

dr Alicja Kusiak-Brownstein

## Długoterminowa psychodynamiczna terapia grupowa skoncentrowana na traumie z elementami mentoringu rówieśniczego dla amerykańskich weteranów wojennych

*Długoterminowa psychodynamiczna terapia grupowa skoncentrowana na traumie, połączona z elementami mentoringu rówieśniczego umożliwia skuteczne przepracowanie pamięci posttraumatycznej, urazów moralnych i zamknięcie procesu żałoby w przypadkach nieoczywistej utraty.*

## Diagnoza PTSD

Amerykańscy lekarze świadomie obserwowali „niefizyczne rany wojenne” wśród osób powracających z wojny już od czasów I wojny światowej. Zespół symptomów, które nazywano wówczas nerwicą frontową (shock shell, war neurosis, battle fatigue, combat stress reaction), definiowano jako zespół reakcji psychosomatycznych, takich jak: lęki, koszmary nocne, bezsenność, flashback, depresja, poczucie beznadziejności i bezsilności, gwałtowne wahania nastroju, ataki paniki, gniewu i agresji, tendencje do izolacji, nadużywanie substancji zmieniających stan świadomości, skłonności samobójcze oraz problemy związane z układem krążenia. Symptomy te miały być wywoływane długotrwałą służbą wojskową w okopach, szczególnie pod zmasowanym ostrzałem artyleryjskim, lub były rezultatem bycia świadkiem lub uczestnictwem w bardzo stresujących wydarzeniach wojennych (Hochschild, 2011; Leese, 2014).

Rozwój amerykańskiej psychiatrii wojskowej po II wojnie światowej pogłębił zrozumienie tego syndromu, ale także skomplikował i upolitycyzył jego diagnostykę (Stein, Rothbaum, 2018). W pierwszym wydaniu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) z 1952 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) sklasyfikowało ten zespół symptomów pod jednostką chorobową nazwaną „reakcją na skomasowany stres” (gross stress reaction). Jeśli jej symptomy nie ulegały poprawie po sześciu miesiącach, zalecano zmianę diagnozy. Reakcja

na skomasowany stres została wyeliminowana z DSM-II w 1968 r., w szczycie wojny w Wietnamie. Dopiero pod wpływem działalności społecznej i politycznej weteranów wojen w Korei i Wietnamie w następnej dekadzie, jak też w wyniku badań nad ocalałymi z Holocaustu oraz osobami doświadczonymi przemocą seksualną, w 1980 r. APA dodała do DSM-III nową jednostkę nazwaną zespołem stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder) (Herman, 2015). Kryteria diagnostyczne PTSD nie są jednak stabilne, zmieniając się w kolejnych wydaniach i włączając DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) i DSM-V (2013), w których ostatecznie porzucono rozumienie PTSD jako rodzaju stanu lękowego (Crocq i Crocq, 2000).

**Według najnowszej definicji PTSD jest rezultatem intensywnego i długotrwałego doświadczenia stresu psychicznego wywołanego bezpośrednim doświadczeniem lub byciem świadkiem (exposure) wewnętrznych lub zewnętrznych sygnałów emocjonalnych (psychological cues), symbolizujących lub przypominających aspekt zdarzenia traumatycznego (North, 2009). PTSD diagnozujemy na bazie ośmiu zespołów kryteriów:**

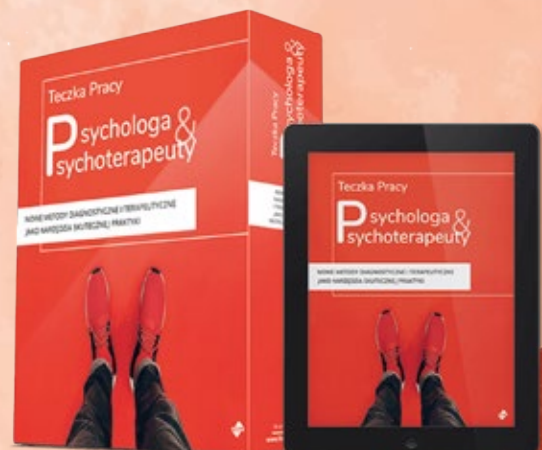
- stresory – doświadczenie bezpośrednio; bycie świadkiem traumy innych; wiadomość

reklama

# Teczka pracy psychologa i psychoterapeuty

**Ponad 1000 stron wiedzy dla specjalistów: psychologów i psychoterapeutów**

- Opracowania trudnych przypadków wraz z konkretnymi rozwiązaniami.
- Specjalistyczne narzędzia: kwestionariusze diagnostyczne, karty pracy, skrypty sesji terapeutycznych.
- Nowoczesne i skuteczne metody uwzględniające współczesne problemy klientów.



