczny składa się z 22 pozycji. Zawiera trzy podskale mierzące następujące wymiary: intruzję, unikanie i pobudzenie. Uczestnicy byli proszeni o ocenę poziomu objawów pourazowych przy użyciu 5-punktowej skali Likerta w zakresie od 0 (= "wcale") do 4 (= "bardzo") w odniesieniu do poprzednich 7 dni. Całkowity wynik mieści się w przedziale od 0 do 88. Punkt odcięcia wynoszący 33 podkreśla wysokie ryzyko wystąpienia PTSD; zgodnie z literaturą nie ma określonych punktów odcięcia dla interpretacji skali.

Termometr emocji, niestandardyzowane narzędzie, służące do pomiaru w skali 1-10 subiektywnego doświadczania przez uczestników sześciu emocji i ich konsekwencji: stresu, lęku, obniżonego nastroju, złości, trudności ze snem, potrzeby pomocy.





3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Obecna sytuacja kryzysowa skłania do zastosowania grupowego protokołu EMDR, jak to już uczyniono w wielu krajach na całym świecie po masowych katastrofach. Grupowa EMDR była stosowana zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i w wielu przypadkach została zaadaptowana do specyficznych kontekstów i okoliczności (Wilson i in., 2000; Korkmazlar-Oral i Pamuk, 2002; Fernandez, 2007; Gelbach i Davis, 2007; Zaghrout-Hodali i in., 2008). Protokół grupowy (EMDR-IGTP) łączy standardową 8-fazową terapię EMDR z modelem terapii grupowej (Jarero i in., 1999; Artigas i in., 2000) oraz wykorzystuje formę dwustronnej stymulacji zwanej Uściskiem Motyla (Artigas i Jarero, 2014; Jarero, 2020) wraz z zadaniami rysunkowymi (Maxfield, 2008). Biorąc pod uwagę korzyści płynące z terapii grupowej i udowodnioną skuteczność Protokołu grupowego EMDR (EMDRIGTP), przetestowaliśmy internetową adaptację protokołu grupowego EMDR, mającą na celu odpowiedź na potrzeby wygenerowane przez obecną sytuację kryzysową, co zostało również potwierdzone w najnowszej literaturze (Luber, 2020; Pérez i in., 2020; Tarquinio i in., 2020; Fisher, 2021). Przeprowadzono dwa programy terapii grupowej. Każdy składał się z pięciu spotkań: wstępnego spotkania przedtestowego i psychoedukacyjnego, następnie trzech spotkań terapii grupowej EMDR oraz końcowego spotkania posttestowego i debriefingu.

Interwencje prowadzone były przez terapeutów wyszkolonych w EMDR, na poziomie Consultant (certyfikowanych przez EMDR Europe Association). Wszystkie spotkania prowadzone były na wirtualnej platformie konferencyjnej w celu zachowania dystansu społecznego.

1. Pierwsze spotkanie w każdej interwencji poświęcone było przedstawieniu uczestników, zaprezentowaniu projektu i przeprowadzeniu testu wstępnego poziomu emocji i stresu pourazowego (skala IES-R i termometr emocji) oraz Orientacji na Stres Krytyczny. Odpowiednio faza CISO spotkania 1 rozpoczęła się od normalizacji reakcji emocjonalnych uczestników przy użyciu siatki objawów, a następnie wprowadzeniu technik zapobiegania dystresowi wynikającemu z ostrych reakcji na stres i zaburzeń stresu pourazowego.
2. Podczas trzech kolejnych spotkań (spotkania 2, 3 i 4) skupiono się na dystresie i potrzebach zespołu oraz przeprowadzono protokół terapii grupowej EMDR (EMDR-IGTP). Uczestnicy zgłaszali uczucia bezradności, niemożności zobaczenia swoich bliskich i przy utracie normalnych rutynowych czynności sprzed COVID, uczucia absurdu. Sesje mogły trwać od 1 h do 1 h i 30 min. Uczestnicy byli prowadzeni przez ćwiczenie bezpiecznego miejsca lub ćwiczenia oddechowe. Prowadzący EMDR-IGTP poprosił ich o pomyślenie o najgorszej części wydarzenia (obecnego kryzysu), a następnie o narysowanie tego obrazu na dostarczonym papierze. Następnie poproszono ich o podanie związanej z tym oceny Subiektywnych Jednostek Zaburzeń (SUD) i kazano im napisać odpowiednią liczbę na swoim obrazku. Następnie poproszono ich o spojrzenie na swój obrazek i zapewnienie własnej naprzemiennej dwustronnej stymulacji za pomocą Motylego Uścisku. Następnie uczestnicy zostali poinstruowani, aby narysować inny, wybrany przez siebie obrazek związany z tym wydarzeniem i ocenić go według poziomu dystresu. Proces był kontynuowany przez dorosłych, którzy patrzyli na drugi obrazek i używali Motylego Uścisku. Proces został powtórzony jeszcze dwa razy, tak że każdy uczestnik narysował cztery obrazki i podał ocenę SUD dla każdego z nich.
3. Ostatnie spotkanie (spotkanie 5) było prowadzone z wykorzystaniem tej samej procedury co trzy poprzednie, ale pewien czas poświęcono na podanie post-testu skali IES-R i termometru emocji oraz na umożliwienie uczestnikom z EMDR podzielenia się wrażeniami z tego doświadczenia. Interwencja kończyła się komentarzami podsumowującymi i owijaniem w bawełnę.

4. Wyniki

Średnie wyniki dla IES-R. Można zauważyć, że wyniki przedtestowe były wysokie dla intruzji $M = 16,18$ ($SD = 6,65$), unikania $M = 10,18$ ($SD = 8,96$) i hiperarousal $M = 11,18$ ($SD = 6,11$). Wszystkie średnie wyniki post-testu są niższe: unikanie $M = 1,18$ ($SD = 1,25$); intruzywność $M = 1,91$ ($SD = 1,64$); hiperarousal $M = 1,09$ ($SD = 1,04$). Różnica między średnimi wynikami przed i po leczeniu jest istotna statystycznie (istotność $p < 0,05$):



unikanie p. 0,005; intruzyjność p. 0,0000; hiperarousal p. 0,0000.

Uczestnicy uzyskali wysokie wyniki w podskalach termometru emocji mierzących zaburzenia psychosomatyczne, takie jak stres ($M = 7,36$; $SD = 2,73$), lęk ($M = 6,73$; $SD = 3,52$), problemy ze snem ($M = 7,91$; $SD = 2,51$). Wysoki średni wynik potrzeby pomocy wskazuje, że interwencja EMDR rzeczywiście potencjalnie byłaby bardzo pomocna. Średnie wyniki dla tych samych wymiarów były niższe po interwencji. Różnica między wynikami przed i po interwencji jest istotna statystycznie (istotność $p < 0,05$): stres p. 0,0000; lęk p. 0,0003; nastrój 0,005; złość 0,001; sen p. 0,0000; pomoc p. 0,001.

Wyniki IES-R po interwencji były znacząco niższe w podskalach intruzji, unikania i pobudzenia. Wyniki po interwencji w podskalach emocji wykazały również znaczący spadek poziomu stresu, niepokoju, obniżonego nastroju, złości, problemów ze snem i postrzeganej potrzeby pomocy. Chociaż wstępne, wyniki te są istotne statystycznie i pokazują, że przeprowadzony przez nas protokół EMDR był skuteczny w zmniejszaniu skutków PTSD wywołanego stresem w wyniku izolacji podczas pandemii COVID-19.

Źródło: Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., & Fernandez, I. (2022). Supporting healthcare workers in times of COVID-19 with eye movement desensitization and reprocessing online: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 13





Dobra praktyka 23

Podwójne dzieciobójstwo

Odpowiedzialny partner: *Stowarzyszenie na rzecz EMDR w Italii (Włochy)*

Autor: *Giada Maslovarich*

Słowa kluczowe: *Interwencja grupowa w sytuacjach kryzysowych, dzieci, Ofiary typu 4° i 5°, Społeczne sytuacje kryzysowe, EMDR*

1. Opis studium przypadku

Ojciec zabija swoich dwóch synów w wieku 8 i 2 lat. Chłopcy pochodzą od różnych matek. Społeczność małego północnowłoskiego miasteczka, w którym doszło do zdarzenia, jest zrozpaczona. Szkoła w szczególności wymaga interwencji Stowarzyszenia na rzecz EMDR we Włoszech w celu wsparcia rodziców, nauczycieli i dzieci. Konieczne jest zbudowanie protokołu EMDR w warunkach zagrożenia poprzez określenie z kim pracować (różne typy ofiar), co oferować (CISO i grupa EMDR) i kiedy to oferować.

2. Warunki ogólne ofiar/grupy

114 dzieci w wieku 6-10 lat badanych poprzez:

- ☐ Child Revised Impact of Event Scale-Children and War Foundation (1998): 13 pozycji do badania aktywacji posttraumatycznej intruzyność, unikanie, nadpobudliwość, nadaktywność.
- ☐ Termometr emocji, w którym na sześciu wylosowanych termometrach można zbadać poziom stresu, lęku, obniżonego nastroju, złości, zaburzeń snu i potrzeby pomocy w skali od 0 do 10.

Średnie wartości intruzyność, unikania i hiperarousal wynoszą odpowiednio 7,07; 6,72 i 5,93.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Protokół leczenia może być bardzo różny w zależności od:

1. dostępnych zasobów (np. ratownicy, zespoły psychologii ratunkowej),
2. potrzeby logistyczne (np. miejsce, czas na spotkanie w sprawie ofiar),
3. cechy zdarzenia traumatycznego (np. przypadkowe, celowe),
4. charakter zdarzenia (np. klęski żywiołowe, katastrofy, błąd ludzki, napad, zabójstwo),
5. poziom ekspozycji na traumę (np. ofiary pierwszego, drugiego ... szóstego typu)
6. cele interwencji (np. interwencja w zakresie pierwszej pomocy psychospołecznej i psychologicznej lub interwencja skoncentrowana na traumie).

W tym konkretnym przypadku, po uważnym przeczytaniu z dyrektorem szkoły podstawowej i koordynatorem przedszkola, postanowiono zaproponować:

- ☐ 2 spotkania psychoedukacyjne CISO z rodzicami i nauczycielami szkół biorących udział w projekcie.
- ☐ 1 do 3 grupowych sesji EMDR w klasach dzieci ze szkoły podstawowej.





- ☐ 1 CISD (debriefing) i grupowe spotkanie EMDR z pracownikami służb ratowniczych.
- ☐ 1 spotkanie grupy EMDR z grupą matek.
- ☐ 1 spotkanie grupowe EMDR z ofiarami wtórnymi (np. nauczyciele, ojcowie, dziadkowie, pracownicy szkoły...).

4. Skoncentrowanie się na protokole grupy EMDR: przygotowanie, ocena i świadomość

Faza 1 Grupa EMDR: historii i danych klinicznych. Budowanie konceptualizacji ścieżki z Grupą EMDR.

Faza 2 Przygotowanie grupy EMDR.

prezentacja, psychoedukacja na temat reakcji na traumę, stabilizacja poprzez głęboki oddech, uziemienie i bezpieczne miejsce.

Faza 3: ocena pamięci docelowej. Cztery kwadranty z rysunkiem i oceną SUD zaburzeń.

Faza 4 grupa EMDR: desensytyzacja.

Ruch dwustronny, uścisk motyla i ocena pamięci początkowej odtworzonej na kolejnych trzech kwadrantach poprzez ponowną ocenę SUD.

Faza 5 grupa EMDR: Instalacja.

Wzmocnienie pozytywnego aspektu: zidentyfikuj pozytywną myśl lub przyjemne uczucie, które pojawiło się w poprzednich krokach. Narysuj pozytywne uczucie na odwrocie papieru i wybierz słowo kluczowe. Opcjonalnie: możliwość podzielenia się słowami kluczowymi i napisania wspólnego zdania w małych podgrupach 4-5 osobowych.

Faza 6 Grupa EMDR: Skanowanie ciała. Obserwacja ciała i głównych punktów stresu. Zaproponuj ćwiczenie "odkurzanie" lub "piesek z wody", aby wytrząsnąć te punkty stresu.

Faza 7 Zamknięcie grupy EMDR. Protokół swobodnej dyskusji, informacje zwrotne z sesji, budżet, elementy psychoedukacji, ewentualne terminy kolejnych sesji.

Faza 8 Grupa EMDR: ponowna ocena pamięci z poprzedniej sesji poprzez SUD. Jeśli obraz jest niepokojący od 0 do 2, proponuje się zmianę wspomnienia i przejście do innego niepokojącego zdarzenia, w przeciwnym razie powtarza się pracę nad poprzednim wspomnieniem.

5. Wyniki

W próbie post-testowej średnie wartości intruzynośności, unikania i nadpobudliwości wynoszą odpowiednio 3,28; 3,32 i 3,14. Różnica między średnimi wynikami przed i po leczeniu jest istotna statystycznie.

Na koniec pracy zbierano oceny większego dobrostanu za pomocą metod jakościowych, takich jak rysunki pozytywnych zasobów, które pojawiły się podczas pracy oraz tablica plakatowa skonstruowana z rysunków i słów kluczowych pozytywnych zasobów.

Źródło: Maslovaric, G. (2020). EMDR di Gruppo. Insieme Verso il Benessere. Protocolli di Intervento.



Dobra Praktyka 24

Sesja stabilizacyjna dla ukraińskich i polskich psychologów oraz psychoterapeutów w czasie wojny w okresie luty-maj 2022

Odpowiedzialny partner: *Stowarzyszenie na rzecz EMDR we Włoszech*

Autor: *Alessandra D'Abramo, Eugenio Gallina*

Słowa kluczowe: *Interwencja grupowa w nagłych wypadkach, ofiary czwartego i piątego stopnia, kryzysy humanitarne o zasięgu globalnym, wojna, EMDR*

1. Opis studium przypadku

24 lutego Rosja rozpoczyna kampanię wojskową na Ukrainie. Stowarzyszenie na rzecz EMDR we Włoszech koordynowane przez Stowarzyszenie „EMDR Europe” oferuje ukraińskim psychologom i psychoterapeutom internetowe grupy stabilizacyjne. Informacje o inicjatywie zostały rozpowszechnione za pośrednictwem Stowarzyszenia „EMDR Europe” oraz za pośrednictwem lokalnych psychologów i psychoterapeutów z Centrum Poradnictwa Psychologicznego i Terapii Traumatycznej „Otwarte Drzwi”. Udział w grupach był dobrowolny i bezpłatny zarówno dla uczestników jak i dla liderów grup.

2. Ogólne warunki ofiar/grup

Zebrano jedynie jakościowe wskaźniki statusu wyjściowego uczestników grupy. Skala SUD (nadużywanie środków psychoaktywnych) została zebrana na początku sesji stabilizacyjnej i na końcu. Pomiar trudności w zakresie tej trudności określany był na skali od 0 do 10. Średni wynik SUD określony na podstawie 100 przypadków we wczesnym etapie interwencji wynosił: SUD < 8 (7,58).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

23 włoskich psychoterapeutów ze Stowarzyszenia EMDR we Włoszech, przeszkolonych w zakresie protokołu grupowego EMDR, prowadziło codzienne spotkania online w godzinach 16.00-17.30 od 4 marca do 3 maja 2022 r. Zorganizowano wówczas 46 sesji z udziałem 111 uczestników. Grupy liczyły od 2 do 5 uczestników.

Protokół Grupy EMDR przedstawiał się w następujący sposób:

Faza 1 Grupy EMDR: Historia kliniczna oraz dane. Budowanie konceptualizacji.

Faza 2 Grupy EMDR: Przygotowanie. Prezentacja, psychoedukacja na temat różnorodnych reakcji w traumie, stabilizacja poprzez ćwiczenia oddechowe, uziemienie oraz bezpieczne miejsce.

Faza 3 Grupy EMDR: Ocena pamięci docelowej. Przedstawiono planszę z czterema kwadrantami z rysunkiem i skalą SUD. Cele do pracy uczestników nie zostały zwerbalizowane słownie.

Faza 4 Grupy EMDR: Desensytyzacja za pomocą:

Obustronnego stukanie, uścisku motyla oraz oceny początkowej pamięci odtwarzanej w kolejnych trzech kwadrantach poprzez ponowną ocenę SUD (nadużywanie substancji psychoaktywnych).





Faza 5 Grupy EMDR: Instalacja.

Wzmocnienie aspektu pozytywnego: identyfikacja pozytywnej myśli lub przyjemnego uczucia, które pojawiło się w poprzedniej fazie. Rysunek pozytywnego odczucia na odwrocie kartki oraz wybór słowo kluczowego. Opcjonalnie: możliwość dzielenia się słowami kluczowymi oraz zapis wspólnego zdania w małych podgrupach liczących 4-5 osób.

Faza 6 Grupy EMDR: Skanowanie ciała. Obserwacja ciała oraz skupienie na głównych miejscach napięcia. Ćwiczenie "odkurzania" lub "pieska z wody", aby zlikwidować/rozluźnić stan napięcia.

Faza 7 Grupy EMDR: Zamknięcie. Protokół z przebiegu sesji, elementy psychoedukacji, możliwość spotkania na kolejnych sesjach

Faza 8 Grupy EMDR: Ponowna ocena obrazu siebie z poprzedniego spotkania za pomocą skali SUD. Jeśli obraz jest niepokojący od 0 do 2, proponuje się zmianę obrazu i przejście do innego trudnego zdarzenia. W przeciwnym razie powtórzenie pracy nad poprzednim obrazem.

4. Efekty

Słów kluczowych, którymi koledzy chcieli się podzielić podczas części pracy dotyczącej kart z rysunkami (faza 5): najczęściej powtarzające się były:

- ☐ Spokój
- ☐ Siła
- ☐ Ochrona
- ☐ Nadzieja
- ☐ Miłość

Inne wymienione, to:

- ☐ dom, ciepło, morze, radość, wdzięczność, akceptacja, rozwój, spokój, przyjaciele, słońce, godność, kwiaty, życie, rodzina, przeżycie, NADZIEJA, przyszłość, odrodzenie, uzdrowienie, zwycięstwo

Inne uwagi, które również zebrano w fazie 7:

- ☐ "Dziękujemy za podzielenie się z nami tymi technikami"
- ☐ "Byłem w stanie płakać, miałem bardzo silne emocje, teraz czuję, się lżej" "natężenie emocjonalne osłabło"
- ☐ "Poczułem ciepło, wyobraziłem sobie moje dzieci w blasku słońca"
- ☐ "Moje miasto jest okupowane przez Rosjan, nie można go opuścić, niektórzy są deportowani do miast daleko (od ukraińskiej granicy), odcinają dostawy prądu i zamykają stacje benzynowe, brak dostępu do internetu, słyszałem, że wielu próbujących uciec w tych dniach zostało zabitych. Problem polega na tym, że nie mamy pieniędzy i innych zasobów. Wielu było po stronie Rosji, ale widząc, co się dzieje, zrozumieli".
- ☐ "Modłę się każdego dnia, aby móc ponownie przytulić mojego syna, który zaciągnął się do wojska jako wolontariusz".

Źródła:

<https://notizie.tiscali.it/salute/articoli/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-profughi-supporto-esperti-locali/> https://www.adnkronos.com/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-a-profughi-e-supporto-a-espertilocali_6Kj9Cdd6MsBAO3GiHldI5E

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, rok XX, wrzesień 2022, nr 42, s. 27-30





Dobra praktyka 25

Psych.E.In. Spotkanie międzynarodowe, wczesna interwencja psychologiczna: modele i podejścia w trzech fazach kryzysu

Odpowiedzialny partner: Stowarzyszenie na rzecz EMDR we Włoszech

Autor: Serena Zucchi, Francesca Bascialla, Isabel Fernandez

Słowa kluczowe: Szkolenia dla psychologów i psychoterapeutów, ofiary, nagłe wypadki, PTSD, interwencja

1. Scenariusz

Wczesna interwencja psychologiczna staje się coraz bardziej niezbędną umiejętnością na ścieżce kariery psychologa. W dużej mierze wiąże się to z nieoczekiwaną sytuacją pandemii Covid 19 oraz wojną na Ukrainie, która spowodowała konieczność przygotowania ogromnej liczby wykwalifikowanego i gotowego do pracy personelu w celu zmniejszenia stresu psychicznego oraz traum związanych z tymi wydarzeniami.

Psych.E.In. Wczesne interwencje psychologiczne: szkolenie kliniczne to europejski projekt finansowany w ramach konkursu Erasmus plus KA 202 na rzecz tworzenia partnerstwa strategicznego na rzecz szkolenia i kształcenia zawodowego przeprowadzony w latach 2020-2023 (numer projektu: 2020-1-PL-KA202-082075). Praca nad projektem wynika z rosnącego zapotrzebowania, które rozpoczęło się w 2020 r. Jego zadaniem było przygotowanie i przeszkolenie psychologów i psychoterapeutów do pilnej pracy terenowej - wczesnej interwencji psychologicznej. Projekt prowadzony był przez Uniwersytet Polski im. Jana Kochanowskiego w Kielcach jako koordynujący całym wydarzeniem. Obejmował współdziałanie sześciu innych partnerów z pięciu państw członkowskich Unii Europejskiej: Stowarzyszenie EMDR we Włoszech (IT), Stowarzyszenie Psychologów Klinicznych Republiki Czeskiej (CZ), Uniwersytet Prescka - Słowacja(SK), Instytut Alfreda Adlaera w Paryżu (F), Instytut Grupowej Analizy Athens (EL) oraz Stowarzyszenie Pixel Cultural (IT).

Zaangażowanych było również ponad czterdziestu europejskich i pozaeuropejskich partnerów działających w różnych stowarzyszeniach (uniwersytety, szkoły psychoterapii, stowarzyszenia naukowe, wydawnictwa naukowe), którzy dzielili cele projektu oraz angażowali się w jego rozpowszechnianie wśród swoich członków, klientów i studentów.

Psych.E.In. Wszystkie zaangażowane podmioty opracowały trzy efekt pracy intelektualnej (I.O.):

- I.O. 1: MOOC, dwa bezpłatne, otwarte, podstawowe kursy internetowe dotyczące wczesnej interwencji psychologicznej –
- I.O. 2: Zestawy narzędzi pomocne w interwencji terenowej
- I.O. 3: Zbiór studiów przypadku

W celu rozpowszechnienia teoretycznych i metodologicznych założeń wczesnych interwencji psychologicznych Stowarzyszenie na rzecz EMDR we Włoszech zorganizowało internetowy kurs





szkoleniowy dla partnerów i partnerów stowarzyszonych w Psych.E.In. W tym celu zorganizowano trzy sesje internetowe w dniach 29-31 maja 2022 roku.

2. Uczestnicy:

Grupą docelową Międzynarodowego Kursu Szkoleniowego Online byli członkowie Psych.E. Współdziałających ze sobą Podmiotów oraz Partnerów stowarzyszonych poza nimi. Informację o szkoleniu rozpowszechniano za pomocą newsletterów, mediów społecznościowych oraz przekazów w mediach lokalnych. Hasło "Dzielenie się jest troską" zainspirowało Psych.E.In. Współdziałających Podmiotów, a w szczególności Stowarzyszenie EMDR we Włoszech. Zebrano oczekiwania dotyczące szkolenia wszystkich jego członków oraz partnerów w nim działających. Analiza oczekiwań szkoleniowych przeprowadzona była zarówno w momencie projektowania wniosku jak również w momencie projektowania wydarzenia szkoleniowego. Dzięki temu organizatorzy mogli udoskonalać program oraz dostosowywać go do potrzeb osób w nim uczestniczących.

3. Ramy treningowe:

Szkolenie online zostało przeprowadzone w ramach Psych.E.In. Szkolenie zorganizowano w Mediolanie w dniach 29 maja – 1 czerwca 2022 r. przez Stowarzyszenie EMDR we Włoszech. Kurs obejmował cztery sesje zarezerwowane wyłącznie dla partnerów Psych.E.In. oraz trzy popołudniowe sesje online otwarte dla wszystkich zaangażowanych w ten projekt. Wydarzenie prowadzono w języku angielskim z wykorzystaniem translatorów elektronicznych do tłumaczenia na język włoski.

4. Osoby zaangażowane

W trzech dniach uczestniczyło łącznie 1 600 psychologów i psychoterapeutów: podzielonych po 800 osób na każdy dzień szkolenia.

5. Trenerzy: Przygotowanie

Konsorcjum Psych.E.In. za pomocą trzech zilustrowanych na prezentacjach multimedialnych kursów szkoleniowych (MOOC, Toolkit i Case Studies) przedstawiło ramy teoretyczne klinicznej i organizacyjnej wiedzy:

Umiejętności i współdziałania we wczesnych interwencjach psychologicznych. W tym celu zaproszono ekspertów reprezentujących różne podejścia. Przeprowadzili oni wykład dotyczący trzech faz reagowania kryzysowego: fazy wstępnej, fazy ostrej i fazy obserwacji.

Fazę interwencji w nagłych wypadkach przedstawili: Carla Penna, psychoanalityk, analityk grupowy (Brazylia) i Roger Solomon, dyrektor EMDR w USA (USA).

Faza ostra została opisana została przez Dorotę Merecz-Kot, Uniwersytet Łódzki (Polska) i Gary'ego Quinna, Instytut EMDR (Izrael),

Fazę obserwacji oraz wyniki przeprowadzili i opisali Marina Mojovich, analityk grupy szkoleniowej Gas Belgrad (Serbia) i Isabel Fernandez EMDR Europe and Italy president (Włochy).

6. Czas trwania

Trzy dni od 16.15 do 19.00 Całkowita liczba godzin szkolenia: 8.15

7. Kontynuacja

Nie planowano sesji ewaluacyjnej. Przeprowadzono rejestrację 350 użytkowników, którzy uzyskali dostęp do strony internetowej oraz niezbędnych materiałów potrzebnych w czasie wydarzenia.

8. Efekty: ocena efektów uczenia się

Ankieta ewaluacyjna

Nie przygotowano ankiety ewaluacyjnej w odniesieniu do wydarzenia. Jednak komentarze i pytania były zbierane za pośrednictwem otwartego czatu podczas trwania kursu. Każdy prelegent dawał informacje zwrotne na kilka postawionych pytań. Zostały one zamieszczone na stronie projektu poświęconej wydarzeniu:

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



Rezultaty:

Kurs uwspólnia odrębne podejścia metodologiczne oraz dostarcza narzędzi i technik w celu dostosowania pracy w zależności od różnych potrzeb związanych z udzielaniem pomocy.

Zwraca szczególną uwagę na szczególnie wrażliwe grupy społeczne, takie jak: dzieci i młodzież, kobiety w ciąży, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnością fizyczną, osoby zmagające się z problemami psychicznymi. Zwraca również uwagę na ratowników będących w różnych etapach udzielania interwencji, przygotowania, ostrej fazy oraz działań następczych.

Prelegenci skoncentrowali się na wartościach związanych z równością, prawami człowieka i dostępności do zasobów oraz na szybkim zbudowaniu nowej równowagi w życiu jednostki i społeczności po masowych katastrofach lub krytycznych wydarzeniach jak również na wspieraniu odporności społeczności w każdej fazie kryzysu: fazie przedkryzysowej, fazie ostrego kryzysu i fazie obserwacji.

- ☐ Faza przed kryzysem: jest to stan przed zdarzeniem krytycznym, zasadnicze znaczenie ma zmniejszenie wystąpienia ryzyka i złagodzenie skutków kryzysu.
- ☐ Ostra faza kryzysowa: Faza ta stanowi istotę interwencji w nagłych wypadkach, zmienia się od czasu rozpoczęcia kryzysu do pierwszych 72 godzin.
- ☐ W zdarzeniach rekurencyjnych (np. epidemicznych) faza ostra może trwać przez pewien okres czasu.

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

Faza działań następczych: Jest to czas wykorzystania wniosków wyciągniętych z interwencji kryzysowej w celu określenia przyszłych strategii i praktyk.

Faza pokryzysowa pozwala uwrażliwić społeczność na profilaktykę dotyczącą przeciwdziałania w razie wystąpienia podobnych zdarzeń w przyszłości.

Podsumowując, szkolenie oferowało narzędzia, techniki i wskazówki dotyczące modeli interwencji kryzysowej.

Proponował protokoły działania, które mogą przydać się do rozwijania umiejętności działania i udzielania pomocy przez psychologów i psychoterapeutów pracujących w Interwencji Kryzysowej. Kurs ten ma powszechne zastosowanie w dziedzinie zdrowia psychicznego, promocji zdrowia publicznego oraz profilaktyki związanej z wydarzeniami traumatycznymi/kryzysowymi.



Dobra praktyka 26

Restrukturyzacja poznawcza, PTSD i choroba psychiczna

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Presov (Słowacja)

Autor: Kim T. Muser, Jennifer D. Gottlieb, Haiyi • Xie i wsp

Słowa kluczowe: Interwencja Indywidualna, Ofiara 1-go stopnia, Różne Rodzaje Traumy, Ciężka choroba psychiczna, PTSD, Restrukturyzacja Poznawcza

1. Opis wydarzenia

Leczenie reakcji pourazowych i PTSD u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, takimi jak schizofrenia lub choroba afektywna dwubiegunowa może być problematyczne i trudne. Podejście CBT (poznawczo-behawioralne) jest szeroko stosowane w leczeniu reakcji pourazowych oraz PTSD i wydaje się skuteczne. Często stosuje się krótką interwencję CBT (3 sesje), składającą się z ćwiczeń oddechowych i psychoedukacji. Pełną interwencję CBT (od 12 do 16 sesji) stosuje się szczególnie w przypadku restrukturyzacji poznawczej. Restrukturyzacja poznawcza jest techniką, która pomaga ludziom zmienić sposób myślenia o rzeczach, które ich niepokoją lub frustrują. W tym celu stosuje się kilka kroków, np. dialog sokratejski lub identyfikację i zapobieganie "błędom myślowym".

2. Ogólne warunki grupy i wykorzystane narzędzia

201 osób z ciężką chorobą psychiczną, taką jak schizofrenia, zaburzenie schizoafektywne, duża depresja, choroba afektywna dwubiegunowa oraz PTSD na podstawie SCID (Zaburzenia Dysocjacyjne) dla DSM-IV randomizowano przy użyciu podejścia RCT do 3-sesyjnej lub 12- do 16-sesyjnej interwencji CBT. Pierwszorzędnym, zmierzonym wynikiem było nasilenie objawów PTSD (przy użyciu CAPS, Weathers i in., 2013). Drugorzędnymi wynikami, które uzyskano, była wiedza na temat PTSD, potraumatyczne poznanie (PTCI, Foa et al., 1999), lęk (BAI, Beck & Steer, 1993), depresja (BDI-II, Beck i in., 1996), pozytywna i negatywna afektywność (PANASS, Kay i in., 1987), jakość życia (QOLI, Lehman i in., 1995) i globalne funkcjonowanie (GAF, Jones i in., 1995). Pomiar itemów przeprowadzono na początku badania, po leczeniu oraz po upływie 6- i 12-miescy od zakończenia oddziaływań terapeutycznych.

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Trzysesyjna interwencja została zaprojektowana w celu zapewnienia właściwej regulacji oddechu oraz psychoedukacji podejścia CBT, ale bez restrukturyzacji poznawczej. Ponadto wykorzystano materiały wideo oraz dyskusję na temat przyczyn i natury PTSD. Interwencje od 12 do 16 sesji zostały rozszerzone w celu restrukturyzacji poznawczej, a po pierwszych trzech sesjach ID Entical pozostałe 8-12 sesji koncentruje się np. na identyfikacji, ocenie i zmianie niepokojących i nawracających myśli, w tym przekonań dotyczących traumy.

4. Skutki

Badanie to pokazuje, że pacjenci, którzy otrzymali pełną 12- do 16-sesyjną CBT z restrukturyzacją poznawczą, doświadczyli znacznie większego zmniejszenia nasilenia objawów PTSD, niższe wskaźników diagnozy PTSD i poszerzenie wiedzy na temat syndromu PTSD, poprawę funkcjonowania globalnego i społecznego w porównaniu z pacjentami, którzy otrzymali krótką 3-sesyjną CBT bez restrukturyzacji poznawczej.

Źródła: Reference: 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). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 206(6), 501–508.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>



Dobra praktyka 27

Restrukturyzacja poznawcza i modyfikacja wyobrażeń

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Presov (Słowacja)

Autor: Regina Steil, Kerstin Jung, Ulrich Stangier

Słowa kluczowe: Indywidualna Interwencja, Ofiara 1-go typu, społeczno-humanitarne sytuacje kryzysowe, wykorzystywanie seksualne dzieci, PTSD, Poznawcza restrukturyzacja, modyfikacja wyobrażeń

1. Opis wydarzenia

Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie (CSA) jest traumatycznym wydarzeniem, które często powoduje problemy ze zdrowiem psychicznym w wieku dorosłym. W praktyce klinicznej wykazano, że wiele osób, które przeżyły CSA, cierpi na poczucie zanieczyszczenia (FBC). Osoby, które przeżyły CSA, mogą czuć obrzydzenie, gdy dotykają, patrzą lub myślą o własnym ciele. Ponadto osoby, które przeżyły CSA, często martwią się, że inni mogą zobaczyć, dowiedzieć się że byli wykorzystywani. Restrukturyzacja poznawcza jest skutecznym podejściem do korygowania dysfunkcjonalnej oceny pacjentów związanej z FBC. Modyfikacja wyobrażeń jest skuteczną metodą dotyczącą niejawnie przechowywanych skojarzeń związanych z reakcjami afektywnymi.

2. Ogólne warunki grupy i wykorzystane narzędzia

W badaniu wzięto udział dziewięć pacjentek, które spełniały następujące kryteria: wiek 18-65 lat; PTSD mierzone w wywiadzie klinicznym zgodnie z DSM-IV; cierpiące na FBC – poczucie bycia brudnym z powodu CSA, obrzydzenie dotyczące własnego ciała lub poszczególnych części ciała związanych z traumą lub przekonanie, że ciele nadal znajdują się resztki płynów ustrojowych sprawcy; przeżycie CSA zdefiniowane według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego - CSA jako napaść seksualna lub aktywność seksualna między małoletnim a osobą starszą, przy czym osoba starsza wykorzystuje pozycję dominującą do przymuszania lub zmuszania młodszej osoby do czynności seksualnych. Kryteria wykluczenia były następujące: otrzymanie interwencji psychologicznej w czasie badania; Diagnoza schizofrenii; zaburzenia schizoafektywnego lub choroby afektywnej dwubiegunowej według DSM-IV; wskaźnik masy ciała (BMI) mniejszy niż 16,5; aktywne uzależnienie od narkotyków, niepełnosprawność intelektualna.

Ewaluacja - trzy razy – a) przed interwencją, b) po interwencji, c) sześć tygodni po interwencji. Dokonywano jej przy użyciu skal samooceny; mierzono intensywność, żywość i niekontrolowalność FBC, związane z cierpieniem FBC, a także objawy PTSD przez PDS (Griesel i in., 2006).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Interwencja obejmuje sesję leczenia i sesję kontrolną. Podczas pierwszej sesji interwencyjnej: a) terapeuta i pacjent badają charakterystykę FBC; b) pacjent zostaje poinstruowany przez terapeuta; przeprowadza własne badania w Internecie na temat tego, w jaki sposób bodźce z ciała związane z urazami pacjenta zostały odbudowane od ostatniego kontaktu ze sprawcą; c) omówienie tych informacji z terapeutą; d) opracowywanie własnych obrazów odnowy ciała; e) sterowana aktywacja FBC i niepokojących obrazów oraz wykorzystanie własnych idiosynkratycznych obrazów odnowy ciała; f) jako praca domowa – co najmniej raz dziennie przez okres siedmiu dni słucha taśmy z prowadzoną sesją modyfikacji obrazów i wypełnia protokoły pracy domowej.

W sesjach przypominających (około 11 dni po sesji zabiegowej) omówiono efekty leczenia, problemy w stosowaniu metody oraz wdrożenie w życiu codziennym.

4. Skutki

Badanie to pokazuje, że znacznie zmniejszając intensywność, żywość, nieciągłość FBC, dystres związany z FBC, a także objawy PTSD o dużym nasileniu (d Cohena wahało się od 0,99 do 2,79) porównując pomiary przed interwencją i po sześciu tygodniach.

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

Źródła: Steil, R., Jung, K., & Stangier, U. (2011). Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.01.008>



Dobra praktyka 28

Akceptacja i terapia zaangażowania w opornym na leczenie PTSD

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Presov (Słowacja)

Autor: Michael P. Twohig

Słowa kluczowe: Interwencja Indywidualna, Ofiara 1-go stopnia, różne rodzaje urazów, oporne na leczenie, PTSD

1. Opis wydarzenia

Leczenie oparte na CBT i interwencja w PTSD wykazują silne oddziaływanie przed leczeniem oraz po zakończonej terapii. Wydają się być skuteczne w zmniejszaniu objawów PTSD u prawie dwóch trzecich osób z tymi problemami zdrowia psychicznego (Bradley i in., 2005). U jednej trzeciej osób, które przeżyły traumę i wystąpiły u nich problemami związane z PTSD konieczne jest poszukiwanie innych form terapii, które mogą być dla nich skuteczne. Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT; Hayes i in. 1999) zwraca coraz większą uwagę jako odrębne podejście terapeutyczne, które może być przydatne dla osób opornych na standardowe podejście CBT. ACT rozszerza tradycyjne podejście CBT, skupiając uwagę na funkcję myśli, uczuć i odczuć cielesnych za pomocą metod akceptacji i uważności.

2. Ogólne warunki grupy i wykorzystane narzędzia

Wpływ terapii ACT zbadano u Tracy – 43-letniej kobiety rasy kaukaskiej, która w ciągu ostatnich 20 lat przeszła różne sesje psychoterapeutyczne z trzema różnymi terapeutami, pracującymi w różnych podejściach terapeutycznych. Tracy w dzieciństwie była maltretowana przez matkę, a ojciec nadużywał alkoholu. Tracy była ofiarą regularnej i nieprzewidywalnej przemocy fizycznej i werbalnej ze strony matki. W wyniku tego znęcania się doświadczyła flashbacków i snów o nadużyciach, cierpi na stres pourazowy, nadmierne pobudzenie i inne objawy związane z PTSD. Ukończyła 20 indywidualnych 1-godzinnych sesji CBT dla PTSD, po których wykazała stopniowe zmniejszanie nasilenia objawów PTSD podczas terapii, ale zmiana nie była istotna klinicznie. Kobieta doświadczyła powrotu objawów po zakończeniu leczenia. Tym samym została zdefiniowana jako pacjentka oporna na tradycyjne leczenie PTSD. Na początku Tracy zdiagnozowano PTSD, duże zaburzenie depresyjne (MDD), nawracające MDD i Zaburzenia odżywiania w pełnej remisji przy użyciu SCID zgodnie z DSM-IV. Przed rozpoczęciem ACT Tracy wypełniła kwestionariusze: lęku (BAI; Beck et al., 1988), depresji (BDI-II; Beck, 1996), PTSD (PCL-C; Ruggiero et al., 2003), psychiczna elastyczność (AAQ; Hayes et al., 2004) oraz poznanie pourazowe (PTCI; Foa i in., 1999). Pomiary mierzono również po 8. sesjach, 16. i po zakończeniu (po 21 sesjach).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Tracy była pierwotnie zakontraktowana na 12 sesji ACT dla PTSD z umową, że dodatkowe sesje mogą się odbyć, jeśli ACT będzie dla niej przydatny. Pierwsze dwie sesje pomogły Tracy wyjaśnić, że próby kontrolowania myśli, emocji i odczuć cielesnych (doświadczenia wewnętrzne) były ogólnie nieudane i zakłócały jakość jej funkcjonowania. W następnych dwóch sesjach Tracy zauważyła, że nieustannie próbuje kontrolować swoje wewnętrzne doświadczenia poprzez unikanie i stosowanie archetypów (rozmowa wewnętrzna z samym sobą). Od 5 sesji praca skierowana była na procesach akceptacji oraz uważności, takich jak: akceptacja, rozbicie archetypów, przekonania. Tracy zaczyna od akceptacji, rozbicia archetypów i ćwiczeń behawioralnych. Od 10 sesji Tracy kontynuuje ćwiczenia, a na każdej sesji przegląda z terapeutą miniony tydzień i omawia miejsca, w których jej wewnętrzne doświadczenia powstrzymały ją przed zaangażowaniem się w znaczące działania. Sesje 17-21 były sesjami podtrzymującymi. Odbywały się co 3 tygodnie. Jest to etap utrwalania zmiany.

4. Skutki

Wyniki jakie uzyskała Tracy wykazały znaczną redukcję wszystkich objawów w trakcie leczenia, z wyjątkiem myśli i przekonań związanych z traumą, które nie zmniejszyły się aż do końca leczenia.

Źródła: Twohig, M.P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.



Dobra praktyka 29

Kognitywna Terapia Poznawczo-Behawioralna i Potraumatyczny wzrost

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Presov (Słowacja)

Autor: Anne C. Wagner, Lindsey Trobit, Tiffany Jenzer i wsp.

Słowa kluczowe: Interwencja Indywidualna, Ofiara 1-go stopnia, różne rodzaje urazów, PTSD, Potraumatyczny wzrost, Satysfakcja

1. Opis wydarzenia

Przeżycie traumy prowadzi do doświadczenia wyższego poziomu stresu psychicznego, a w dłuższej konsekwencji może prowadzić do poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak PTSD. Z drugiej strony, przetrwanie traumy i zmaganie się z traumą może osobiście prowadzić do pozytywnych zmian. Te pozytywne zmiany są definiowane jako wzrost potraumatyczny (PTG). Podczas przetwarzania wewnętrznego traumy ważne jest wsparcie społeczne. Wsparcie społeczne jest jednym ze źródeł, które mogą pomóc zmniejszyć objawy PTSD i ułatwić PTG. Kognitywna Terapia Poznawczo Behawioralna (CBCT; Monson & Fredman, 2012) wydaje się być skuteczna w radzeniu sobie z reakcjami pourazowymi.

2. Ogólne warunki grupy i wykorzystane narzędzia

40 par rekrutowanych z przychodni U.S. Veteran's Affairs i badań uniwersyteckich centrum zostały losowo podzielone na dwie grupy – grupa wspierana terapią CBCT i 3-miesięczna grupa z listy oczekujących (nie korzystająca ze wsparcia terapii). Kryteria doboru: 18-75 lat; jeden partner spełniający kryteria diagnostyczne dla obecnego PTSD zgodnie z CAPS (Blake i in., 1995). Kryteria wykluczenia: zagrożenie samobójstwem, osoby niebezpieczne dla społeczeństwa (agresywne), lub samookaleczające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w aktywnym uzależnieniu, mające aktywne zaburzenia psychiatryczne lub ChAD ocenione za pomocą SCID dla DSM-IV, obaj partnerzy spełniający kryteria PTSD lub występująca w związku przemoc seksualna lub fizyczna partnera w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Ewaluacje badań prowadzono: na początku badania, w połowie leczenia / 4-tygodniowe oczekiwanie i po leczeniu / 12-tygodniowe oczekiwanie.

Wykorzystane narzędzia: PTSD z wykorzystaniem CAPS, PTG z wykorzystaniem PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) oraz zadowolenie z relacji przy użyciu skali DAS (Spanier, 1976).

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Kognitywna Terapia Poznawczo-Behawioralna w PTSD (CBCT) została zastosowana jako interwencja docelowa. CBCT to trójfazowa, 15-sesyjna, skoncentrowana na traumie terapia kognitywna, zaprojektowana w celu jednoczesnego zmniejszenia objawów PTSD i poprawy funkcjonowania w parze (Monson & Fredman, 2012). W pierwszej fazie przedstawiono protokół leczenia i uzasadnienie oraz przedstawiono psychoedukację na temat objawów i relacji z PTSD. Druga faza koncentruje się na poprawie komunikacji, zmniejszeniu emocjonalnego odrętwienia i unikania związanego z PTSD oraz zwiększeniu satysfakcji z relacji. Trzecia faza koncentruje się na nadaniu znaczenia traumatycznemu wydarzeniu poprzez ponowną ocenę traumy, aby dojść do adaptacyjnej interpretacji wydarzenia. Ponadto leczenie polega na wykonywaniu zadań (prac domowych) między sesjami w celu utrwalenia nabywanych umiejętności, a w jednej z ostatnich sesji omawiane są PTG i jego przeszkody.

4. Skutki

Badanie to pokazuje, że CBCT dla PTSD zmniejsza objawy PTSD, poprawia zadowolenie z relacji, ułatwia pojawienie się potraumatycznego wzrostu (PTG) nawet przy ograniczonym skupieniu się na wytworzeniu potraumatycznego wzrostu w tej interwencji.

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

Reference: Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). The Role of Posttraumatic Growth in a Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 379–383. <https://doi.org/10.1002/jts.22122>

Dobra Praktyka 30

Interwencja poznawczo-behawioralna w PTSD i wzroście potraumatycznym

Odpowiedzialny partner: Uniwersytet Presov (Słowacja)

Autor: Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl, Andreas Maercker

Słowa kluczowe: Interwencja Indywidualna, Ofiara 1-go stopnia, różne rodzaje urazów, PTSD, Potraumatyczny wzrost, Interwencja Kognitywno-Behawioralna

1. Opis wydarzenia

Doświadczenie traumatycznego wydarzenia może doprowadzić do rozbicia podstawowych przekonań związanych ze światem, innymi i samym sobą. Tego rodzaju doświadczenie może powodować znaczące negatywne zmiany w zdrowiu psychicznym, np. reakcje pourazowe, takie jak PTSD, depresja lub lęk. Rozbite podstawowe przekonania mogą również prowadzić do pozytywnych zmian, znanych jako wzrost potraumatyczny (PTG). Podejście poznawczo-behawioralne, zwłaszcza sesje koncentrujące się na restrukturyzacji poznawczej, wydaje się być skuteczne w odbudowywaniu i redefiniowaniu rozbitych podstawowych przekonań i pomaga odzyskać powrót do satysfakcjonującego funkcjonowania po traumie i zwiększyć odporność na zagrożenia.

2. Ogólne warunki grupy i wykorzystane narzędzia:

Grupa składała się z 96 uczestników w wieku od 18 do 68 lat, którzy doświadczyli traumatycznego wydarzenia, które miało miejsce co najmniej miesiąc przed leczeniem i spełniło kryteria DSM-IV dla PTSD. Zostali oni losowo przydzieleni do leczenia lub do listy oczekujących (grupa kontrolna).

Ewaluację wykonywano na początku i po leczeniu.

Mierzone itemy: Reakcje stresu pourazowego (IES-R; Weiss & Marmar •, 1997); depresja i lęk (BSI; Derogatis, 1992); wzrost pourazowy (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996); optymizm (LOT-R; Scheier • et al., 1994); otwartość na doświadczenie (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992)

3. Interwencja: koncentracja na metodzie

Interwencja składała się z trzech faz leczenia: (1) konfrontacji z samym sobą, (2) odbudowy poznawczej, (3) dzielenia się w grupie i zakończenia. W pierwszej fazie pacjenci zostali poinformowani o mechanizmie ekspozycji i zostali poinstruowani, aby opisać doświadczane jako najbardziej bolesne obrazy i myśli związane z traumą. Powinni pisać w pierwszej osobie i czasie teraźniejszym oraz podawać szczegółowe opisy wszystkich bodźców doświadczanych w ciele, na które zwrócili uwagę podczas traumatycznych wydarzeń. W drugiej fazie uczestnicy otrzymali psychoedukację na temat zasad restrukturyzacji poznawczej. Celem tej fazy było stworzenie nowej perspektywy na traumatyczne wydarzenie i odzyskanie poczucia sprawstwa i kontroli. Uczestnicy napisali list wspierający do wymagowanego przyjaciela, który przeszedł przez to samo doświadczenie. Listy powinny odzwierciedlać poczucie winy i wstydu, kwestionować dysfunkcyjne automatyczne wzorce myślenia i zachowań oraz korygować nierealistyczne założenia. W trzeciej fazie pacjenci otrzymali psychoedukację na temat efektów dzielenia się ze społecznością. W ostatnim liście symbolicznie pożegnali się z traumatycznym wydarzeniem. Pacjenci podsumowali, co się z nimi stało, zastanawiali się nad procesem terapeutycznym i opisali, jak poradzą sobie teraz i w przyszłości.

4. Skutki

Badanie to pokazuje, że otrzymanie interwencji poznawczo-behawioralnej prowadzi do znacznego wzrostu potraumatycznego i pomaga poprawić objawy reakcji pourazowych, które znacząco przepowiadają pojawienie się wzrostu potraumatycznego po zakończeniu leczenia. Nie zaobserwowano wpływu interwencji poznawczo-behawioralnej na bardziej stabilne czynniki (optymizm i otwartość na doświadczenia).

Źródła: Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Intervention on

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

Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 16(03), 295-295.