Nieustannie zmieniające się wyzwania związane ze zrozumieniem, zarządzaniem i leczeniem samouszkodzeń bez skutków śmietelnych

Barent Walsh, PhD
barry.walsh@openskycs.org
508-631-2703

Agenda

- Przegląd głównych zachowań autodestrukcyjnych i różnicowanie NSSI od samobójstwa
- Przegląd powiązania pomiędzy nawracającymi zachowaniami NSSI i suicydalnością
- Omówienie niektórych uwarunkowań społecznych NSSI
- Omówienie wywiadu i interwencji pod kątem NSSI
- Omówienie narzędzi CBT do pracy z NSSI
- Omówić aspekty troski o samego siebie

Klasyfikacja różnicująca zachowania autodestrukcyjne

	Bezpośrednie	Pośrednie
Wysoka śmiertelność	Zachowanie samobójcze	Późna faza anoreksji; Głębokie uzależnienie
Średnia śmiertelność	Atypowe, ostre samouszkodzenie	Ryzykowne występki/wyczyny; Ryzykowny seks; Ostre zatrucie/odużenie
Niska śmiertelność	Często występujace, Niska śmiertelność samouszkodzeń	Bulimia; D/C leki psychotropowe

Lista bezpośrednich zachowań autodestrukcyjnych

- **Próby samobójcze**
  __ Użycie broni palnej__ Przedawkowanie __ Powieszenie się
  __ Otrucie się __ Skok z dużej wysokości

- **Poważne samouszkodzenia**
  __ Wyłuszczenie gałki ocznej __ Autokastracja __ Inne

- **Samouszkodzenie nietypowe**
  __ Okaleczenie twarzy, oczu, genitaliów, piersi
  __ Ciężkie samouszkodzenie wymagające założenia licznych szwów

  __ Połknięcie ciała obcego

- **Częste formy samouszkodzenia**
  __ Przecinanie skóry nadgarstów, rąk i nóg
  __ Przypalanie skóry, uderzanie się, rozdrapywanie ran

Pośrednie zachowania autodestrukcyjne

- **Nadużywanie substancji psychoaktywnych**

  __ alkohol __ marihuana
  __ kokaina __ substancje wziewne(klej, benzyna)
  __ narkotyki przyjmowane dożylnie
  __ środki halucynogenne, ecstasy
  __ metamfetamina __ opioidy __ inne (podać jakie)

- **Zachowania związane z zaburzeniami odżywiania się**

  __ jadłowstręt psychiczny __ żarłoczności psychiczna
  __ otyłość __ stosowanie środków przeczyszczających
  __ napadowe objadanie się __inne (podać jakie)

Pośrednie zachowania autodestrukcyjne

- **Niebezpieczne zachowania fizyczne**
  - __ np. chodzenie wysoko po dachu
  - __ przechodzenie między szybko jadącymi samochodami

- **Niebezpieczne zachowania sytuacyjne**
  - __ np. wsiadanie do samochodu z obcymi
  - __ spacerowanie samotnie po niebezpiecznej okolicy

- **Zachowania seksualne wysokiego ryzyka**
  - __ Seks wysokiego ryzyka, np. seks bez prezerwatywy z nieznajomymi

- __ **Przerwanie przyjmowania leków psychotropowych bez uzgodnienia z lekarzem**.

- __ **Nadużywanie/niewłaściwe przyjmowanie leków psychotropowych**.

Ćwiczenie

- Wybierz jednego z klientów przewjawiających zachowania autodestrukcyjne, z którym pracowałeś/aś
- Jeśli członkowie twojego zespołu są obecni, wykonajcie to ćwiczenie razem
- Wypełnij listę bezpośrednich i pośrednich form zachowań autodestrukcyjnych
- Ile bezpośrednich i pośrednich zachowań autodestrukcyjnych udało Ci się wyodrębnić?

Hierarchia ryzyka

- Przpypisz najwyższy priorytet do zachowań letalnych wysokiego ryzyka, w szczególności highest priority to high lethality behaviors, especially (w kolejności):
  - samobójstwo
  - anoreksja (Joiner, 2005)
  - Nadużywanie twardych narkotyków (np.: narkotyki przyjmowane dożylnie, opioidy, crack, metaamfetamina)
  - Zachowania ryzykowne od umiarkowanych po ekstremalne
  - nietypowe, ekstremalne formy samouszkodzenia
  - Częste formy samouszkodzenia o niskiej letalności

Ocena

- Przeprowadź dokładną, niezależną ocenę dla każdego rodzaju autodestrukcyjnego lub ryzykownego zachowania.
- Zidentyfikuj, jakie okoliczności i kiedy prowadzą, do określonych zachowań. Te wyzwalacze stają się celami leczenia o wysokim priorytecie.
- Zauważ, że im bardziej autodestrukcyjne zachowania i im dłuższy jest ich okres trwania, tym większe staje się ryzyko "habituacji lub nabytego braku lęku" (Joiner, 2005).
- *W pierwszej kolejności skup się na głównych zachowaniach w hierarchii ryzyka. Nie jest realne próbować odnieść się do nich wszystkich w tym samym czasie.*

Różnicowanie samobójstwa od NSSI

	Suicide	NSSI
Występowanie	2019: 14.5 na 100,000; 10 w rankingu przyczyn śmierci, 2 pośród młodych ludzi (w wieku 15-24). AAS (2021) W Polsce, próby samobójcze wzrosły o 40% od 2013-2020. Zamachy bombowe wzrosły o 15%	2015: 17.6% nastolatów ze szkół średnich w USA- co najmniej 1 incydent NSSI w ciągu ostatniego roku. 1 na 10 mężczyzn, 1 na 4 kobiety. CDC-YRBSS (Monto et al. 2018)
Intencja	*Permanentne zakończenie nieszczęścia*; odcięcie świadomości	*Tymczasowa regulacja emocjonalnego dystresu*; efekt wpływu zmienia się z innymi
Letalność metody	Wysoka śmiertelność: postrzelenie z broni palnej (51%), powieszenie (28%), otrucie/ O.D. (14%), Polska: Główne metody?	Niska letalność: cięcie się(80.1%), rozdrapywanie ran(46.2%), uderzanie samego/samej siebie 42.5%), przypalanie się (24.8%). (Muehlenkamp et al. 2018

Obecnie przyjmuje się, że pełne ogrodzenie zostanie założone w styczniu 2023 roku

CRISIS COUNSELING
THERE IS HOPE
MAKE THE CALL
THE CONSEQUENCES OF
JUMPING FROM THIS
BRIDGE ARE FATAL
AND TRAGIC.

Różnicowanie samobójstwa od NSSI

	Samobójstwo	NSSI
Cięcie się jako metoda popełnienia samobójstwa vs. NSSI	Samobójstwo poprzez cięcie się/ piercing jest rzadkie: 1.9% osób tnących się/piercingujących swoje ciało umiera; Wynika z tego, że 98.1% używa innych metod.	Cięcie się jest najczęściej wybieraną, praktycznie uniwersalną formą NSSI zarówno w próbach populacyjnych i klinicznych
Częstotliwość	Niska częstotliwość zachowania nawet wśród osób ciężko chorych	Zazwyczaj wysoka częstotliwość: kilka epizodów na osobę
Ilość metod	Ci, którzy wybierają więcej niż jedną metodę mają większe ryzyko śmierci	Zarówno w próbach populacyjnych i klinicznych wybierana jest mnogość metod; e.g. Klonsky (2009) 90%.

Różnicowanie samobójstwa od NSSI

	Samobójstwo	NSSI
Ideacja	Ideacja suicydalna dominuje; mniej pozytywnych powodów do życia (RFL) i przywiązania do niego (AL) (Muehlenkamp 2010)	Ideacja suicydalna występuje sporadycznie; niepokojąca, gdy się pojawia; więcej pozytywnych RFL i AL
Treści poznawcze i afekt	Bezradność i poczucie braku nadziei dominują; słabsze rozwiązywanie probleów	Pojawianie się bezradności i poczucia jest mniej prawdopobodne, gdy NSSI “działa”; more intact problem solving
Następstwa	Utrzymująca się rozpacz; często wysoka letalność	Natychmiastowa ulga; obniżenie negatywnego afektu

Różnicowanie samobójstwa od NSSI

	Samobójstwo	NSSI
Reakcje innych osób	Większość wyraża troskę i wsparcie; działania zmierzające w kierunku ochrony	Utrzymujące się w czasie NSSI może być potępiane, osądzane netatywnie; często występują zachowania zakłócające terapię (przeciwprzeniesienie)
Środki bezpieczeństwa?	Często ważna jest interwencja zapobiegawcza	Często nieprzemyślane, przynoszące efekt odwrotny do zamierzonego

Uwagi ku przestrodze: samouszkodzenia vs. Zachowania samobójcze

Generalnie samouszkodzenia nie mają na celu prowadzić do samobójstwa. NSSI są jednak czynnikiem ryzyka dla zachowań samobójczych.

Ważne jest podkreślanie, że mimo, iż te zachowania różnią się od siebie, mogą pojawiać się u tej samej osoby.

Związek pomiędzy NSSI i próbami samobójczymi

Klonsky i in. (2013) zaobserwowali związek pomiędzy NSSI i próbami samobójczymi w czterech różnych próbach:

- Nastoletni uczniowie szkół średnich (n = 426)
- Nastolatki hospitalizowane w zakładach opieki psychiatrycznej (n = 139)
- Studenci uniwersyteccy (n = 1364)
- Próba spośród losowo wybieranych telefonicznie dorosłych w USA (n = 438)

NSSI i próby samobójcze

We wszystkich czterech próbach, NSSI wykazywało silny związek z próbą samobójczą (mediana phi = .36)

Tylko ideacja suicydalna wykazywała silniejszy związek (mediana phi = .47)

Związki były mniejsze dla:

- Zaburzenia osobowości typu borderline (.29)
- Depresji (.24)
- Lęku (.16)
- Impulsywności (.11)

NSSI i próby samobójcze

Victor i Klonsky (2014) przeprowadzili metaanalizę 52 badań porwónujących samouszkodzenia z i bez prób samobójczych(SA).

Wyniki – Najsilniejsze predyktory SA w kolejności to:

- Ideacja suicydalna
- Częstotliwość NSSI
- Ilość metod
- Poczucie braku nadziei

NSSI i próby samobójcze

- Nock (2016) zakwestionował badania Klonsky'ego na polu metodologicznym. Jednakże Glenn i Nock (2014) powtarzają obserwacje z badań Klonsky'ego twierdząc,
- "Rosnąca ilość bieżących dowodów sugeruje, że NSSI może być obiecującym predyktorem… prób samobójczych."

NSSI i próby samobójcze

Glenn i Nock zauważają także,

"… NSSI jest jednym z najbardziej pewnych, potencjalnych czynników ryzyka dla prób samobójczych u nastolatków

… nawet większym niż użyteczność przeszłych prób samobójczych w ich określaniu (wcześniej uznany jako najsilniejszy czynnik ryzyka dla przyszłych zachowań suicydalnych; (Glenn i Nock 2014, p. 8).

Niedawno opublikowane badania nt. NSSI/ samobójstw

Chesin i in. (2017) zaobserwowali, że:

- U dorosłych z zaburzeniami nastroju przed ukończonym 18 rokiem życia, u których występowały NSSI istniało dwukrotnie większe ryzyko podjęcia próby samobójczej niż u dorosłych z zaburzeniami nastroju, którzy nie uszkadzali swojego ciała
- Ponadto, u osób, które dokonywały samouszkodzeń w młodości i będąc dorosłymi, zdecydowanie wcześniej dochodziło do prób samobójczych w porównaniu z tymi, którzy zaczynali uszkadzać swoje ciało w dorosłości

Niedawno opublikowane badania nt. NSSI/ samobójstw

Ammerman i in. (2018) zaobserwowali, że:

Występowanie NSSI przed 12 rokiem zycia może wskazywać, że w przyszłości:

- NSSI będzie miało wyższą częstotliwość
- Pojawi się więcej metod samouszkadzania
- Będzie więcej wizyt w szpitalu związanych z NSSI
- Nie zaobserwowano natomiast różnic w stosunku do prób samobójczych, ale osoby, u których wcześniej dochodziło do samouszkodzeń ciała, były bardziej skłonne do obmyślania planu samobójstwa

Konkludując: Samobójstwa i NSSI

NSSI w dużym stopniu różni się od samobójstwa,

mimo tego….

NSSI jest głównym czynnikiem ryzyka dla prób samobójczych

Wedle dobrej praktyki klinicznej:

- Zrozum, zarządzaj i pracuj nad określonymi zachowaniami z uwzględnieniem różnic między nimi
- Określaj je z różnych perspektyw; poddawaj osobnej ocenie
- W przypadku interweniuj wcześnie NSSI celem zapobiegania suicydalności.
- Nigdy nie umniejszaj znaczenia NSSI
- Pamiętaj: NSSI może oznaczać “podwójne kłopoty”

Kończąc temat samobójstw

Ogólnokrajowa linia zapobiegania samobójstwo

1-800-273-TALK (8255) – Angielski lub hiszpański

Pomoc przez sms: 741741

Niedługo pod numerem: 988 (7/16/2022)

Linie życia dostępne w Polsce?

Więcej informacji:

NSSI – dane demograficzne

- W 2015 na próbie społecznej 32,521 uczniów szkół średnich w Stanach Zjednoczonych (11 stanów) 1 na 10 mężczyzn oraz 1 na 4 kobiet zgłaszało NSSI w ciągu ubiegłego roku (Monto i in. 2018).

- W innych badaniach, brak różnic między płciami (Cipriano i in. 2017)

- W badaniu Monto zaobserwowano: NSSI powiązane z depresją; myślami, planami i próbami samobójczymi; statusem mniejszości seksualnej; byciem nękanym elektronicznie; paleniem; nadużywaniem substancji.

NSSI – dane demograficzne

- NSSI pojawiają się u większości między 13 i 16 rokiem życia; U 12-latków i młodszych: dochodzi do większej ilości NSSI w ciągu życua, większej zmienności metod, większa potrzeba leczenia szpitalnego (Muehlenkamp i in. 2018).

- Kobiety są bardziej skłonne do przecinania skóry i rozdrapywania ran; Mężczyźni preferują bardziej agresywne metody takie, jak: uderzanie samego siebie, uderzanie głową i walenie pięścią w ścianę (Cipriano i in. 2017; Ammerman i in. 2019).

Dane demograficzne ze Stanów Zjednoczonych

- Dane z 2017 Massachusetts YRBS sugerują, że 14.5% uczniów szkół średnich (spadek z 18%) i 16.8% uczniów od klas 6 do 8 (wzrost z 15.8%) zgłaszało dokonanie samouszkodzenia podczas poprzedniego roku (Mass. DOE, 2019)

- W badaniach przeprowadzonych przez uniwersytety Cornell i Princeton, na próbie prawie 3000 studentów, 17% z nich zgłosiło, że dokonywało samouszkodzeń (*Whitlock i in. 2006b*).

-- W kolejnym badaniu Whitlocka (2008), w którym udział wzięło 8 college'ów i ponad 11,000 studentów, 15.3% zgłaszało samouszkadzanie ciała w ciągu życia; 29.4% studentów zgłosiło więcej niż 10 epizodów

NSSI na świecie

Wysoki poziom “umyślnych samouszkodzeń” (np. 2.5 do 11.8% wśród nastolatków) zostały zaobserwowane również w innych krajach:

- Zjednoczone Królestwo Brytyjskie
- Australia
- Japonia
- Irlandia
- Belgia
- Norwegia
- Niemcy
- Holandia

NSSI w Polsce?

-- (Rodham & Hawton, 2009; Claes & Muehlenkamp, 2014)

Subkulturowe wpływy i większe występowanie NSSI

Bezpośrednie modelowanie wpływa na obraz NSSI w mediach

- Popularne programy telewizyjne, teledyski i filmy przedstawiają osoby dokonujące uszkodzeń swojego ciała
- Ludzie znani medialnie zgłaszają samouszkadzanie swoich ciał *(następny slajd)*
- Wiele stron internetowych, chatów, blogów jest poświęcone tematyce samouszkodzeń
- Liczne widea na YouTube przedstawiają

Sławne osoby, które ujawniły lub dały dowody angażowania się w NSSI

- Johnny Depp, aktor
- Angelina Jolie, aktorka
- Księżna Diana
- Christina Ricci, aktorka
- Amy Winehouse, piosenkarka
- Lindsay Lohan, aktorka
- Miley Cyrus, piosenkarka
- Fiona Apple, piosenkarka
- Demi Lovato, piosenkarka

Celebryci/
Sławne osoby z Polski?

“Dwie strony medalu”

Lewis and Seko dokonali przeglądu korzyści i niebezpieczeństw związanych z aktywnością NSSI w sieci (2016)

Korzyści:

- Ograniczanie społecznej izolacji
- Recovery encouragement
- Emocjonalne odsłonięcie się
- Ograniczanie pragnienia NSSI

“Dwie strony medalu”

Potencjalne ryzyka NSSI w internecie:

- Wzmacnianie NSSI
- Wywoływanie pragnienia dokonania NSSI
- Stygmatyzacja NSSI

Nie możemy kontrolować internetu. Mamy jednak wpływ na pomoc ludziom w dokonywaniu świadomych decyzji…

Gorący temat- Kolczyki z żyletką

Gorący temat- Klamra do paska z żyletką

Z google.com Złoto w cenie $59.95

“Pokaż swój ostry styl.”

“Silver Razor Blade Necklace - Enchanted Razor's Edge - Jewelry by TheEnchantedLocket - UNISEX Birthday Wedding Christmas Anniversary Gift”

Spekulacje związane ze zwiększeniem występowania NSSI

Aspekty wpływu nastoletniej grupy rówieśniczej, kontynuacja…

- Nastolatkowie kładą duży nacisk na bycie postrzeganymi jako “ekstrawaganccy outsiderzy” przez rówieśników i osoby dorosłe.

- Spójność grupy rówieśniczej jest wzmacniana poprzez zachowania, które dorośli potępiają lub których się obawiają.

Spekulacje związane ze zwiększeniem występowania NSSI

Aspekty wpływu nastoletniej grupy rówieśniczej, kontynuacja…

- Młodzież jest skoncentrowana na działaniu. Samouszkodzenie jest dramatyczne, widoczne, a jego konsekwencje są dostępne natychmiast.

- Samouszkodzenia są widziane jako „niedużo różniące się” od popularnych sposobów ozdabiania lub modyfikacji ciała.

Spekulacje związane ze zwiększeniem występowania NSSI

Wewnętrzne elementy psychologiczne

- Samouszkodzenie działa; (chwilowo) redukuje napięcie i przywraca poczucie równowagi psychicznej.
- Samouszkodzenie wprowadza mocny wydźwięk do komunikacji.
- Samouszkodzenie zapewnia poczucie kontroli i umocnienia pozycji

Wprowadzenie Modelu stopniowej opieki

Dlaczego model stopniowej opieki

- Dostępny jest szeroki zakres interwencji wobec NSSI
- Model stopniowej opieki pozwala klinicystom wybierać odpowiednie interwencje dla każdej osoby i/lub rodziny
- Potrzeby każdego klienta powinny być dopsowane do odpowiedniego stopnia
- Postępy powinny być skurupulatnie monitorowane, aby określić, czy osoba powinna kierować się krok wyżej lub niżej

Model stopniowej opieki

W Modelu stopniowej opieki osoby zazwczaj zaczynają od mniej intensywnego stopnia i wchodzą wyżej, jeśli to konieczne…

Droga w górę zazwyczaj wiąże się z:

- Zwiększonym ryzykiem
- Wyższą intensywnością i czasem trwania problemów behawioralnych
- Wyższą intensywnością i czasem trwania interwencji
- Wyższymi kosztami

Przykładowo…

Uczeń, który zadrapał nadgarstki kilka razy ostrzem od temperówki (przy braku obecności innych problemów), prawdopodobnie:

- Nie wymaga diagnozy decyzującej o hospitalizacji psychiatrycznej
- Nie potrzebuje Dialektycznej Terapii Behawioralnej (DBT)
- Powinien otrzymać opiekę ambulatoryjną, która pomaga identyfikować bodźce poprzedzające i uczy radzenia sobie

Bardziej skomplikowane przykłady

1) Osoba tnąca nadgarstki 20 razy, ale bez potrzeby interwencji medycznej
2) Osoba tnąca się, potrzebująca 5 szwów
3) Osoba celowo połykająca małą śrubkę lub spinacz
4) Osoba połykająca 8 tabletek Tylenolu (u nas Paracetamol)

-- Jak je klasyfikować?

Rodzaj samouszkodzeń i inne istotne problemy		Interwencje
Chroniczne/nawracające/nietypowe/ciężkie samouszkodzenia przy nawracających tendencjach samobójczych, połykaniu ciał obcych i innych problemach (takich jak agresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych, poważne zaburzenia odżywiania się, zachowania niebezpieczne, brak instynktu samozachowawczego)	STOPIEŃ 4 Stopień 3+	• Terapia, taka jak DBT lub IMR, w wersji dla osób z powtarzającymi się zachowaniami autodestrukcyjnymi (rozdział 17) • Leczenie w ośrodku (rozdział 18) • Pobyt w mieszkaniu chronionym i wsparcie, zarządzanie przypadkiem, leczenie w ośrodku dziennym, pobyt w świetlicy, programy zdrowienia itp. według zaleceń
Utrzymujące się i/lub nietypowe samouszkodzenia oraz inne problemy (np. myśli i próby samobójcze, objawy zaburzeń stresowych pourazowych, poczucie obcości ciała, zaburzenia odżywiania się, nadużywanie substancji psychoaktywnych)	STOPIEŃ 3 **Stopień 2+**	• Praca nad postrzeganiem własnego ciała (rozdział 15) • Terapia ekspozycyjna (rozdział 16) • Przeformułowanie poznawcze w zaburzeniach stresowych pourazowych (rozdział 16) • W razie potrzeby hospitalizacja na prośbę rodziny lub zatrudnienie dodatkowego opiekuna
Nawracające i częste samouszkodzenia będące niewielkim zagrożeniem życia	STOPIEŃ 2 Stopień 1+	• Trening umiejętności zastępczych (rozdział 11) • Terapia poznawcza (rozdział 12) • Terapia rodzinna (rozdział 13) według wskazań • Leczenie psychofarmakologiczne (rozdział 14) według wskazań
Pierwsze lub jedno z pierwszych samouszkodzeń	STOPIEŃ 1	• Interwencje wstępne: wyciszony, stonowany styl bycia, pełne szacunku zainteresowanie (rozdział 7) • Ocena formalna (rozdział 8) • Ocena poznawczo-behawioralna (rozdział 9) • Praca z uwarunkowaniami sprawczymi (rozdział 10) • Po dokonaniu oceny, jeśli samouszkodzenia są typowe i raczej nie zagrażają życiu, następuje przejście do stopnia 2. Jeżeli samouszkodzenia są nietypowe i ciężkie (rozdziały 3 i 9), następuje od razu przejście do stopnia 3
Edukacja dotycząca samouszkodzeń i zapobieganie im	STOPIEŃ 0	• Kontrolowanie procesu „zarażania się" samouszkodzeniem wśród młodzieży oraz zapobieganie samouszkodzeniom (rozdział 20 i 21) • Edukacja dotycząca „zabawy" w duszenie się i podobnych zjawisk oraz zapobieganie im (rozdział 22)

Ryc. II.1 Model stopniowania opieki w leczeniu osób dokonujących samouszkodzeń

Krok 1:

1A. Nieformalna reakcja

1B. Ocena występowania nietypowych, ostrych form NSSI

1C. Ocena formalna (kwestionariusze)

1D. Szczegółowa ocena poznawczo-behawioralna

1E. Restrukturyzacja poznawcza CBT

Kliniczna definicja samouszkodzeń

„Samouszkodzenie to celowe, niezagrażające życiu, zadane sobie samemu uszkodzenie lub zniekształcenie ciała o nieakceptowanym społecznie charakterze, dokonywane w celu redukcji cierpienia emocjonalnego oraz/lub wpłynięcia na inne osoby.”