**Dowiedz się więcej i zamów na stronie:**

[www.teczkapsychologa.pl](http://www.teczkapsychologa.pl)

o traumie bliskich; doświadczenie zapośredniczone, np. w związku z pracą lub kontaktem z traumatyzującymi informacjami (trauma wtórna i trauma zapośredniczona);

- nawroty w formie niechcianych wspomnień i myśli; koszmary; flashbacki; stres emocjonalny i reakcje fizyczne wywołane wspomnieniem traumy;
- unikanie stymulatorów wywołujących związane z traumą myśli i uczucia, zewnętrznych elementów przywołujących pamięć o traumie;
- negatywne zmiany w procesie kognytywnym i w nastrojach, które rozpoczęły się lub nasiliły po traumie, włączając niezdolność do przywołania istotnych momentów traumatycznego doświadczenia; skrajnie negatywne myśli i przekonania dotyczące siebie lub/i świata; nadzwyczajne poczucie winy; negatywny afekt; poczucie odizolowania od świata; problemy w doświadczaniu pozytywnych aspektów życia;
- negatywne zmiany w pobudzeniu i reaktywności, w tym skłonność do irytacji i agresji; zachowania ryzykowne i destruktywne; nadpobudliwość; podwyższona lękliwość; zaburzenia snu;
- długotrwałość – symptomy powyżej miesiąca;
- negatywny wpływ na jakość życia;
- zmęczenie.

Dodatkowe symptomy to depersonalizacja i derealizacja (DSM-V-TR, wyd. 2022). Symptomy PTSD mogą nastąpić natychmiast po traumie lub uaktywnić się wiele lat po niej.

Problem PTSD wśród amerykańskich weteranów wojskowych jest traktowany jako jeden z priorytetów federalnej służby zdrowia ze względu na alarmująco wysoką liczbę samobójstw. W 2021 r. zidentyfikowano 30 177 przypadków osób w czynnej służbie i w stanie spoczynku, które odebrały sobie życie (Committee on Veterans' Affairs).

## Miejsce terapii grupowych w opiece zdrowotnej

Najważniejszą organizacją, która oferuje opiekę zdrowotną dla amerykańskich weteranów wojsko-

wych, jest Departament Stanu USA ds. Weteranów Wojskowych (United States Department of Veterans Affairs, w skrócie VA). To ministerstwo rządu federalnego powołane w 1988 r. jest rezultatem niemal stuletnich przekształceń administracyjnych instytucji federalnych zajmujących się świadczeniami dla weteranów wojskowych. VA jest obecnie największym systemem opieki zdrowotnej w USA, w pełni finansowanym przez rząd federalny. Zatrudnia on niemal pół miliona pracowników, w tym ok. 370 tys. personelu medycznego w ok. 1300 placówkach medycznych, obsługując ok. 9 mln weteranów i ich rodzin. W 2022 r. budżet usług medycznych VA wynosił ok. 65 milionów dolarów.

Relacje amerykańskich weteranów wojskowych i VA, zwłaszcza w latach 70. XX wieku, były nacechowane głęboką nieufnością ze strony byłych żołnierzy. Różnice ideologiczne i polityczne pomiędzy doświadczeniami weteranów a państwową propagandą wojenną odgrywały dużą rolę, ale równie ważnym powodem była niechęć VA do diagnozy PTSD, bo wiąże się ona z wysokimi kosztami leczenia. Finansowanie i długotrwałość terapii PTSD wywołanego służbą wojskową są do dziś kwestiami, które w ogromnym stopniu wpływają na diagnostykę tego schorzenia zarówno w teorii (DSM), jak i w praktyce (programy, zalecane terapie PTSD, plany prywatnych i państwowych firm ubezpieczeniowych pokrywających koszty leczenia).

Nieufność, a czasem jawny antagonizm weteranów wobec VA, poczucie alienacji społecznej oraz stygmatyzacja problemów psychicznych skłaniało wielu weteranów do szukania swojego towarzystwa w bardziej lub mniej zinstytucjonalizowanych formach z dala od placówek medycznych, np. w rap groups we wczesnych latach 70. ubiegłego wieku lub w późniejszych grupach Vet to Vet (VtV) (Egendorf, 1975). Grupy te miały charakter terapeutyczny, choćby poprzez tworzenie małych społeczności, w których weterani czuli się bezpieczni i akceptowani. VA wykorzystało ich doświadczenia do współczesnej konceptualizacji terapii grupowej skoncentrowanej na traumie oraz do tworzenia grup wsparcia i mentoringu rówieśniczego (peer mentoring). Obecnie system VA jest głównym miejscem, które oferuje amerykańskim weteranom, weterankom i osobom wojskowym szereg form terapii grupowej, m.in.: