

MARIA

DEKERT

MROKIEM
MROKU

NIE ROZPROSZYSZ



kontrapunkt

Kadr z filmu *Umbra*,
reż. Urszula Nawrot

MARIA DEKERT

Mrokiem mroku nie rozproszysz

:KONTRAPUNKT, POZNAŃ 2026

© Copyright for the text by Maria Dekert, 2026

© Copyright for the illustrations by Urszula Nawrot. Publikacja kadrów z filmu *Umbra* w reż. Urszuli Nawrot możliwa była za zgodą autora filmu. Całość ani żadna z jej części nie może być przetwarzana ani wykorzystywana w celach innych niż na potrzeby niniejszej publikacji.

© Copyright for this edition by Wydawnictwo W drodze, 2026

Redaktor inicjujący:
PAWEŁ DĄBROWSKI OP

Redaktorka prowadząca:
JUSTYNA OLSZEWSKA

Redakcja:
KATARZYNA MACH

Korekta:
MAREK KOWALIK

Skład i łamanie oraz projekt okładki i layoutu:
KRZYSZTOF LORCZYK OP

Redakcja techniczna:
JÓZEFA KURPISZ

Grafika na okładce oraz pozostałe ilustracje w książce – kadry
z filmu *Umbra* w reż. Urszuli Nawrot

ISBN 978-83-7906-892-0 (wersja drukowana)
ISBN 978-83-7906-893-7 (wersja elektroniczna)

Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów W drodze sp. z o.o.
Wydanie I
ul. Kościuszki 99, 61-716 Poznań
tel. 61 850 47 52
sprzedaz@wdrodze.pl
www.wdrodze.pl

SPIS TREŚCI — 6

WSTĘP — 11

WPROWADZENIE — 16

ROZDZIAŁ PIERWSZY. TRAUMA – SKUTEK CZY PRZYCZYNA? — 23

1. Klasyfikacje traumy — 23
2. Trauma bezosobowa (nieosobowa) — 27
3. Trauma osobowa — 30
4. Trauma relacyjna — 33
5. Cechy traumy bezosobowej związanej ze zjawiskami naturalnymi — 36
6. Cechy traumy osobowej związanej z działaniem człowieka — 39
7. Cechy traumy rozwojowej związanej z działaniami osób bliskich i traumy osobowej związanej z traumą rozwojową — 41

ROZDZIAŁ DRUGI. NASTĘPSTWA TRAUMY ROZWOJOWEJ — 45

1. Skutki traumy: ASD, PTSD, CPTSD – nagłe czy odroczone? — 45
2. Uporczywe skutki traumy – życie definiowane traumą — 54
 - 2.1 Trud dźwigania doświadczenia traumy — 54
 - 2.2 Odtwarzanie traumy — 78
 - 2.3 Odroczone skutki traumy – utrudnienia identyfikacji skutków z przyczynami — 91
 - 2.4 Powielanie dramatycznych trójkątów — 103

ROZDZIAŁ TRZECI. TRAUMA RELACYJNA – SZCZEGÓLNY RODZAJ

TRAUMY – WINA/ODPOWIEDZIALNOŚĆ, PODATNOŚĆ, DOŚWIADCZENIE, NASTĘPSTWA, DZIEDZICZENIE — 119

1. Kto za co odpowiada? — 119
2. Podatność – warunki początkowe życia człowieka jako predyktor podatności na kolejne traumy oraz reakcji na poważny stres i traumę w przyszłości — 128

- 2.1 Matka – obiekt miłości czy odrzucenia i zimna? — 128
- 2.2 Doświadczenie prenatalne i okołoporodowe — 146
- 2.3 Przywiązanie i więzi – impregnat odporności na stres i traumę — 152
- 3. Doświadczenie traumy w rodzinie, otoczenie społeczne — 155
 - 3.1 Transgeneracyjne przyczyny i następstwa traumy — 155
 - 3.2 Ścieżki traumy: dlaczego niektóre skrzywdzone dzieci stają się sprawcami, a inne ofiarami? — 160
 - 3.3 Dobre czy złe zakończenie? — 167
- 4. Ujawnianie, osądzenie, pociągnięcie do odpowiedzialności — 178
 - 4.1 Ujawnienie traumy, w tym szczególnie traumy wykorzystania seksualnego — 178
 - 4.2 Osądzenie, pociągnięcie do odpowiedzialności — 183
- 5. Instytucja w doświadczeniu kryzysu, traumy – wtórna wiktymizacja, udział w dramatycznym trójkącie — 186

ROZDZIAŁ CZWARTY. PIERWSZA POMOC, INTERWENCJA

CZY PSYCHOTERAPIA? — 189

- 1. Fizjologiczna baza do dobrego radzenia sobie ze stresem i traumą — 189
 - 1.1 Salutogeneza jako dynamiczne podejście do stresu — 189
- 2. Społeczna baza do dobrego radzenia sobie ze stresem i traumą – dziecko i młody człowiek w doświadczeniu kryzysu, traumy – model Olsona — 198
- 3. Pierwsza pomoc psychologiczna i interwencja kryzysowa — 204
- 4. Ciało jako główna tablica uzewnętrzniania się emocji i przeżyć osoby — 224
 - 4.1 TRE® – jeden z wielu sposobów pracy z ciałem i regulacji AUN — 224
- 5. BASIC Ph – Zintegrowany Model Radzenia Sobie ze Stresem — 231

ROZDZIAŁ PIĄTY. TERAPIA TRAUMY — 237

- 1. Trudności w podjęciu terapii traumy — 237
- 2. Terapie traumy — 244
 - 2.1. Terapia traumy dzieci — 248

2.2 Terapia dorosłych ofiar traumy w dzieciństwie i traumy szokowej — 255

ROZDZIAŁ SZÓSTY. PRAKTYKA TERAPII TRAUMY — 295

1. Terapia traumy – metoda STAIR/MPE w praktyce — 295

1.1 Przebieg terapii traumy według metody STAIR/MPE — 295

1.2 Inne, ważne tematy, którymi STAIR/MPE się nie zajmuje,
i co wtedy? — 313

2. Terapeuta traumy w toku pracy — 315

2.1 Rezonans w sytuacjach pomagania — 316

2.2 Wtórny stres traumatyczny — 317

2.3 Zmęczenie pomaganiem/współczuciem, wypalenie zawodowe — 320

2.4 Wzrost potraumatyczny — 321

ZAKOŃCZENIE I PODZIĘKOWANIE — 329

SŁOWNICZEK POJĘĆ — 333

BIBLIOGRAFIA — 362

Pomiędzy bodźcem i reakcją jest przestrzeń:
w tej przestrzeni leży wolność i moc
wyboru naszej odpowiedzi.

VIKTOR E. FRANKL



Pierwsza pomoc, interwencja czy psychoterapia?

1. FIZJOLOGICZNA BAZA DO DOBREGO RADZENIA SOBIE ZE STRESEM I TRAUMĄ

1.1 SALUTOGENEZA JAKO DYNAMICZNE PODEJŚCIE DO STRESU

Kiedy mamy do czynienia z osobą zestresowaną, bardzo trudno jest stwierdzić, czy jest ona tylko bardzo zestresowana, czy jest już w kryzysie, czy może się okazać przy bliższym poznaniu jej problemu, że to ofiara poważnej traumy.

Warto umieć odróżnić te pojęcia, warto umieć je diagnozować, aby dobrze zaplanować pomoc. Dodajmy, że nie wchodzimy głęboko w temat, nie mówimy o stanach optymalnych ani o **eustresie** – tak zwanym stresie pozytywnym. Te są nam potrzebne do życia, do motywacji czy rozwoju. Chodzi mi o **dystres**.

Mnie ogromnie przekonują do jego rozumienia twierdzenia twórcy teorii salutogenezy Aarona Antonovsky'ego oraz autorów interakcyjnej koncepcji stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman. W podejściu Antonovsky'ego dynamiczny stan chwiejnej równowagi jest normalnym stanem funkcjonowania człowieka, a ten ma silny związek ze znaczeniem nadawanym zachodzącym procesom i doświadczeniom w jego życiu.

Interakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman, którą Antonovsky uznawał, to fakt, że „stres pojawia się wtedy, gdy sytuacja jest postrzegana jako udaremniająca realizację jakiegoś stanu motywacyjnego (lub potencjalnie udaremniająca), powodując wzmożenie afektu i uruchomienie procesów regulacyjnych, których celem jest opanowanie afektu, oraz optymalną kontynuację efektywnego funkcjonowania”¹.