(Walsh, 2021)

Cztery kroki w leczeniu NSSI

Krok 1A: Nieformalna reakcja

-- Znaczenie języka

> język profesjonalny (samookaleczanie vs. samouszkadzanie)

> język nacechowany negatywnie

> język idiosynkratyczny

-- Postawa interpersonalna

> Wyciszona, obiektywna

> Pełna szacunku ciekawość (Kettlewell, 1999)

Cztery kroki w terapii NSSI

Krok 1B: Kiedy NSSI jest w momencie kryzysowym

Nietypowe, poważne samouszkodzenia

- Nietypowy poziom uszkodzeń, np.wymagających licznych szwów czy interwencji medycznej
- Nietypowe, budzące niepokój lokalizacje uszkodzeń, np. twarz, oczy, piersi, genitalia, odbyt
- Połykanie ciał obcych

Cztery kroki w terapii NSSI

Krok 1C: Ocena formalna (kwestionariusze)

- Korzyści:
- Stanowią źródło wymiernych danych umożliwiających monitorowanie zmian i postępów
- Dogłębność; zadają pytania które mogłyby nie paść w wywiadzie
- Szczególnie zalecane do celów klinicznych: **FASM** (zob. materiały szkoleniowe)

Inne pomiary NSSI

Inne pomiary do wykorzystania klinicznego:

- ISAS (Lista oświadczeń w sprawie NSSI)
- Część SITBI poświęcona (Wywiad w sprawie myśli i zachowań związanych z samouszkadzaniem)

Zob. Itriples.org/measures/

… … w celu uzyskania wachlarza narzędzi pomiaru NSSI

Cztery kroki w terapii NSSI

Krok 1D: Ocena poznawczo-behawioralna

- Środowiskowa
- Biologiczna
- Poznawcza
- Emocjonalna
- Wymiar behawioralny

Krok 1D: ocena NSSI

1. Zdarzenia poprzedzające (zdarzenia w środowisku)
2. Zdarzenia poprzedzające (elementy biologiczne)
3. Zdarzenia poprzedzające (myśli, uczucia, zachowania)
4. Nasilenie pragnienia (można zastosować skalę

0 – 4)

1. # Uszkodzenia
2. Początek i koniec epizodu samouszkadzania
3. Ból fizyczny?
4. Stopień uszkodzeń fizycznych (długość, szerokość; potrzeba zakładania szwów? Jeśli tak, ilu?)
5. Miejsca na ciele

Krok 1D: Ocena NSSI (cd.)

10. Ukryte czy wyeksponowane?
11. Wykorzystywanie słów, symboli?
12. Korzystanie z narzędzi (Tak/Nie – jeśli tak, typ)
13. W jakim miejscu lub pomieszczeniu dokonywane jest SI
14. Dokonywanie SI w samotności czy towarzystwie
15. Co dzieje się po SI (myśli, uczucia, zachowania)
16. Co dzieje się po SI (elementy biologiczne; zadbanie o siebie?)
17. Co dzieje się po SI (zdarzenia w środowisku)
18. Motywacja aby przestać? Efekty z odbicia?
19. Inne idiosynkratyczne szczegóły (standard)

Podsumowanie: Kompleksowa ocena NSSI

Autowzmocnienia pozytywne np. “SI sprawia, że czuję się na haju.”	Autowzmocnienia negatywne np. “SI daje mi taką ulgę w cierpieniu!”
Pozytywne wzmocnienia społeczne np. “Kiedy się samouszkadzam, mój chłopak ponownie się mną interesuje.”	Negatywne wzmocnienia społeczne np. “Kiedy połykam, zabierają mnie do szpitala.” (Nock & Prinstein, 2004)

Krok 2 w terapii NSSI

2A. Nauka umiejętności zastępowania

2B. Terapia poznawczo-behawioralna

2C. Terapia rodzinna

2D. Mechanizmy biologiczne i leki

2E. Protokół postępowania w szkole lub w grupie

(w uzasadnionych przypadkach)

Skuteczne terapie NSSI u młodzieży (Glenn, et al. 2019)

- Autor przeanalizował 26 badań z randomizacją dotyczących terapii myśli i zachowań związanych z samouszkadzaniem (SITBs) u młodzieży.
- Znaleziono tylko jedną formę terapii z Poziomu 1, „terapie ugruntowane”, w kontekście skuteczności u młodzieży: DBT.
- Znaleziono pięć terapii z Poziomu 2, „prawdopodobnie skuteczne,” (w tym DBT; indywidualną i rodzinną terapię poznawczo-behawioralną; Zintegrowaną Terapię Rodzinną).

(Poziomy: J. of Clin Child & Adol Psychology)

Skuteczna terapia NSSI u młodzieży
(Glenn et al. 2019)

Elementy składowe:

- Nauka indywidualnych umiejętności
- Nauka umiejętności rodzinnych
- Edukacja i szkolenie rodziców

Zalecenia:

- Opracowanie krótszych interwencji
- Korzystanie z interwencji cyfrowych i internetowych

Terapia NSSI

Krok 2A: Nauka umiejętności zastępowania

- Negatywne zachowania zastępcze
- Uważny oddech
- Wizualizacje
- Ćwiczenia fizyczne bez elementu współzawodnictwa
- Pisanie – granie na instrumentach/słuchanie muzyki- ekspresja artystyczna
- Techniki odwracania uwagi
- Mówienie do siebie; mantry NSSI

Podstawowe techniki uczenia umiejętności

Naucz pacjenta stosowania skali subiektywnych jednostek cierpienia (skala SUDS Scale)

0 = najbardziej zrelaksowany, jaki kiedykolwiek byłeś…

100 = najbardziej nieszczęśliwy, jaki kiedykolwiek byłeś…

1) Określ się na SUDS przed praktyką umiejętności
2) Określ się na SUDS bezpośrednio po praktyce
3) Opracuj listę umiejętności, które skutecznie obniżają SUDS

Podstawowe techniki uczenia umiejętności

Jeszcze jedna praktyczna zasada:

Kiedy uczysz pacjenta danej umiejętności, zadaj sobie pytanie:

Co może pójść nie tak?

-- innymi słowy, pamiętaj o rozwiązywaniu problemów…

Negatywne zachowania zastępcze

Często wykorzystywane przykłady:

- Szarpanie za opaskę na nadgarstku
- Trzymanie zamrożonej pomarańczy albo zmrożonego wkładu do lodówki turystycznej (nie lodu!)
- Pisanie po ciele czerwonym flamastrem
- Głaskanie ciała miękkim pędzlem kosmetycznym lub innym przedmiotem

Więcej przykładów negatywnych zachowań zastępujących:

- Pisanie o samouszkadzaniu lub prowadzenie dziennika na ten temat
- Tworzenie prac przedstawiających samouszkadzanie
- Inne przykłady od uczestników?

Kilka technik oddechowych

1) „Jestem tutaj, jestem spokojny” (tzn.“Jestem tutaj, w chwili obecnej, bez oceniania”

2) Oddychanie z wydechem – 1-10 (technika mająca 2500 lat!)

3) Jon Kabat-Zinn:

“Dostrzeganie [uczucia, np. złości] pozwalanie, by było,”

“Dostrzeganie [uczucia, np. złości] uwalnianie go….”

Aplikacje do relaksacji i medytacji

Calm

Bowls (Śpiewy tybetańskie)

OMG, I can meditate!

Pacifica

Sleep Pillow

Mindfulness

Breath2Relax

Sitting still (like a frog)

Wizualizacja

Sugestie:

- Zaproponuj stworzenie własnej wizualizacji zamiast korzystania z gotowych rozwiązań
- Zaproponuj angażowanie wszystkich pięciu zmysłów podczas tworzenia wizualizacji
- Zachęć do stworzenia wielu, aby móc z czasem korzystać z nowych
- Zachęcaj do osobistego i twórczego podejścia

Ekspresja artystyczna

- Powinna być kojąca
- Reprezentacje samouszkadzania mogą uruchamiać proces lub stanowić jego próbę generalną. Oceń czy nie należy odradzać tematyki SI. Prace związane z samouszkadzaniem nie powinny być pokazywane rówieśnikom.
- Malarstwo, kolorowanie, szydełkowanie, ceramika
- Perfekcjonizm jest kontrproduktywny

Aplikacje wizualne, artystyczne

Koi Pond

Calm

Hypno

Aquarium live

Zen Garden

Sketch Master

Hair Color Dye

Color – type in “color”, many options

Ćwiczenia bez elementów współzawodnictwa

- Matthew Nock (Uniw. Harvardzki) wykazał, że energiczne ćwiczenia mogą być skuteczną strategią opierania się impulsowi, aby dokonać samouszkodzenia
- Pomóż pacjentowi określić rodzaj ćwiczeń i ich lokalizację
- Upewnij się, że okoliczności są bezpieczne
- Podkreśl, że tego rodzaju ćwiczenia nie mają na celu poprawy kondycji fizycznej
- Medytacje podczas spaceru, joga, Tai Chi,

Pisanie, prowadzenie dzienników

- Mogą stanowić skuteczne techniki radzenia sobie z problemem
- Mogą być przekazywane terapeucie w formie tekstowej lub podczas sesji
- NIE POWINNY być udostępniane rówieśnikom ze względu na potencjalnie wyzwalający efekt
- NIE POWINNY skupiać się głównie na samouszkadzaniu, ponieważ mogłoby to wyzwalać potrzebę tej czynności lub stanowić jej próbę
- Należy kłaść nacisk na identyfikację emocji, zmianę myśli, stosowanie zachowań, które pomagają sobie poradzić z problemem

Muzyka lub dźwięki jako umiejętność radzenia sobie z problemem

Zachęć pacjenta do określenia i zaopatrzenia się w muzykę, która wyraźnie redukuje subiektywne jednostki cierpienia (SUDs)

- Zaproponuj stworzenie w urządzeniu pacjenta kategorii „relaks” albo „kojąca”

Relaksujące aplikacje z muzyką i dźwiękami

Rain, Rain

Sleep Sounds

Relax Melodies

Relaxing Sounds

Sleep orbit

Dolphin sounds

White noise

Ocean waves

Techniki odwracania uwagi

Przykłady: granie w gry komputerowe, oglądanie komedii, gotowanie, surfowanie w internecie, zakupy, rozwiązywanie łamigłówek, itd.

Uwaga: są to *umiejętności polegające na odwracaniu uwagi*. Nie uczą akceptacji emocji; należą bardziej do zachowań unikowych.

Dlatego pacjenci potrzebują czegoś więcej niż tylko tych umiejętności. Mogą one być przydatne na początku terapii, ale nie są wystarczające.

Złożone aplikacje

MoodTools – pomoc w depresji poprzez edukację, dziennik myśli, aktywności, plan bezpieczeństwa, terapie

MoodKit – kompleksowa aplikacja CBT kładąca nacisk na myśli, aktywność społeczną i fizyczną, produktywność

Youper – złożona, interaktywna aplikacja

CBT-i Coach – pomoc w bezsenności

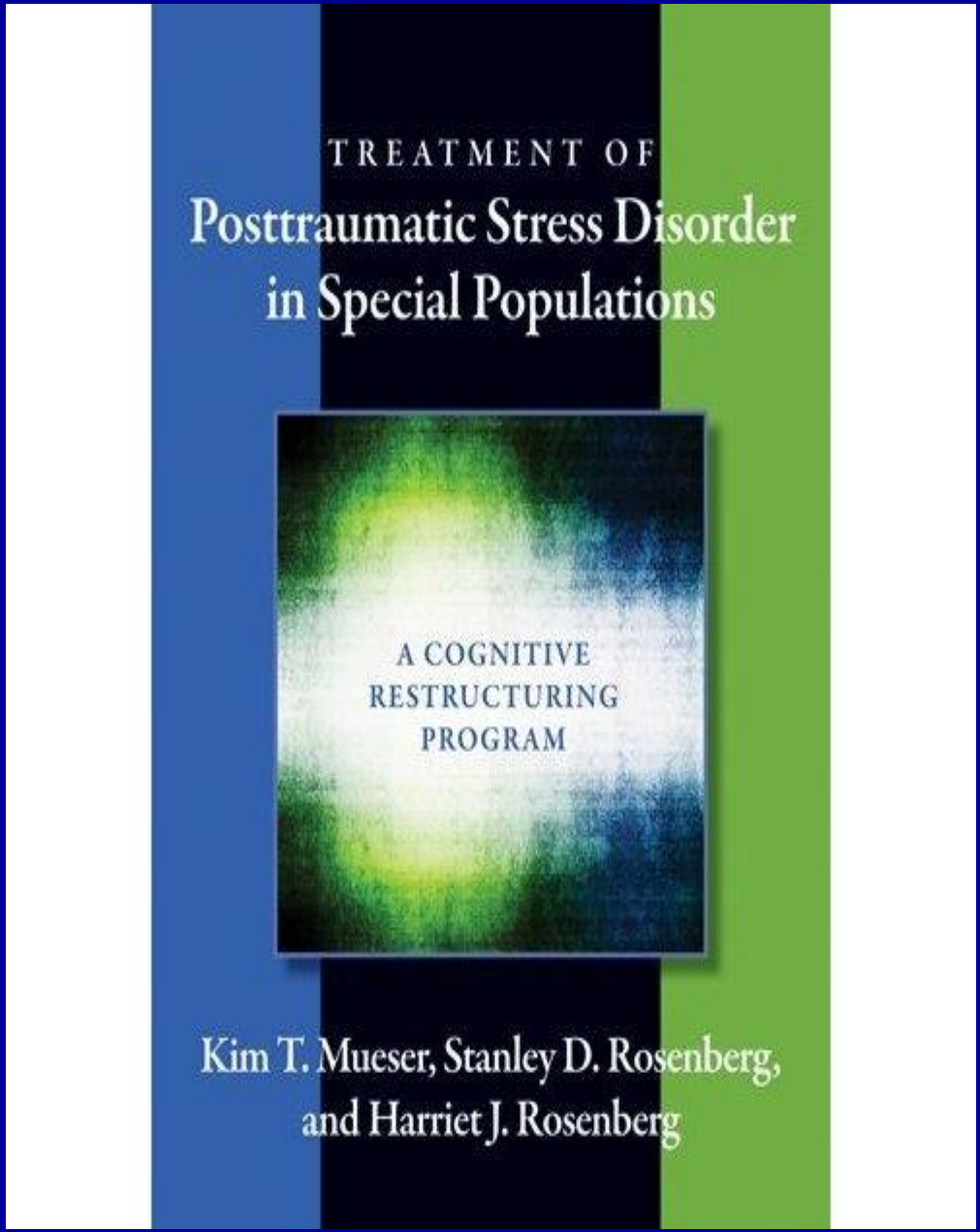
Podsumowanie: Umiejętności

- Pacjenci powinni rozwinąć różnorodne umiejętności
- Podstawą jest praktyka – z terapeutą i indywidualna
- Ważne jest systematyczne monitorowanie praktyki, np. poprzez zadania domowe
- Subiektywne jednostki cierpienia (SUDs) mogą być wykorzystywane we wszystkich umiejętnościach
- Pacjenci powinni mieć przy sobie listę umiejętności – w telefonie, portfelu, plecaku itp.

Krok 2B:

Terapia poznawczo-behawioralna

Mueser et al. 2009



Korzystaie z 5 kroków – podstawowa technika CBT

Technika 5 kroków pochodzi z 16-tygodniowego programu terapii PTSD niewymagającego ekspozycji, autorstwa Kima Muesera (Mueser et al. 2009).

Można ją zastosować jako podstawową technikę CBT ,aby pomóc przy występowaniu uporczywych myśli, które są:

- Negatywne
- Niedokładne
- Mocno zniekształcone
- Niepomocne

Przykłady takich myśli

„Typowe style myślenia”
(CSTs, Mueser et al. 2009).

CSTs – myśli katastroficzne

To myśli skupiające się na najbardziej ekstremalnym i przerażającym wyniku. Dana osoba zakłada, ze wydarzy się najgorsze.

- „A co, jeśli ktoś mnie napadnie w drodze z pracy?”
- „Nienajlepiej mi poszło na teście, pewnie nie przejdę do następnej klasy.”
- „A co jeśli ten kaszel jest objawem raka?”

CSTs – nadmierna generalizacja

Osoba zakłada od razu, że jeśli zdarza się coś złego, będzie się to stale powtarzało.

„Jeśli raz stałam się ofiarą, zawsze nią będę.”

„Nie udało mi się uchronić przed niebezpieczeństwem, dlatego nigdy nie będę umiał się o siebie zatroszczyć w przyszłości”

CSTs – oświadczenia typu „muszę,” „powinienem,” „nigdy”

Niepisane zasady o tym, jak ludzie myślą. Mogły zostać przyswojone w czasie dorastania i wydają się niezmienne. Kiedy nie ma możliwości podążania za nimi, powodują dyskomfort.

- „*Nigdy nie powinienem* do tego dopuścić.”
- „To *musi* być moja wina, że to trwało tak długo”

CSTs – „Wszystko albo nic”

Świat jest postrzegany w kategoriach ekstremalnych bez żadnych niuansów pomiędzy. Na przykład:

- „Skoro nie jestem idealny, jestem totalną porażką”
- “Świat jest całkowicie niebezpiecznym miejscem.”
- “Mój chłopak mnie rzucił; nikt nigdy mnie nie pokocha.”

CSTs – Wnioskowanie na podstawie emocji

Mamy z nim do czynienia, kiedy uczucia danej osoby kontrolują jej myśli mimo, że nie ma „twardych” danych, które to potwierdziłyby. Fakt, że ktoś coś czuje nie znaczy, że to prawda.

- “Czuję lęk, więc muszę być w niebezpieczeństwie.”
- “Czuję wstyd, więc to musi być moja wina.”
- “Czuję złość, więc ktoś musiał mnie źle potraktować.”

CSTs – Przeszacowanie ryzyka

Osoba myśli, że ryzyko złego zdarzenia jest znacznie wyższe, niż sugerują dane.

- „Mój ojciec mnie wykorzystywał, nie można ufać żadnemu mężczyźnie.”
- „Mój ostatni terapeuta odszedł, więc nie powinnam ufać temu”.

CSTs – Nieadekwatne lub nadmierne obwinianie się

Osoba obwinia się za coś, nad czym nie miała żadnej, albo bardzo niewielką kontrolę.

„Musiałam chcieć, aby to się działo, skoro wykorzystywanie trwało tak długo”

- „Skoro tylu ludzi mnie źle traktuje, musi być ze mną coś nie tak”

CSTs – Filtr mentalny

Myśli skupiające się tylko na negatywnych aspektach, a ignorujące te pozytywne

(przyciemniające okulary)

- „Moje ciało jest zbrukane wykorzystywaniem”
- „Nie mam żadnych mocnych stron”
- „Jestem głupi, nie wart miłości.” (kluczowe przekonania).

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

1. Sytuacja: Opisz stresującą sytuację :

_____

_____

2. Uczucie: Zaznacz najsilniejsze uczucie/uczucia:

> Strach / Lęk

> Smutek / Depresja

> Wina / Wstyd

> Złość

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

3. Myśli: Co myślę, co sprawia, że tak się czuję? Zapisz swoje myśli i zaznacz tą, która najsilniej wiąże się z danym uczuciem.

_____

_____

_____

_____

_____

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

Czy ta myśl należy do Częstych sposobów myślenia?

- Wszystko albo nic > Uzasadnianie emocjonalne
- Nadmierne uogólnianie > Filtr psychiczny a
- Muszę/Powinnam/Nigdy > Obwinianie się
- Katastrofizowanie > Przesadna ocena ryzyk

Ocena przekonania: 0 – 100 _____

Ocena poziomu stresu: 0 – 100 _____

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

4. Zweryfikuj swą myśli

- Jakie dowody stoją za tą myślą?

(Standard: Jak w sądzie lub procesie naukowym)

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

- Jakie dowody nie stoją za tą myślą?

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

5. Podejmij działanie!

Biorąc pod uwagę wszystkie dowody ZA i PRZECIW twojej myśli, jak trafna ci się ona wydaje?

- Ocena przekonania: (0 – 100) ____

__TAK, dowody uzasadniają tę myśl

__ NIE, dowody nie uzasadniają tej myśli

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

Jeśli dowody NIE uzasadniają tej myśli, pomyśl o nowej myśli, która by bazowała na dowodach.

Nowa myśl:

_____

_____

_____

_____

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

> Nowa myśl
-- Ocena przekonania: (0 – 100) ___
-- Ocena poziomu stresu: (0 - 100) ___

6. Jeśli dowody UZASADNIAJĄ twoją myśl, wypełnij Plan działania (Mueser, 2009)
7. Jeśli dowody nie uzasadniają twojej myśli, ale wciąż *silnie* cię ona przekonuje, wypełnij Matrycę konsekwencji (Mueser, 2009)

Przykład 5 kroków

- Osoba # 1:

-- 40 lat, wuefistka w liceum

-- W wieku od 6 do 12 gwałcona i doświadczajca przemocy ze strony brata

-- Dwudziestoletnia historia cięcia się, bulimii i ograniczania się

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

1. Sytuacja: Opisz stresującą sytuację : -- ***I have to see my brother at my mother's holiday party***

2. Uczucie: Zaznacz najsilniejsze uczucie/uczucia:

XX Strach / Lęk

> Wina / Wstyd

XX ***Smutek / Depresja***

> Złość

Using 5 Steps in Cognitive Restructuring

3. Myśli: Co myślę, co sprawia, że tak się czuję? Zapisz swoje myśli i zaznacz tą, która najsilniej wiąże się z danym uczuciem.

-- Ranił mnie już i może się to wydarzyć ponownie. To ktoś bardzo groźny.

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

Czy ta myśl należy do Częstych sposobów myślenia?

- Wszystko albo nic XX Uzasadnianie emocjonalne
- Nadmierne uogólnianie XX Filtr psychiczny
- Muszę/Powinnam/Nigdy > Obwinianie się
- Katastrofizowanie XX Przesadna ocena ryzyka

Ocena przekonania: 0 – 100 ***100***

Ocena poziomu stresu: 0 – 100 ***100***

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

4. Zweryfikuj swą myśli

- Jakie dowody stoją za tą myślą?

(Standard: Jak w sądzie lub procesie naukowym)

-- Stosował przemoc seksualną przez 6 lat. Znów pije, bo dostał mandate za jazdę po pijanemu w ostatnim tygodniu. Jest groźniejszy i bardziej impulsywny pod wpływem alkoholu.

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

- Jakie dowody nie stoją za tą myślą?

Nigdy nie ranił mnie w obecności innych osób. Jeśli by czegoś sprówał, mogłabym krzyczeć.

-- W sumie jak o tym myślę, to jest otyłym śmierdzącym kawałkiem gówna. Mogłabym skopać mu dupe!

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

5. Podejmij działanie!

Biorąc pod uwagę wszystkie dowody ZA i PRZECIW twojej myśli, jak trafna ci się ona wydaje?

- Ocena przekonania: (0 – 100) ***75***

__TAK, dowody uzasadniają tę myśl

XX NIE, dowody nie uzasadniają tej myśli

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

Jeśli dowody NIE uzasadniają tej myśli, pomyśl o nowej myśli, która by bazowała na dowodach.

Nowa myśl: ***Mój brat krzywdził mnie przez długi czas, ale to było dawno temu. Byłam malutkim dzieckiem. Jeśli spróbuje czegokolwiek, to nie jest w dobrej kondyncji, to kawał tłustego gówna. Mogłabym skopać mu dupę!***

5 kroków w ramach restrukturyzacji poznawczej (Mueser et al. 2009)

> Nowa myśl
-- Ocena przekonania: (0 – 100) **80**
-- Ocena poziomu stresu: (0 - 100) **20**

6. Jeśli dowody UZASADNIAJĄ twoją myśl, wypełnij Plan działania (Mueser, 2009)
7. Jeśli dowody nie uzasadniają twojej myśli, ale wciąż *silnie* cię ona przekonuje, wypełnij Matrycę konsekwencji (Mueser, 2009)

Krótki przykład nieformalnego korzystania z 5 kroków

Mój aktualny klient, młody dorosły, podzielił się tym, że zasługuje na cięcie się, ponieważ jest “kimś złym.”

Jest osobą z complex PTSD, związanymi z powtarzającymi atakami seksualnymi w dzieciństwie

Proste zapewniania, że nie jest “kimś złym” są ekstremalnie nieefektywne.

Krótki przykład kliniczny

Proszona o zdefiniowanie bycia “kimś złym”, powiązała to z “zaabsorbowaną sama sobą”, “okrutną dla innych”, “niegodną zaufania”, “celowo raniącą innych”.

Pomówiliśmy o “dowodach” na każdą z tych ocen. Wobec każdej z tych myśli nie znajdowała dowodów.

Uśmiechnęła się zakłopotana… Oto początek restrukturyzaji.

Krok 2D: Rozumienie mechanizmów biologicznych i farmakoterapia

Dlaczego NSSI “działają”? Hipoteza Ulgi równoważącej ból (Pain Offset Relief)

Dr. Joe Franklin proponuje wyjaśnienie NSSI poprzez “ulgę równoważącą ból” (i.e. “usunięcie/ redukcję;” Franklin, 2016)

Zwraca uwagę, że mózg doświadcza głębokiego stanu ulgi, kiedy fizyczny ból kończy się. A kiedy ból kończy się, osoby doświadczają bardziej przyjemnych uczuć niż poprzedni punkt wyjścia, czyli doświadczają przyjemnej ulgi.

Ulga równoważąca ból

Kluczowym aspektem jest to, że jednocześnie redukowane są nieprzyjemne uczucia i nasilane uczucia przyjemne.

Istnieje duży “wspólny neuronalny zakres” między bólem fizycznym i psychicznymi w rejonach mózgu zwanymi “przednia kora obręczy” oraz “przednia wyspa.” (Franklin, 2016).

Ulga równoważąca ból

Może być łatwo wyłączyć ból fizyczny (np. przestać się ciąć, wyciągnąć rękę spod płomienia), ale trudno wyłączyć ból emocjonalny.

"Ulga w fizycznym bólu, która nadchodzi po samouszkodzeniu po prostu nabiera mózg, że odczuwa także ulgę pod względem bólu fizycznego!" (Franklin, 2016)

- Z tego powodu NSSI mogą "działać"!

Ulga równoważąca ból

Przeczytaj krótki artykuł Joe Franklina “pain offset relief” na stronie Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery.

http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/how-does-self-injury-change-feelings.pdf

Wnioski farmakoterapeutyczne dla NSSI u dorosłych

- Poziom rekomendacji dla czynników serotoninergicznych: D
- Poziom rekomendacji dla konwencjonalnych leków antypsychotycznych: C-D
- Poziom rekomendacji dla atypowych leków antypsychotycznych: C
- Poziom rekomendacji dla leków antykonwulsyjnych: D
- Poziom rekomendacji dla innych czynników: D

(zob. Paul Plener, 2014)

Leki na NSSI dla nastolatków

- Literaura zajmująca się nastolatkami jest ekstremalnie ograniczona:
  - Poziom jakości dowodów zazwyczaj poniżej 3 (na skali od 1 do 5)
  - Poziomy rekomendacji: D
  - Często rezultaty nie są bezpośrednio aplikowalne dla docelowych populacji

(Paul Plener, 2014)

Obiecująca nowa terapia NSSI?

Od Elizabeth Ballard, PhD, NIH na AAS Annual Meeting, 4/24/2021:

- Ketamina może stanowić obiecujący, nowy sposób terapii pod względem szybkich acz przejściowych efektów w ramach depresji i myśli samobójczych [i może impulsów NSSI?]
- W przeszłości często używana jako znieczulenie

Obiecująca nowa terapia NSSI?

- Efekt utrzymuje się od kilku dni do tygodnia.
- Efektywność terapeutyczna (*efficacy*) została osiągnięta poprzez podanie dożylne.
- Podczas podania donosowego (odrobinę inny związek) zero wpływu na myśli samobójcze w RCT.

Zob Ballard et al. (2021).

Kontakt: Elizabeth.ballard@NIH.gov

Zwrócenie się w stronę zadbania o siebie

Wartość zadbania o siebie

Siedzenie w obliczu NSSI ma swoje koszta:

- Konieczność ciągłego (cotygodniowego) monitorowania wypalenia zawodowego, wyczerpania empatii (e.g. 0 -10)
- Dodać do tego oceny poziomu nadziei i zainspirowania (0-10)
- Wsparcie w ramach zespołu (nie poleca się samodzielnej praktyki)
- Otwarty przegląd i dyskusja nad własnymi bodźcami spustowymi i/lub traumami w ramach superwizji indywidualnej i grupowej

Pomocna apka

Provider Resilience oferuje:

- Kwestionariusz wypalenia zawodowego
- Zegar wakacyjny
- Przegląd wzmacniaczy i osłabiaczy rezyliencji
- Skala jakości życia, zawierająca:
  - Satysfakcję z okazywanej troski
  - Poziom wypalenia zawodowego
  - Poziom stresu traumatycznego

PROVIDER RESILIENCE
Dashboard
RESILIENCE RATING
Low
80
Good
Time since your last vacation:
00 00 25 21 41
YR MO DAY HR MIN
24
Vacation Clock
Update Clock
Burnout
Update Today!
Update Burnout
Builders/Kill...
Update Da...
Update Builders /Killers
ProQOL
Update Today!
Update ProQOL
Dashboard
Tools
Value Cards
Help
Settings

Sugestie dla specjalistów

- Jakaś wersja praktyki uważności, relaksacji, medytacji, modlitwy
- Korzystanie ze strategii terapeutycznych u specjalistów (e.g. restrukturyzacja poznawcza)
- Zanurzenie się w pięknie, nature, niewinności itd.
- *Pozytywne efekty neutralizują wypalenie, dodają otuchy i inspiracji.*

From Laura van Dernoot Lipsky

THE TRAUMA STEWARDSHIP INSTITUTE'S

Tiny SURVIVAL GUIDE

PROTECT YOUR MORNINGS
[or whenever you wake up]
less cortisol, more intentionality.

GO OUTSIDE
[or look outside]
perspective, context + something larger than this.

BE ACTIVE
[avoid stagnation]
in body, mind, spirit.

CULTIVATE RELATIONSHIPS
those that are edifying + healthy.

NURTURE GRATITUDE
what is one thing, right now, that is going well?

DETOX
if navigating addictions, be wise + safe
limit news + social media.

SPEND TIME WITH ANIMALS
↓ stress hormones, ↑ comfort.

METABOLIZE ALL YOU ARE EXPERIENCING
re-regulate your nervous system.

SIMPLIFY
[less is more]
be aware of decision fatigue + cognitive overload.

ADMIRE ART
the gift of feeling transported.

LAUGH
pure humor = a sustaining force.

FOSTER HUMILITY & EXTEND GRACE
self-righteousness + hubris = unhelpful.

SLEEP
to cleanse + repair brain + body.

CLARIFY INTENTIONS
how can i refrain from causing harm, how can i contribute meaningfully?

BE REALISTIC + COMPASSIONATE
[with yourself]
be mindful of the quality of your presence. it means so much to others.

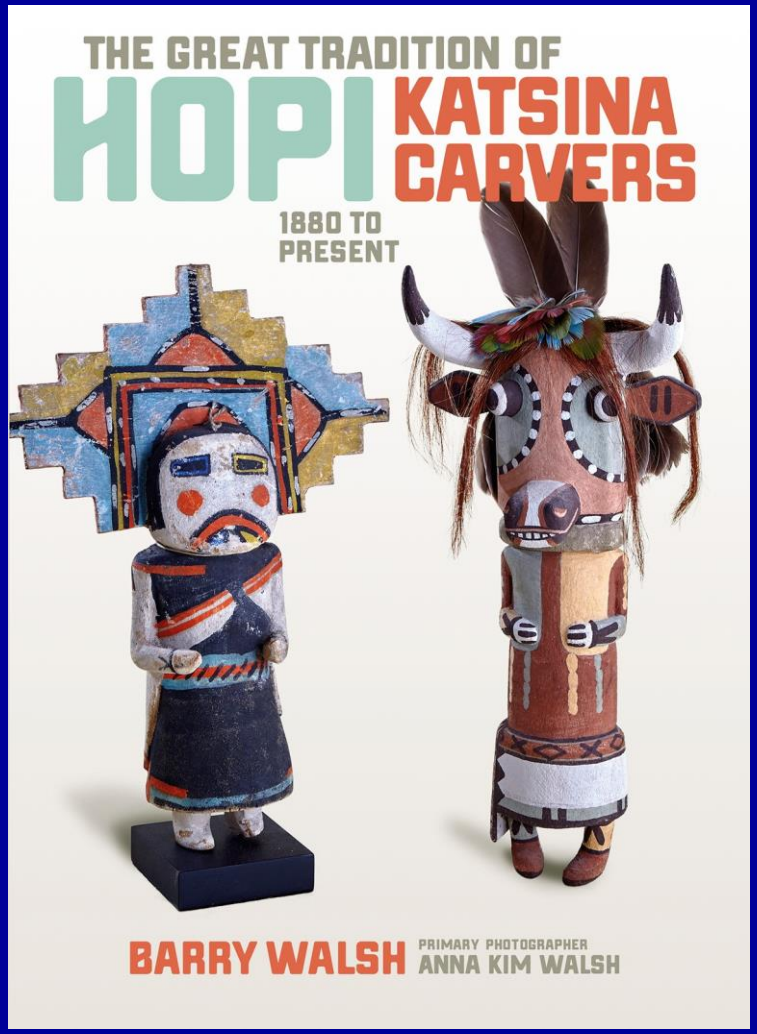
© The Trauma Stewardship Institute 2020

Co podtrzymuje cię w ramach twojej pracy?

Co wspiera cię w regenracji poza poza pracą?

Jak wygląda wasze Top 5?

Jak wygląda wasze Top 5?

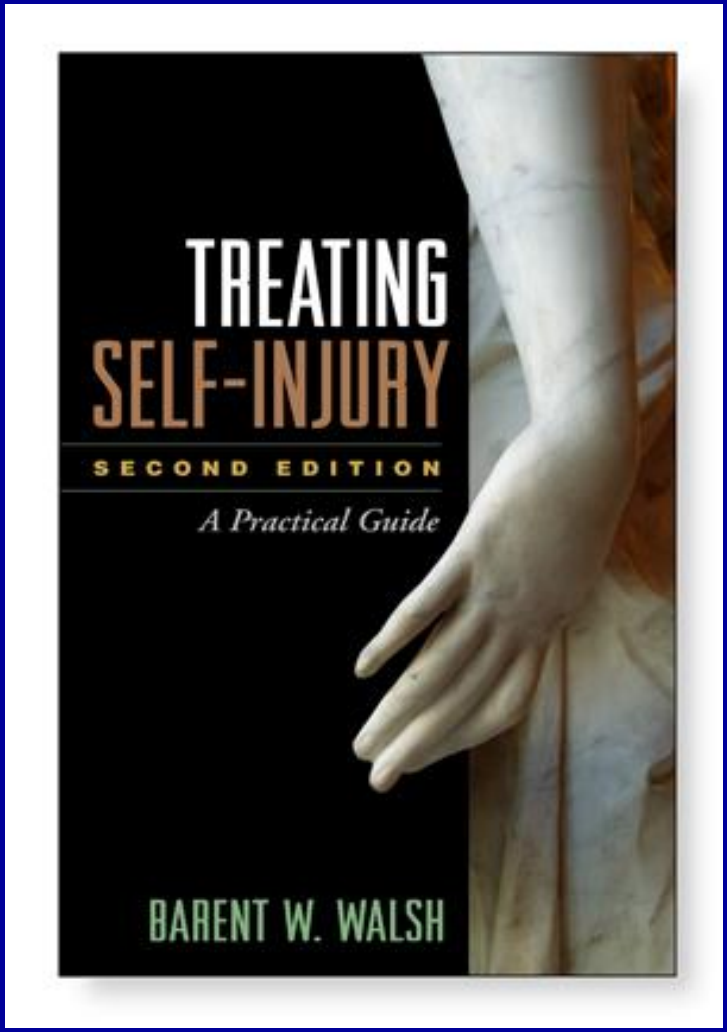


Jak wygląda wasze 5?

Jednakże…

Jak wygląda wasze Top 5?

The Work is
Self-Fulfilling



Dziękuję za waszą uprzejmą uwagę

oraz

za waszą troskę o innych!

barry.walsh@openskycs.org

Bibliografia

Ammerman, B.A. et al. (February 2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48* (1), 31-37. DOI: 10.1111/sltb.12330.

Ammerman, B.A. et al. (2019). An examination of individual forms of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 268-274.

Ballard, E.D. et al. (Feb. 2021). Clinical trials for rapid changes in suicidal ideation: Lesson from ketamine. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1(1): 27-25. doi:10.1111/sltb.12663.

Bettis, A., Liu, R.T., Walsh, B.W. & Klonsky, E.D. (2020). Treatments of self-injurious thoughts and behaviors in youth: Progress and Challenges. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. https://doi.org/10/1080/23794925.2020.1806759.

Chesin, M.S., Galfavy, H., Sonmez, C.C, Wong, A. Oquendo, M.A., Mann, J.J. & Stanley, B. (2017). Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47* (5). DOI: 10.1111/slbt.12331

Cipriano, A, Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). Non-suicidal self-injury: A systematic review. *Frontier in Psychology*, DOI: 10.3389/fpsych.2017.01946

Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.O. (2007). Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide. Oxford University Press.

Gholamrezaei, M., Stefano, J. & Heath, N. (2015). Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International journal of psychology*. *52*. 10.1002/ijop.12230.

Glenn, C.R. et al. (2019). Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *48*(3), 357-392.

Jobes, D.A. (2016) Managing suicidal risk: A collaborative approach, 2nd edition. New York: Guilford.

Joiner, T. (April, 2015). Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A new and needed diagnostic entity. Presentation at the annual meeting of AAS, Atlanta, GA.

Joiner. T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kettlewell, C. (1999). *Skin game: A Cutter's Memoir*. New York: St. Martin's Press.

Klonsky, D. E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 226-239.

Klonsky,E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 2009, April 30. 260-268.

Klonsky, E.D., May, A.M. & Glenn, C.R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 1, 231-237.

Lewis, S.P. & Seko, Y. (2015). A double-edged sword: A review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3):249-62. doi: 10.1002/jclp.22242. Epub 2015 Nov 27.

Linehan, M.M. (2015a). *DBT Skills training manual, 2nd Edition*. New York: Guilford.

Massachuetts, Dept. of Education (2019) https://www.mass.gov/lists/massachusetts-youth-health-survey-myhs

Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford.

Monto, M.A., McRee, N., Deryck, F.S. (June 21, 2018). Nonsuicidal self-injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, e1-e7. Doi: 10.2105/AJPH.2018.304470.

Muehlenkamp, J.J., Claes, L. Havertape, L. & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child & Adolescent Mental Health, 6*:10. http://www.capmh.com/content/6/1/10

Muehlenkamp, J.J., Xhunga N. & Brausch, A. (2018). Self-injury age of onset: A risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, DOI, 10.1080/13811118.2018.1486252

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D. & Rosenberg, H.J. (2009).*Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Special Populations: A Cognitive Restructuring Program*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nock, M.K. (2016). Recent and needed advances in the understanding , prediction, and prevention of suicidal behavior. *Depression and anxiety, 33: 460-463*.

Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: An elaborate theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. Applied & Preventive Psychology, 12, 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002

Nock, M.K. & Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity study. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3), 616-623.

Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885-890.

Stanley, B. & Brown, G.K. (2011). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice. 19*, 256–264

Taliaferro, L.A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I.W., McMorris, B.J., & Kugler, K. C. (2012).Risk factors, protective factors, and co-occurring health behaviors distinguishing self-harm groups: A population-based sample of adolescents. Academic Pediatrics,12, 205213. http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(12)00009-5/abstract

Victor, S.E. & Klonsky, E.D. (2014). Correlates of suicide attempts, among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 282-297.

Walsh, B. & Doerfler, L. (2009). Residential treatment of self-injury. In Nock, M. (Editor). *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Walsh, B. (2014). *Treating self-injury: A practical guide, 2ND Edition.* New York: Guilford.

Walsh, Barent (2019). "Atypical, severe self-injury: How to understand and treat it." In *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice*. J.J. Washburn, (Ed.). New York: Routledge.

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006b). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics, 117*(6), 1939-1948.