Od tego dzieli już tylko krok do definicji kryzysu Geralda Caplana. W jej myśl mowa o takim stanie emocji, myśli, fizjologii i zachowań, który prowadząc początkowo do mniejszej lub większej dezintegracji funkcji psychicznych, w dalszym przebiegu zmusza osobę do stawienia czoła trudnej sytuacji przez mobilizację mechanizmów obronnych. W zakres tej definicji czasami wchodzi zdecydowanie nieadaptacyjne zachowania wynikające z pojawiających się bardzo silnych emocji, obsesyjnych myśli, zagrażających bezpieczeństwu stanów fizjologicznych (jak stupor) i chaosu w zakresie decyzyjności.

¹ R.S. LAZARUS, *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, „Nowiny Psychologiczne” 1986, t. 3–4, s. 40–41.

Dalej mamy już definicję traumy, która w reakcji na zaistniałą sytuację sprzyja ucieczce, walce lub zamrożeniu, ale trudniej jest tu podjąć konstruktywne działania, bo siła emocji, tendencje do ochrony „ja” bywają dużo bardziej narażone na dekonstrukcję. Reakcje są raczej wywoływane „automatycznym pilotem” wypracowanym przez lata, a ukierunkowanym obronnie przez wcześniejsze traumy i są na tyle szybkie, że nie można ich uprzedzić intelektem. Przy mniejszym nasileniu może chodzić jeszcze o szukanie wsparcia społecznego, ale to będzie zależało od tego, jakie znaczenie konkretnym wydarzeniom nada ich obserwator lub bezpośredni uczestnik zdarzenia oraz jak postrzega zasoby. Jeżeli mówimy o dzieciach, sprawa komplikuje się ze względu na małe możliwości poznawcze i emocjonalne wynikające z niedojrzałości struktur.

Podkreślam więc znowu, że chodzi o reakcję, a nie sytuację. Brak wyraźnego rozróżnienia przyczyn i skutków zarówno stresu, kryzysu, jak i traumy wprowadza chaos. Biorąc pod uwagę wszystko, co do tej pory zostało powiedziane na temat skutków traumy, w tym szczególnie traumy relacyjnej, także traumy wykorzystania seksualnego, trudno będzie uznać, aby osoba po takich doświadczeniach miała wystarczające zasoby do radzenia sobie ze stresem. Jeżeli taka osoba zwróci się po pomoc lub szuka rozwiązań, to ma szansę na poszerzenie swojego okna tolerancji emocjonalnej i dobrze lub chociaż lepiej może radzić sobie z tym, co ją jeszcze czeka w życiu.

Takie osoby są często odporniejsze, byle co – a w każdym razie sytuacje traumatyzujące mniej niż to, czego doświadczyły – ich nie powalają. Jest jednak jeden warunek: że ich spokojniejsza emocjonalnie reakcja nie wynika z aleksytymii, tylko z dużej odporności.

Dlatego upowszechnianie sprawdzonych teorii i praktyki leczenia ze skutków traumy ma ogromny sens. Często zastanawiam się, jak wygląda trening w wojskowych i policyjnych oddziałach antyterrorystycznych, gdzie trzeba mieć bardzo dużą odporność psychiczną. Gdybyśmy chcieli oprzeć się tylko na wiedzy z beletrystyki i filmów, nie wygląda to najlepiej, patrząc na relacje bohaterów z rodzinami czy ich związki. Cena jest być może bardzo wysoka, bo część skutków traumy odziera ich z normalnej reakcji, gdy potrzeba empatii lub okazania słabości w bezpiecznej sytuacji i szukania wsparcia społecznego.

Czasami słyszy się, że ktoś jest bardzo silny psychicznie. Takie potoczne opinie dotyczą na przykład osób, które złamały prawo, są osadzane w zakładach karnych. Ich reakcje na dystres bywają powodem recydywy. Psychologicznie stwierdzimy co innego: że są one bardzo słabe. Ci ludzie nie

radzą sobie z agresją, nie zaś są bardzo silni psychicznie. Lubię powiedzenie: „Wiadomo, że te reakcje [na przykład przestępcze] nie wynikają z picia wody”. Takie refleksje powstają, gdy pracując z ich genogramami, można poszukać odpowiedzi. Nie chodzi oczywiście o usprawiedliwienie, ale zrozumienie mechanizmów. Jak więc adekwatnie do różnych norm warto budować prawdziwą odporność psychiczną?

Według Aarona Antonovsky’ego, zajmującego się zasadniczo zdrowiem, a nie chorobą, jest to wzmacnianie zasobów odpornościowych, wzmacnianie poczucia koherencji oraz świadome zachowania tworzące odpowiedni styl życia sprzyjający zdrowiu.

Na budowanie czynników odpornościowych mamy wpływ w zakresach, które są od nas zależne. Mowa tu o osobach dorosłych. Są też czynniki, na które mamy wpływ pośrednio. Należą do nich na pewno wiedza, rozwój intelektualny, budowanie swojego poczucia tożsamości, kontroli i sprawstwa, budowanie strategii radzenia sobie, czyli rozwój osobisty. Ważna i zależna od dorosłości okazuje się też decyzja odnośnie do osobistego uczestnictwa w społeczności, którą identyfikuje się jako swoją własną, jako taką, która może wesprzeć w zakresie cech społeczno-kulturowych (dotyczy to rodziny, więzi, religii, filozofii, sztuki).

Te czynniki, na które mamy wpływ pośredni, dotyczą głównie cech biologicznych, to jest genetycznych, a dokładnie epigenetycznych związanych z transgeneracją. Te podlegają zmianom zgodnie z prowadzonym stylem życia dającym równowagę w zakresie relacji, ruchu i odżywiania. Duży wpływ na badania w tym zakresie miała nagrodzona w 1986 roku Nagrodą Nobla włoska lekarka żydowskiego pochodzenia, pracująca w Stanach Zjednoczonych, Rita Levi-Montalcini. Mówiła ona: „Ludzki program genetyczny nie ma władzy całkowitej, lecz podlega modyfikacji natury epigenetycznej”². Nie mamy dużego wpływu na konstytucjonalne czy temperamentalne cechy biologiczne, ale w części możemy wpływać na to, co się uaktywni lub nie przez ruch, podobnie jak na cechy biochemiczne przez odpowiednie żywienie i dobre, życzliwe relacje. W tym sensie **ekspresja genów** nie z okresu zarodkowego, tylko obecna podlega naszym wpływom. Odpowiednie podejście do tych czynników zdaniem Antonovsky’ego zapobiega przekształceniu się napięcia w stan stresu.

² B. PALOMELLI, *Rita Levi-Montalcini: Ja, agnostyk, bronię życia i zasad moralnych*, przeł. M. Bończak, <http://www.racionalista.pl/kk.php/s,5144> (dostęp: 17.04.2023).

Antonovsky dużo mówił o poczuciu koherencji, a to pojęcie kojarzy mi się z fizyką. Jest ono używane zarówno w fizyce, w filozofii, jak i w psychologii. Generalnie we wszystkich tych dziedzinach chodzi o spójność. Pogłębiając psychologiczne rozumienie, nadane głównie w teorii salutogenezy, chodzi o spójne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata oraz naszego w nim położenia.

Trudno więc się dziwić pomocowym, czasami nawet heroicznym reakcjom Polaków, gdy po blisko osiemdziesięciu latach od zakończenia II wojny światowej u naszego sąsiada w Ukrainie wybucha wojna spowodowana przez Rosję (jednego z najeźdźców Polski w 1939 roku), a Niemcy – w tamtych latach też agresor – zachowywali się co najmniej dziwnie, niejasno i nieadekwatnie do potrzeb, oferując walczącym Ukraińcom hełmy.

To przykład, gdy można powiedzieć, że nasza epigenetyka w porównaniu do doświadczeń na przykład Holendrów będzie zupełnie inna. Wojenne i powojenne traumy Polaków teraz, w trzecim i czwartym pokoleniu, dadzą o sobie znać. Dlatego warto patrzeć na tyle uważnie, żeby brać pod uwagę różnice także w tej kwestii.

Jedną z podstawowych potrzeb każdego z nas jest bezpieczeństwo. Człowiek, aby mógł pojmować świat jako bezpieczny, musi go postrzegać jako zrozumiały, sterowalny i sensowny. To są główne cechy koncepcji salutogenetycznej stresu Aarona Antonovsky'ego. Czynniki, od których zależy radzenie sobie ze stresem, nazwał on uogólnionymi zasobami odpornościowymi (GRRS). Są to już wspomniane zasoby fizyczne i biochemiczne (odporność zdrowotna i emocjonalna), materialne (pieniądze, dach nad głową i tym podobne), poznawcze i emocjonalne (wiedza, intelekt, osobowość), związane z wartościami, postawami i relacjami interpersonalnymi oraz makro- i socjokulturowymi właściwościami jednostki (takimi jak przynależność do grupy, religii, społeczności), które umożliwiają skuteczne unikanie lub przezwyciężanie wielu różnych stresorów. Dynamiczna spójność tych czynników ułatwiająca utrzymanie się w pobliżu bieguna zdrowia to właśnie wspomniana koherencja.

Jest to zupełnie spójne ze wszystkim, co o wsparciu społecznym mówi Stephen Porges – twórca teorii poliwalgalnej. To ideał – choć dynamiczny, czyli zakładający wahania, to jednak ideał. Każdy czytający tę książkę zapyta: Jak on się ma do klientów doświadczających ciężkiego korozyjnego stresu, a nawet traumy, skutkujących zmianami epigenetycznymi, różnymi zaburzeniami w zakresie przewidywalności (na przykład uzależnieniami)?

Wygląda na to, że nijak, ale tak nie jest. Odwołajmy się do autorytetów, dla mnie są to często fizycy. Albert Einstein powiedział kiedyś: „Najważniejszym czynnikiem ludzkiej egzystencji jest stworzenie celu. Potrzebny jest wielki wysiłek duchowy ze strony wspólnoty ludzi wolnych, by wyzwolić się z dziedzictwa instynktów społecznych i destrukcyjnych. Posługiwanie się zdolnościami intelektualnymi bazującymi na zasadach moralnych nadaje treść i sens życiu”³. Einstein bardzo wierzył w intelekt, w możliwości wizualizacji człowieka, choć mawiał też: „Jedynie dwie rzeczy są ewentualnie nieskończone – wszechświat i ludzka głupota, z tym że co do wszechświata nie mam pewności”⁴.

Łącząc te dwie wypowiedzi i dodając dzisiejszą wiedzę, której nie mógł mieć najsłynniejszy z fizyków, trzeba pomagać ludziom dążyć do celu, jakim jest harmonia wewnętrzna, spójność, ale dynamiczna, nie sztywna. Koherencja też może być w pewnych okolicznościach nieskuteczna, gdy się usztywni. Wówczas ludzie blokują dostęp do nowych informacji, aby posiadana wiedza była dobrze uporządkowana, spójna. Natomiast osoby o silnym, ale niesztwnym poczuciu koherencji starają się równoważyć zasady i strategie, informacje posiadane i potencjalne. Są w tym elastyczni. Wypracowanie takiego poczucia wymaga u ofiar traumy często wielu lat pracy, ale jest możliwe.

Podstawowym mechanizmem psychologicznym odpowiedzialnym za różnice indywidualne w reakcji na stres jest ocena poznawcza zagrożenia, czyli to, jakie znaczenie temu, co się dzieje, nada osoba. Lazarus wyróżnił kategorie stresorów, jakie mogą zostać nadane danej sytuacji, powiedzmy trudnej: krzywda lub strata, zagrożenie lub wyzwanie. Ludzie różnią się właśnie tym, jak zinterpretują ten sam stresor. Wyzwanie jest najbardziej konstruktywnym sposobem interpretacji.

Wiadomo, że śmierć rodzica w wypadku nie może zostać zinterpretowana jako wyzwanie. U dorosłej osoby zdrowsza będzie początkowo strata, a potem wyzwanie, jak dorośle ją przekształcić. Mowa cały czas o dorosłych. Co do dzieci reakcje najbliższych opiekunów będą kluczowe. Liczy się to, jakie znaczenie danemu zdarzeniu nadadzą dorośli i nie chodzi tu o natychmiastowe nadawanie znaczenia, ale o cały dynamiczny proces. Nie zapomnę zachowania czterolatki po wypadku samochodowym, w którym straciła matkę, a ojciec ciężko ranny leżał w szpitalu. Babcia tej dziewczynki powiedziała przy niej

³ Tamże.

⁴ <https://www.empowerment-coaching.com/post/albert-einstein-cytaty> (dostęp: 20.06.2023).

w poradni: „Bozia zabrała jej mamę, może taty nie zabierze”. Czarne rysunki tego dziecka ziały nienawiścią do „Bozi”.

Sposób widzenia świata kształtuje się w toku doświadczenia życiowego, a w sytuacjach stresowych zareagujemy tym, co mamy wyćwiczone. Warunkiem nadania znaczenia bliskiego wyzwaniu będą dostępne jednostce ogólne rezerwy odpornościowe, biologiczne i psychologiczne zwane sprężystością i ciągłością. Im większe są ogólne zasoby odpornościowe, im bardziej spójne i korzystne doświadczenia życiowe, nawet te po traumie (na przykład bardzo korektywne doświadczenie w rodzinie zastępczej), tym silniejsze poczucie koherencji, a reakcje bardziej adekwatne do mniej lękowego widzenia świata.

Dla zwiększania odporności na stres trzeba rozwijać maksymalne rozumienie tego, co się dzieje, sensu. Chodzi tu zarówno o czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Ludzie często nie zauważają, że sami potrafią sobie robić krzywdę, rozpamiętując trudne doświadczenia, a wszystko, co złe, według nich pochodzi z zewnątrz.

Umiejętność zrozumienia odnosi się do stopnia rozumienia bodźców napływających do człowieka. Jako tako uporządkowane informacje, spójne, ustrukturuwane, choćby złe, są łatwiejsze do przyjęcia niż może mniej złe, ale chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, niewytłumaczalne. Nasza psychologiczna potrzeba orientacji wówczas cierpi i rodzi brak poczucia bezpieczeństwa. Przykładem niech będzie informacja pielęgniarki: „Teraz trochę ukoję”, gdy mamy dostać zastrzyk. Nie ma więc tu różnicy, czy dany bodziec jest pożądany, czy nie. W zabiegach medycznych, pomimo że jakieś przeżycia są bolesne, człowiek potrafi dostrzec jakiś sens.

Często dorosłe już ofiary traumy w dzieciństwie obwiniają siebie za to, co się stało. Może być też tak, że dorosła osoba stosująca przemoc w żaden sposób nie widzi swej problematycznej roli w sytuacji, która do tego doprowadziła. Obie postawy wskazują na problem: poczucie winy dziecka jest nieadekwatne tak samo jak unikanie odpowiedzialności przez dorosłego.

Poczucie zaradności dotyczy stopnia subiektywnie przez osobę postrzeganych zasobów jako wystarczających, by unieść lub pomieścić ciężary, jakie stawiają bombardujące ją bodźce. Chodzi tu o zasoby, jakimi człowiek zarządza sam, ale także i te, którymi dysponują jego bliscy (małżonek, szefowie w pracy, przyjaciele) lub inni uprawnieni, którym ufa (Bóg, lekarze, psychoterapeuci czy narracja historyczna o danym miejscu, rodzinie czy narodzie).

W pracy z ofiarami traumy najtrudniej jest pomóc im znaleźć sens wydarzeń w ich życiu. Nie zawsze zresztą wprost o to chodzi, bo jaki sens ma bycie

kilka razy zgwałconą. Bardzo istotne, jeśli nie najistotniejsze, jest poczucie sensowności życia wobec tego, co się przytrafia człowiekowi. Jeżeli ktoś uznaje, że pomimo trudności warto się wysilać, warto walczyć, poświęcać się, angażować, to salutogeneza może się spełnić i obciążenie nie jest przyjmowane jak dopust, ale jako etap życia, wyzwanie, któremu warto podołać. Antonovsky uznawał, że poczucie sensu jest najważniejsze i bez spełnienia tego warunku dwa pierwsze – umiejętność zrozumienia i zaradność – nie będą trwałe. Takie podejście nieodparcie kojarzy się z **logoterapią** Viktora Frankla. Jest ono przykładem, jak nawet całkowicie beznadziejna sytuacja z obozu koncentracyjnego może zostać przełożona pozytywnie, tu: w metodę terapeutyczną, logoterapię. Odnajdowanie sensu zdarzeń w odpowiednim kontekście i gotowości klienta jest głównym motywem tej szkoły.

Ciężkie ćwiczenia mające uodpornić żołnierza na bardzo trudne sytuacje mogą mieć podobny wymiar. Stąd w zawodach mundurowych mówi się dużo o misji, o służbie. Osoby realizujące zadania z tak zwaną zdrową misją płacą mniejsze koszty emocjonalne niż osoby z pokrętnymi, narcystycznymi motywacjami albo z mniej lub bardziej uświadomioną strategią na dominację. Ci pierwsi mogą zapłacić życiem, ale nie będą się zneść nad bezbronnymi, jak widzimy to dzisiaj w obrazach z Ukrainy.

Antonovsky wspomina jeszcze o stylu życia – zdrowym stylu życia odnośnie do jedzenia, snu, wypoczynku, ale uznaje to za drugorzędne wobec koherencji. Pisaliśmy już o wpływie relacji, wyżywienia i ruchu na epigenetykę, czyli pośrednio na ekspresję genów.

Mnie wydaje się też bardzo ważne to, co badacze mówią o rodzajach reakcji na stres. Wskazują na nie jako na predyktory dobrych, gorszych albo wręcz złych rozwiązań uruchamiających coraz lepsze rozwiązania albo błędne koła, które będą w przyszłości wpływać na poczucie koherencji. Widzę też ogromny związek trybów więzi z tymi reakcjami.

Bez teorii przywiązania i kwestii więzi bardzo trudno byłoby dzisiaj diagnozować to, co się dzieje z człowiekiem, kiedy dotyka go kryzys, a już na pewno trauma. Reakcje na stres różnicują ludzi o konkretnych trybach więzi.

Biorąc pod uwagę to, na czym się skupiamy, gdy mamy problem, można wyróżnić trzy główne style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach, zorientowany na unikanie. Najkorzystniejszy jest styl zadaniowy, ale on także bywa mało skuteczny, gdy efekty działania nie są natychmiastowe. Przykładem może być zła diagnoza medyczna, a pacjenta czeka długie, bolesne leczenie. Czasami nawet

chwilowe odroczenie szybkich decyzji i sprawdzenie na przykład dokładniej diagnozy może się okazać skuteczniejsze. Ten styl najczęściej prezentują osoby o bezpiecznym trybie więzi.

Osoby o trybie ambiwalentno-lękowym skupiają się najczęściej na przeżywaniu i próbach rozładowania lub regulacji emocji. Przez lęk nie potrafią stawiać granic, rezygnują ze swoich potrzeb i nie wiedzą, dlaczego źle się czują. Trzeci styl reakcji – unikanie – najbardziej charakteryzuje unikowy styl przywiązania. Można próbować zastąpić pojęcie „unikania” słowami takimi jak: zapobieganie, omijanie, uniemożliwianie czy opuszczanie. Żadne z nich jednak nie oddaje właściwego znaczenia tego zachowania.

Osoby o tym trybie więzi robią wszystko, aby się nie konfrontować z tym, co czują, co myślą, co się stało. Unikają rozmów, niechętnie przyjmują pomoc. Często są przekonane, że i tak nikt im nie będzie umiał pomóc. Ogromne napięcie, którego nie chcą ujawniać, próbują regulować objadaniem się, nadużywaniem alkoholu czy narkotyków, pracoholizmem, skłonnością do hazardu czy bardzo nieuporządkowanym seksem obłożonym racjonalizacjami o nowoczesności. Możemy sobie wyobrazić, jakie będą reakcje osób o trybie zdeorganizowanym, które z natury tego trybu więzi są mało przewidywalne.

U małych dzieci wszelkie reakcje są adaptacyjne. One nie mają wyboru. Dorośli to zupełnie inna sprawa. Jeżeli nie uda im się skutecznie skorzystać z pomocy, będą chaotyczni i trudno przewidywalni w zakresie reakcji na stres. Styl zorientowany na unikanie jest najmniej korzystny, nic nie wnosi, niczego nie zmienia, nie pomaga, a tylko odracza reakcje, powodując duże napięcie, z którym czasami trudniej się uporać niż z prawdziwym źródłem stresu.

Stresor według Antonovsky’ego to „element wprowadzający do systemu entropię, czyli takie doświadczenie życiowe, którego cechą charakterystyczną jest brak spójności, niedociążenie lub przeciążenie oraz brak udziału w podejmowaniu decyzji”⁵. Ma to szczególnie ważne znaczenie dla dzieci, które z natury są mało decyzyjne, ponieważ są zależne.

Dlatego też więzi są bardzo ważne, bo zabezpieczają przed chaosem, którym z natury charakteryzuje się większość stresorów. Pozwalają one na efektywną konfrontację w obliczu stresu zamiast reakcji obronnych prowadzących do rezygnacji z własnych celów lub innych zachowań, począwszy od ucieczki i wycofywania się z sytuacji stresowej, poprzez czynności agresywne (atak

⁵ I. NIEWIADOMSKA, J. CHWASZCZ, *Podmiotowy mechanizm readaptacyjny: znaczenie koherencji*, https://www.researchgate.net/publication/262399876_Rozdzial_II_Podmiotowy_mechanizm_readaptacyjny_poczucie_koherencji (dostęp: 17.04.2023).

na źródło zagrożenia), aż do różnych czynności symbolicznych. Polegają one na nadawaniu rzeczywistości nowego, niezagrożającego lub mniej zagrożającego znaczenia, na przykład przez zaprzeczenie, czyli na używaniu mechanizmów obronnych.

Przypomina mi się jedenastoletnia dziewczynka, której przypadek superwizowałam w jednym z oik-ów. Była po próbie samobójczej, samookaleczała się, a jej matka, określając cel pomocy dziecku, stwierdziła: „Żeby w końcu odpuściła mi ten uszkodzony tablet”, o który dziewczynka bardzo się upominała. Temat uszkodzonego przez upuszczenie tabletu i konieczność kupna nowego, aby się ciągle nie wyłączał, stały się tematem zastępczym, ale też symbolicznym, czego matka nie widziała. Gdy bliżej przyjrzałam się matce, jej koszmarnej traumie z dzieciństwa i dorosłego życia (molestowanie, gwałt i przymus wyjścia za mąż za ojca dziecka z tego gwałtu, gwałt małżeński, również skutkujący ciążą, przemoc, czterech mężczyzn w życiu, każdy uzależniony i będący sprawcą przemocy), ten zepsuty tablet można uznać za symbol matki, często dysocjującej, nieobecnej, „zepsutej”. Tu widać ewidentnie traumę więzi.

Antonovsky uznawał, że następujące cztery dziedziny życia powinny się znaleźć w obszarze tak zwanego złotego środka naszej uwagi: własne życie emocjonalne, relacje z najbliższym otoczeniem, główny przedmiot działalności życiowej, na przykład aktywność zawodowa, i w końcu zagadnienia egzystencjalne (śmierć, osamotnienie, nieuniknione porażki).

Stwierdził on, że osoba o silnym poczuciu koherencji w celu zmniejszenia stresu będzie umiała przesuwać granicę ważnego dla niej obszaru, jeżeli stresor nie pozwoli na inne rozwiązania. Dzięki temu nie dojdzie do przeciążenia ani do niedostatecznego obciążenia.

Podsumowując, gdy osoba o wysokim poczuciu koherencji zetknie się z sytuacją trudną, nie zawsze odbierze ją jako taką, bo zmobilizuje swoje zasoby. Podejdzie do takiej sytuacji jak do zadania, a nie problemu. Zidentyfikuje uczucia, pomimo ich świadomości nie będzie się na nich skupiała i racjonalnie poszuka rozwiązania. Nawet do głowy jej nie przyjdzie unikać konfrontacji.

Choć nie zawsze to będzie proste i jednoznaczne, osoba o prawidłowej regulacji często nawet konkretnej sytuacji stresowej nie będzie identyfikować i pamiętać jako tragicznej, bardzo stresującej. Warto to odróżnić od początkowo podobnej reakcji ucieczki osób z problemami w zakresie koherencji, czyli od rozwiązań problemów skutkujących zamrożeniem, odcięciem od

emocji, które mogą zostać przywołane bez kontroli przy jakiejś podobnej, zbliżonej sytuacji.

**2. SPOŁECZNA BAZA DO DOBREGO RADZENIA SOBIE
ZE STRESEM I TRAUMĄ – DZIECKO I MŁODY CZŁOWIEK
W DOŚWIADCZENIU KRYZYSU, TRAUMY – MODEL KOŁOWY OLSONA**

Badacze zastanawiali się czy istnieje jakiś schemat, model mogący przybliżyć optymalne warunki, jakie dadzą dziecku, a potem dorosłej osobie najlepsze zasoby do budowania koherencji spójności i integralności psychicznej. Chodzi o model dynamiczny, uwzględniający zmiany w życiu dziecka, dorastającego i dorosłego człowieka.

Jest ich kilka, ale żaden nie uwzględnia całościowo dynamiki rodziny, a większość z nich jest bardzo skomplikowana.

Najbliższy oczekiwaniom okazał się model, który był wielokrotnie udoskonalany przez Dawida H. Olsona i jego współpracowników. Dzisiaj jest skrótowo określany jako Model Kołowy Olsona⁶. Powstał w latach siedemdziesiątych XX wieku, pracowano nad nim wiele lat, zmieniano go, dopasowywano. On jednak również jest zbyt skomplikowany do przedstawiania go w tej książce, choć jest to bardzo ciekawe podejście. Nie opisując go dokładnie, odniosę się jedynie do zawartych w nim zmiennych, które według Olsona i współautorów warunkują dobre efekty w dorosłym życiu człowieka.

Zawiera on elementy, które wielokrotnie już określono jako zasadnicze dla prawidłowej dynamiki rozwoju w rodzinie: więzi, role w rodzinie i przystosowanie do nich oraz komunikację. Wszystkie one są funkcjonalnie ze sobą powiązane i znajdują się na skalach od zbyt małych więzi do nadmiernych więzi, od zbyt małego przystosowania do zbyt dużego, od blokowania dorastania dziecka do traktowania go, jakby było dużo starsze i odpowiedzialne. Zbyt duże przystosowanie związane jest z tematem ról w rodzinie. Bywa to efekt parentyfikacji i przyjmowania roli rodzica dla swojego rodzeństwa lub partnera emocjonalnego lub seksualnego dla swojego rodzica albo jeszcze gorzej rodzicem dla swojego dorosłego rodzica. Jedynym wymiarem, który nie jest lokowany na skali, to komunikacja w rodzinie, która dobrze by było, aby była jak najlepsza. Tego rodzaju porozumiewanie się wymaga od każdego członka systemu rodzinnego umiejętności przesyłania zrozumiałych

⁶ A. MARGASIŃSKI, *Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona*, „Nowiny Psychologiczne” 2006, nr 4.

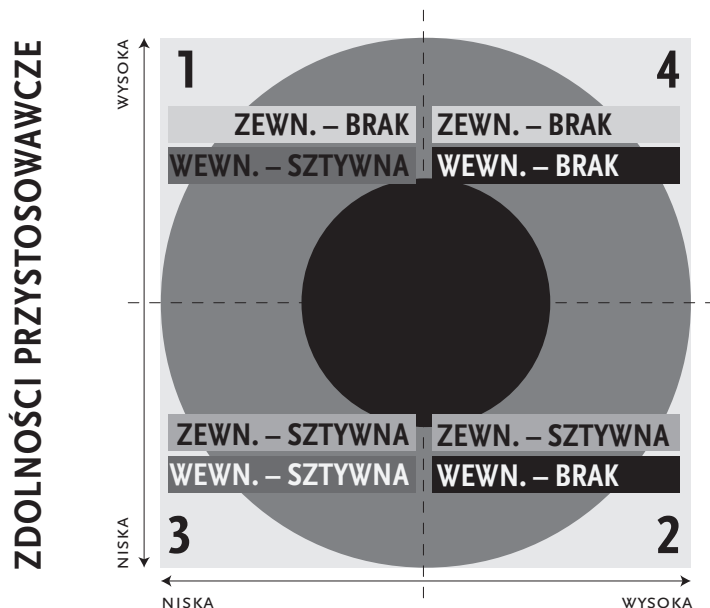
MODEL KOŁOWY OLSONA

1. RODZINA CHAOTYCZNO-ODERWANA

Manipulacyjne umiejętności radzenia sobie, pseudoradzenie, które wygląda na dobre przystosowanie. Starsze dzieci paternalizują, luźne więzi emocjonalne, chaos w granicach, rolach i zasadach. Grozi uzależnieniami.

4. RODZINA CHAOTYCZNO-SPLĄTANA

Nadmierna więź uniemożliwiająca rozwój, wysokie umiejętności przystosowawcze owocujące paternalizmem, nierealizowaniem swoich potrzeb. Owocuje zaburzeniami neurotycznymi.



3. RODZINA SZTYWNO-ODERWANA

Niskie zdolności przystosowawcze i małe więzi emocjonalne, mała przewidywalność, zaburzone granice i role egzekwowane agresją. Grozi zaburzeniami osobowości.

2. RODZINA SZTYWNO-POWIĄZANA

Nadmierny związek z rodziną, splątanie, więzi egzekwowane wpędzeniem w poczucie winy, niskie umiejętności radzenia społecznego i emocjonalnego. Grozi psychozami i podobnymi zaburzeniami psychicznymi.

	NORMA – rodziny zrównoważone, wystarczająco dobre
	DYSFUNKCJA – rodziny pośrednie, pojawiają się już dysfunkcje
	PATOLOGIA – rodziny ekstremalne, pojawiają się objawy patologiczne

Model Kołowy Olsona z legendą na podstawie modelu opracowanego w kwestionariuszu FACE IV uwzględniający nazwy bardziej oddające w języku polskim wymiary modelu (opracowanie własne na podstawie szkoleń konferencji).

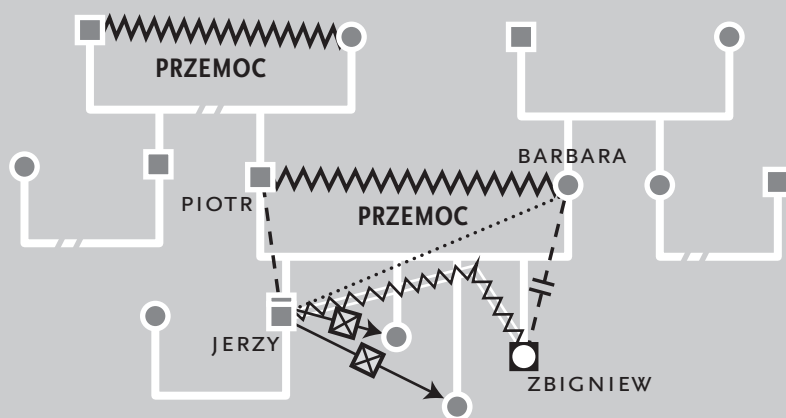
i spójnych wewnętrznie komunikatów, podtrzymywania wymiany informacji i empatii.

Olson, podsumowując wieloletnie badania, ale też potwierdzające się w praktyce spostrzeżenia, uznał, że najbardziej funkcjonalne, czyli dające najlepsze podstawy dla zdrowia, do prawidłowego rozwoju, czyli także do skuteczniejszego radzenia sobie z kryzysami, a nawet z traumą szokową, bo w takich rodzinach nie występuje trauma relacyjna, będą te rodziny, które nazywamy „wystarczająco dobrymi”.

Cechuje je po pierwsze dobra komunikacja. Jest to wymiar pomocniczy, ale traktować go trzeba jako warunek konieczny, ponieważ rodziny mogą

RODZINA PIERWSZA –

o słabych więziach i nadmiernym przystosowaniu syna Jerzego, które zaowocowały uzależnieniem.



obojętny / apatyczny



chłodny / słaby



brak / odstręczający



wrogość / bliskość



zaniedbywanie



kontrolowanie



JERZY – w roli ojca w okresie dorastania, nadopiekuńczy wobec siostr, często okazujący wrogość wobec brata.

The diagram is a complex genealogical chart. At the bottom, six names are listed: JERZY, MAŁGORZATA, JAN, ANNA, ROBERT, and EWELINA. Above them, a network of lines and symbols represents relationships. Squares represent males and circles represent females. Solid lines indicate direct relationships, while dashed lines indicate other types of connections. A prominent zigzag line connects several individuals, possibly representing a specific lineage or a complex relationship. The chart is set against a light gray background.

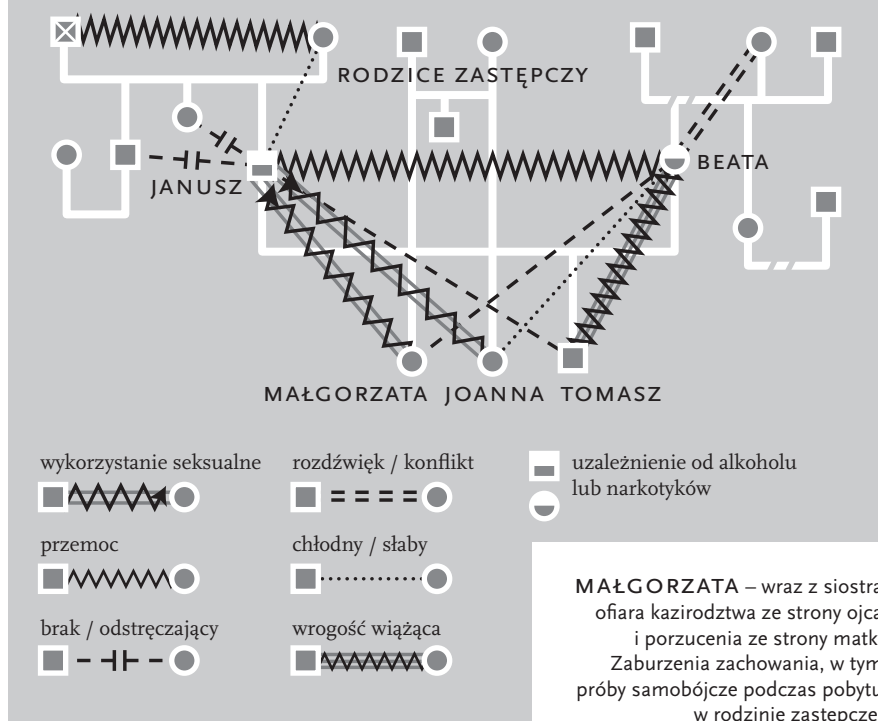
■ ■ ■ ■ ●

zmieniać poziom więzi emocjonalnej i zdolności przystosowawcze tylko wtedy, gdy potrafią efektywnie się komunikować.

201

RODZINA TRZECIA –

o krzywdzie kazirodztwa i odrzucenia, czyli bardzo poważnie deprawowanych więziach w stosunku do córek, tu: Małgorzaty, które owocowało zaburzeniami zachowania i zagrożeniem suicydalnym w okresie dojrzewania i zaburzeniami osobowości typu borderline w dorosłości.

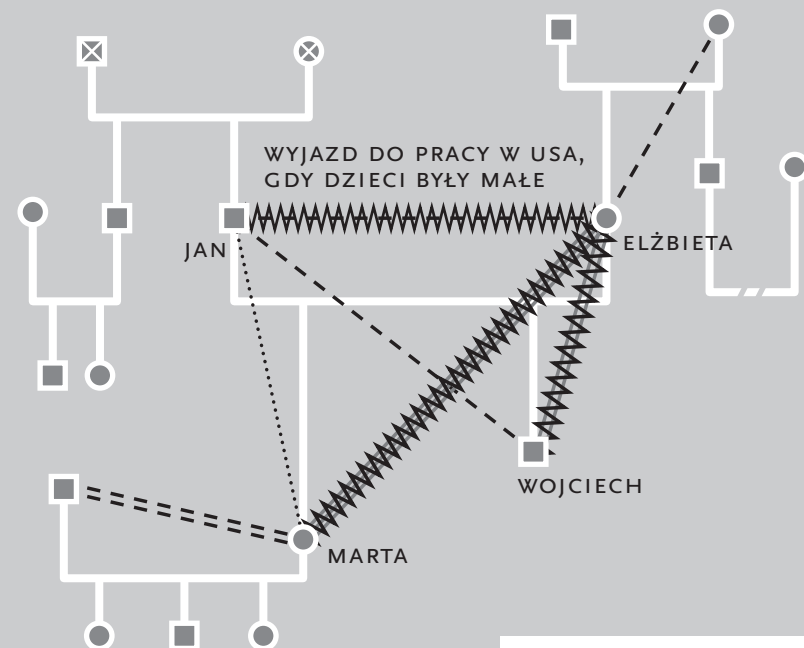


się umiarkowaniem elastyczności, a nie sztywności lub rozmyciem i chaos. Dobrym przykładem jest wychodzenie dorosłych dzieci z rodziny na studia, do związku, w dorosłość.

Po trzecie, rodzinę cechują zdrowe więzi – nie za bliskie i splątane bądź odległe, zimne ani ich brak związany z zerwaniem relacji. Dotyczą one głównie autonomii, jakiej doświadczają członkowie rodziny, mierzone wzajemną bliskością emocjonalną. Ten sam wymiar dotyczy jakości psychologicznych granic pomiędzy członkami rodziny, ale też między na przykład rodziną pochodzenia a nowo tworzącą się rodziną. Powinny one być generalnie elastyczne. Mogą oczywiście występować koalicje, które nie są związane ze

RODZINA CZWARTA –

o silnych więziach unikowych. Matka małych dzieci (dziesięć i pięć lat) wyjeżdża za granicę, pozostawiając je pod „opieką” poważnie uzależnionego od alkoholu męża. Przykład poważnej parentyfikacji, gdy dziewczynka zajmuje się bratem, czasami nawet ojcem. Owocuje to w dorosłości poważnymi objawami nerwicy lękowej.



MARTA – miała dziesięć lat, jej brat pięć, gdy matka wyjechała na cztery lata do USA do pracy. Parentyfikowana dziewczynka weszła w rolę matki, a czasem nawet ojca, bo ten bardzo pił. Sam czasami potrzebował pomocy córki, która zapłaciła za to poważną nerwicą lękową.

sprawami najważniejszymi, a raczej technicznie potrzebnymi, na przykład zrobieniem komuś niespodzianki. Dotyczą też ilości wspólnie spędzanego czasu adekwatnie do wieku dzieci i sytuacji rodziców czy wspólnych zainteresowań. Dotyczy w końcu podejmowania decyzji w jak najbardziej demokratyczny sposób, gdy dzieci są już w odpowiednim do tego wieku.

W Modelu Kołowym Olsona intrygujące jest spojrzenie na możliwe skutki życia w rodzinach, gdzie więzi i przystosowanie są na skrajnych wymiarach: braku lub nadmiaru. Jak wspomniano, komunikacja powinna być jak najlepsza z możliwych, a ideał i tak jest trudny do osiągnięcia. Brak więzi i brak lub bardzo niski poziom przystosowania może skutkować zaburzeniami osobowości dorastającej w takich warunkach osoby. Brak więzi lub ich bardzo niski, pozabezpieczny poziom połączony funkcjonalnie z nadmiernym przystosowaniem, na przykład wspomnianą parentyfikacją, zagraża tendencją do uzależnień osoby. Nadmierne więzi i nadmierne przystosowanie będące również często efektem parentyfikacji skutkują nerwicami. Nadmierne więzi przy bardzo niskim przystosowaniu mogą skutkować zaburzeniami psychicznymi typu psychozy.

To jest oczywiście uproszczenie, ale jednocześnie mówimy o potencjalnych mechanizmach, zwiastunach, predyktorach problemów, co potwierdza praktyka pracy z osobami dorosłymi przy znajomości ich genogramu. Zawsze znajdują się wyjątki, które zaprzeczają tym prawidłowościom, i warto to podkreślić słowami prof. Bogdana de Barbaro powtarzanymi na kursach systemowej terapii: „twórzmy hipotezy i się do nich nie przywiązujemy”⁷.

Jeżeli trafia do mnie ktoś, u kogo podejrzewam np. nerwicę, to sprawdzam, jak u tej osoby wyglądało przystosowanie (jaką miał rolę w rodzinie jako dziecko) i jak wyglądały więzi. Nie zawsze jest tak, że wszystko jest na maksymalnych wskaźnikach skali. Pracuję z dorosłym człowiekiem w kierunku zluźnienia więzi, na przykład z rodzicami, którzy już powinni się wycofać, ale równolegle nad zwiększeniem samodzielności i przystosowaniem się do wieku tej osoby, na przykład uniezależnieniem się finansowo. Dlatego nigdy nie godzę się, aby rodzice pokrywali koszty leczenia dorosłego człowieka. To dobrze działa.

3. PIERWSZA POMOC PSYCHOLOGICZNA I INTERWENCJA KRYZYSOWA

Skoro temat stresu i budowania odporności został już przybliżony, przejdziemy do pogłębienia tematu kryzysu i tego, jak może sobie pomóc osoba, która doświadczyła traumy w dzieciństwie lub w dorosłym życiu albo doświadczyła jednego i drugiego, lub aktualnie znajduje się w kryzysie i nie umie go odróżnić od sytuacji rozwojowych czy egzystencjalnych.

W moim przekonaniu istnieje wiele dróg dojścia do równowagi w kryzysie, a nawet po traumie. Jednocześnie zdarzają się sytuacje, gdy ktoś jest

⁷ Osobiste, wielokrotne doświadczenie.

przekonany o zamknięciu tego trudnego rozdziału, a jakaś nowa sytuacja czy na przykład obejrzenie filmu, na przykład *Umbry*, pokazuje mu, jak niepełne jest to zamknięcie.

Powstaje pytanie: „kto i kiedy powinien szukać pomocy?” oraz: „czy wszystkie ofiary traumy wymagają specjalistycznej pomocy?”.

Zanim odpowiemy na to pytanie, warto sobie uświadomić, że ludziom w przeszłości zdarzały się, obecnie się zdarzają i w przyszłości będą zdarzać trudne, przykre rzeczy. Ludzie doświadczali traum wojennych, przemocy zdecydowanie częściej niż dzisiaj, tak samo częstsze było sieroctwo, ponieważ matka zmarła przy porodzie, śmierć rodzeństwa w licznej rodzinie, wcześniejsze śmierci rodziców, dziadków i tym podobne.

Nie wszyscy wiedzą, że naukowo zaczęto badać wpływ szczególnie trudnych wydarzeń na człowieka dopiero w drugiej połowie XX wieku. Ponadto wiadomo, że ludzie lepiej sobie radzili z takimi traumami niż dzisiaj. Widać ich wiele w genogramach, w narracjach rodzinnych, często z trudem wydobytych od babć i dziadków. Wiemy już, że to nie same zdarzenia, ale sposób radzenia sobie z nimi ma decydujący, choć oczywiście niejedyny wpływ na krótko- czy długoterminowe efekty traumatycznego doświadczenia.

W połowie, a tak naprawdę w końcu XX wieku⁸ skupiano się na skrajnie trudnych sytuacjach rodzących wielorakie skutki (takich jak trauma wojenna, katastrofy, porzucenie, kazirodztwo). Jednocześnie konceptualizując początkowo tylko w tych obszarach, bezwiednie ograniczano tę wiedzę – nie tylko zjawisko przyczyn traumatycznych doświadczeń, ale też skutków. Następnie poszerzono je o inne katastrofy, przemoc, a w końcu o traumę rozwojową. Tym samym zaniedbano katalogowanie wielowiekowego doświadczenia ludzi w radzeniu sobie ze skutkami traumy – przecież nie tylko wojennej. Skupiano się na przyczynach, a nie na rozwiązaniach – czyli tym, co ludziom najbardziej pomagało.

Wpłynęło na to wiele zjawisk, ale niejednokrotnie jest to wynikiem działalności polityków i lobbingu firm farmaceutycznych oraz zdecydowanego zwiększenia oczekiwań względem instytucjonalnej, a nie rodzinnej czy poza-instytucjonalnej pomocy.

Dopiero w 1980 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne zatwierdziło zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) jako formalną kategorię diagnostyczną. Choć zauważano już,

⁸ Definicja kryzysu (Lindeman) jako naturalnej reakcji na niezwykłe wydarzenia, a dokładnie na skrajnie urazowe sytuacje powstała dopiero w 1944 roku.

że doświadczenie traumy daje skutki w różnych obszarach, nie robiono badań, tylko obserwowano te zjawiska i opisywano. Opis reakcji na traumę możemy znaleźć na tabliczkach z pismem klinowym sprzed czterech tysięcy lat. Czytamy też o nich u Homera – o przeżyciach Odyseusza, wzmiankował o tym jeden z pierwszych podręczników medycznych w Egipcie, analizował je niemal psychoanalitycznie w swoich dramatach William Szekspir (król Henryk IV, Lady Makbet) oraz Johann Wolfgang Goethe, który doświadczył traumy osobiście, a jego ostatnie słowa przed śmiercią powinny stać się mottem terapii traumy: „Więcej światła”⁹. W literaturze medycznej XIX wieku nadawano reakcji na traumę niemal poetyckie nazwy: syndrom „wiatru armatniego”, „żołnierskiego serca”, „szoku artyleryjskiego” czy „kolejowego kręgosłupa” u ofiar katastrof kolejowych. I choć zajmował się tym problemem między innymi niekwestionowany ojciec stosowanego do dzisiaj schematu terapii traumy Pierre Janet, żyjący w latach 1859–1947, to dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku dołączono do tych głównie wojennych lub katastroficznych przyczyn specyficznych objawów postresowych czy posttraumatycznych gwałt i doświadczenie bycia więźniem obozu koncentracyjnego. Bardziej skupiano się na samych objawach, na przykład hysterii, amnezji, traktując je jako zjawiska intrapsychiczne, niż na sferze skutecznej pomocy ofiarom konkretnych traumatycznych zdarzeń.

Jestem przekonana, że poznanie dynamiki takich zjawisk jak historia badań nad skutkami traumy pozwoli nam lepiej zrozumieć dzisiejszy świat. Racjonalne, ale właśnie realne patrzenie na to, co się wokół nas dzieje, pomaga łatwiej podejmować decyzje.

Zachęcam do obejrzenia dostępnego na kilku kanałach filmowych dokumentu *Wojenne rany 1861–2010*¹⁰. Pokazuje on, że ludzie doświadczający czegoś przerażającego, zagrażającego życiu płacą za to ogromną cenę. Do 1980 roku nikt im nie umiał pomóc, bo diagnozowano ich z kilku innych, rozbitych diagnoz: astenii postępującej, nerwicy neurastenicznej, encefalopatii i tym podobnych. Podobnie opisywał skutki doświadczeń w obozach koncentracyjnych wybitny polski psychiatra Antoni Kępiński – taki był ówczesny poziom wiedzy na temat skutków traumy.

⁹ Za M. URSEL, „Więcej światła”. O ostatnich słowach wielkich romantyków polskich, w: *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. 6, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2002, s. 301–307.

¹⁰ *Wojenne rany 1861–2010*, dokument produkcji amerykańskiej, 2010 r., reżyseria: Jon Alpert, https://www.canalplus.com/pl/dokumenty/wojenne-rany-1861-2010/h/10094563_70027 (dostęp: 31.05.2021).

Badania nad nimi rozpoczęto w zasadzie dopiero po 1980 roku, a przez to z kolei zaniedbano badania na temat odporności, która w przeszłości pozwalała dużo lepiej radzić sobie ze skutkami traumy niż obecnie. Od przełomu xx i xxi wieku proces wychodzenia z traumy mocno wspiera farmakologia, ale to często nie wystarcza. Poszerzenie wiedzy o stare i nowe bardzo skuteczne metody pomocy osobom strauumatyzowanym to kwestia świeża. Metody te funkcjonują w wielu nurtach posługujących się bardzo podobnymi technikami. Najczęściej jednak są to jeszcze pojedyncze projekty wspierane minimalnymi środkami, a dla przeciętnej osoby strauumatyzowanej szukającej pomocy stanowią gąszcz nowych nazw, z których nie wiadomo, którą wybrać.

Jest wiele dróg, które są pomocne. Chcę pokazać, po czym się poznaje, że metoda jest skuteczna, co jednak w ogromnym stopniu nie zależy od samej metody, tylko od relacji, jaka powstaje w diadzie terapeuty, interwent kryzysowy – klient. Co do badań, jeżeli tylko interesy koncernów farmaceutycznych nie wygrają z interesem człowieka, jest nadzieja na duży postęp w tej dziedzinie.

Bessel van der Kolk w swoich rozważaniach na temat traumy rozwojowej, prowadzącej w ogromnym stopniu do PTSD, nieuwzględnionej w zestawieniu DSM V (amerykański podręcznik klasyfikacji zaburzeń psychicznych), napisał bardzo gorzkie słowa. Cytował list amerykańskich specjalistów, zajmujących się pomocą osobom dorosłym i dzieciom, do APA (Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego) mającego bardzo dużo do powiedzenia w pracach nad poszerzeniem starej klasyfikacji DSM IV. Pomimo złożenia bardzo poważnego opracowania udokumentowanego badaniami prospektywnymi, czyli pokazującymi, jak trauma rozwojowa skutkuje w życiu dotkniętych nią Amerykanów, popartego przez Krajowe Stowarzyszenie Dyrektorów Stanowych Programów Zdrowia Psychicznego, w których leczono wówczas 6,1 miliona osób cierpiących z powodu skutków traumy rozwojowej (w samych Stanach Zjednoczonych), argumenty nie zostały uwzględnione. W odpowiedzi napisano: „Nie jest potrzebne nowe rozpoznanie, by wypełnić «brakującą diagnostyczną niszę»”¹¹. Nadal więc dzieci i osoby dorosłe będą leczone na depresję, bezsenność, somatyzacje wielu rodzajów, a nie całościowo na traumę rozwojową. Koncerny farmaceutyczne produkujące leki nasenne, antydepresanty i środki przeciwbólowe mają się nadal dobrze.

¹¹ B. VAN DER KOLK, *Strach ucieleśniony*, s. 209.

Pytanie, kto powinien szukać pomocy? Myśląc kategoriami klasyfikacji chorób w naszych realiach, każdy, kto ma objawy PTSD lub jeszcze bardziej CPTSD, prawdopodobnie będzie miał problem z poradzeniem sobie z cierpieniem.

Ma to dosyć duże znaczenie dla osób, które doświadczyły traumy i typu jako dorośli, na przykład są ofiarami gwałtu lub katastrofy samochodowej, nie zawsze reagują PTSD, a tym bardziej CPTSD. Czasami są one objęte pomocą medyczną (psychiatra) lub rzadziej psychologiczną, bo w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) jest bardzo mało psychologów. Sytuacja wygląda nieco lepiej w miejscach, gdzie powstały Centra Zdrowia Psychicznego, lub w miastach wojewódzkich. Te osoby częściej niż ofiary traumy relacyjnej mogą mieć na tyle dobrą sytuację materialną, żeby skorzystać z pomocy w gabinetach prywatnych.

Znając realia życiowe osób najbardziej strauumatyzowanych, wiemy, że raczej nie będzie ich stać na leczenie w prywatnym gabinecie. Dotyczy to osób ciężko doświadczonych traumą II stopnia, czyli najczęściej w dzieciństwie, traumą rozwojową wynikającą z zaniedbań, przemocy, uzależnień, z zaburzonymi więziami skutkującymi wieloma innymi złożonymi skutkami. Te osoby mają najczęściej dużo mniejsze wsparcie rodziny, często nie stać ich na opłacenie usługi w gabinecie prywatnym. Z osobami zdiagnozowanymi jako obciążone PTSD, a szczególnie CPTSD pracuje się dużo ostrożniej.

W ich przypadku konieczne jest stosowanie metod, które zabezpieczają przed uruchomieniem się **stanu transkryzysowego**, gdy się go nie spodziewają lub – co czasami się dzieje – w zwyczajnej psychoterapii tak zwanego przełomu kryzysowego, czyli doświadczenia przekraczającego okno tolerancji emocjonalnej, pomimo że sposób funkcjonowania klienta takiej reakcji emocjonalnej i zachowania nie zapowiadał. Terapeuta musi wiedzieć, jak wówczas swemu podopiecznemu pomóc, i przejść w tryb interwencji kryzysowej, a czasami nawet pierwszej pomocy psychologicznej, kiedy trzeba pomóc wyregulować **AUN (autonomiczny układ nerwowy)**, zanim zrobi się kolejny krok. Bez profesjonalnego podejścia łatwo można spowodować u klienta wtórne problemy.

Tu pojawia się kolejne pytanie: czym się różni pierwsza pomoc psychologiczna od interwencji kryzysowej i od terapii? W tej sprawie istnieje wiele nieporozumień. Niektórzy uznają pierwszą pomoc za wystarczającą, inni polecają na wszystko psychoterapię, traktując ją jak magiczne działanie skuteczne zawsze i wszędzie, niezależnie od motywacji osoby.

Specjalistyczna terapia traumy lub nawet pierwsza pomoc czy interwencja kryzysowa mogą mieć ograniczenia. To trochę jak w medycynie, gdzie

pacjenci obciążeni diagnozami współwystępującymi muszą podlegać innej, bardziej specjalistycznej opiece. Pokazała to ostatnio pandemia COVID-19, podczas której medycyna była często bezradna. Trauma przenika swoimi skutkami cały organizm człowieka, ale praca z osobą dotkniętą poważną traumą rozwojową jest generalnie możliwa. Jeżeli jednak mamy do czynienia z osobami chorymi psychicznie, zaburzonymi afektywnie w poważnym stopniu, upośledzonymi, aktywnie uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, mocno zaburzonymi osobowościowo, nie zawsze da się tę pracę podjąć. Dzieje się tak zarówno ze względu na trudne procesy motywacyjne u tych osób, jak też zagrożenie płynące z rozregulowania ich autonomicznego układu nerwowego. Oznacza to, że wymagają bardzo specjalistycznej pomocy, nie tylko terapeutycznej.

Z moich długoletnich obserwacji wynika, że jeżeli osoba jako dorosła doświadcza obecnie lub doświadczyła niedawno czegoś bardzo trudnego i pomimo wsparcia najbliższych odczuwa przytłoczenie licznymi nieprzyjemnymi, a nawet bardzo bolesnymi sygnałami z ciała (jak na przykład nieregularne bicie serca, zaburzenia trawienne, zaburzenia równowagi, natrętne wyobrażenia słuchowe lub wzrokowe – flashbacki), silnym lękiem, koszmarami sennymi i tym podobnymi, powinna skorzystać z pomocy psychologicznej, najczęściej interwencji kryzysowej. Jeżeli aktualne, trudne doświadczenie nie padło na trudne warunki początkowe, które same w sobie już zawierały traumatyczne doświadczenie, to taka pomoc wystarczy. Czasami jest to kilka spotkań.

Klasyyczna interwencja kryzysowa zakłada dziesięć spotkań ze specjalistą. Jednocześnie, jeżeli dziesięć spotkań to za mało, warto sprawdzić, czy problem nie jest poważniejszy, wymagający terapii traumy lub innego rodzaju terapii, na przykład związanej z powikłaną żałobą, z zaburzeniami osobowości i tym podobnymi. To oznacza, że zarówno pierwsza pomoc psychologiczna, jak i interwencja kryzysowa bywa wstępem do poszukiwania dalszej pomocy.

Zdarzają się osoby, które przeżyły traumę na przykład wykorzystania seksualnego w dzieciństwie i do okresu dorosłości radziły sobie albo wydawało im się, że sobie radzą. Potem jednak, gdy objawy nimi zawładnęły lub jakiś bodziec je uruchomił, tak że osoby te nie radzą sobie same ze sobą, to na samą psychologiczną interwencję kryzysową jest zdecydowanie za późno.

W takiej sytuacji zdecydowanie zachęcałabym taką osobę po próbie interwencji kryzysowej albo nawet bez niej na przejście terapii traumy, a jeżeli pojawia się konieczność kontynuacji, bo widać problemy osobowościowe lub

inne, warto kontynuować terapię z nowym kontraktem, najczęściej u innego terapeuty, często w innym miejscu.

Bardzo ważne jest rozróżnienie: na dzieci doświadczające traumy, dorosłych doświadczających traumy i na dorosłych, którzy w dzieciństwie doświadczali traumy.

Istotne jest także odróżnienie rodzaju traumatycznego doświadczenia i zdiagnozowanie, jakie znaczenie temu wydarzeniu nadała osoba skrzywdzona. Po doświadczeniu traumy I typu, czyli jednorazowego zdarzenia (jak wypadek samochodowy), które wprawdzie uruchomiło zespół ostrego stresu, ale nie skończyło się PTSD, na ogół 80 procent osób radzi sobie dobrze. Jeżeli tylko nie była to katastrofa, w której zginęło wiele osób, to nawet jeśli zdarzają się utraty osobiste, ale ta konkretna osoba ma dużą odporność psychiczną (patrz – rezyliencja) i otrzymała adekwatne do potrzeb wsparcie najbliższych, być może w trakcie swojego życia przepracuje to doświadczenie w różnych formach – w relacjach, w modelu osobistego radzenia sobie ze stresem BASIC Ph¹² (nawet gdy go nie zna z tej nazwy), w wymiarach religijnych i innych, nadając sens doświadczonemu zdarzeniu.

Jeżeli jednak mówimy o traumie II typu, czyli traumie relacyjnej, często doświadczanej w dzieciństwie w trakcie wszystkich faz rozwojowych, to około 50 procent osób będzie wymagało pomocy specjalistycznej. Wchodzi tu często w grę kwestia zdeprecjonowanych więzi, ciężkiego stresu, który działał korozyjnie, zaburzając i utrudniając mentalizację, a tym samym motywację do pracy nad sobą.

W wielu przypadkach utrudnia to zbudowanie motywacji do korzystania z pomocy pomimo cierpienia własnego, cierpienia w związku, cierpienia własnych dzieci. Przykładem jest każda sytuacja przemocy w rodzinie, gdy osoba obecnie stosująca przemoc w dzieciństwie sama była ofiarą lub świadkiem przemocy i te sytuacje wyparła lub w inny sposób zniekształciła. Jednocześnie takie osoby, jako bardziej podatne na skrzywdzenie, czasami narażające się przez odgrywanie traumy, mniej odporne, doświadczają dodatkowych krzywd, które załamują ich system obronny zarówno biologiczny, jak i psychiczny.

W taki sposób krzywda doznawana przez kogoś w dzieciństwie niesie się dalej. Tu poruszamy kwestię społecznego dziedziczenia. Ludzki mózg działa binarnie, czyli trochę zero-jedynkowo, a w sytuacjach zaburzeń takie działanie jest jeszcze mocniejsze. Tym samym w dzisiejszym świecie przeładowanym

¹² O BASIC Ph będzie mowa w dalszym ciągu czwartego rozdziału.

informacjami stał się balastem – jak pisze autor bardzo ciekawej książki, Kevin Dutton¹³. Zdecydowanie bardziej ciągnie nas do tych, którzy są podobni, jak również – postrzegając świat – chętniej uznajemy racje tych, którzy myślą podobnie do nas niż skrajnie odmiennie. W wypadku ofiar traumy II stopnia, których obraz siebie i własnych przekonań jest najczęściej bardzo pesymistyczny, ich otoczenie, podobnie myślące, najczęściej nie sprzyja samodzielnemu radzeniu sobie z tym obciążeniem.

Nie zawsze interwencja kryzysowa jest koniecznym etapem przyjmowanej pomocy. Wcześniej czasami wystarczy pierwsza pomoc psychologiczna albo omija się psychologiczną interwencję kryzysową, wchodząc w kontrakt terapeutyczny. To zależy od tego, co jest konieczne według specjalisty udzielającego pomocy we wstępnej diagnozie. Sytuacja może się zmienić po konsultacji, a czasami po wielu konsultacjach, bo nie zawsze klient podaje prawdziwy powód swojego zgłoszenia, i to nie z chęci wprowadzenia terapeuty w błąd, tylko z braku świadomości i wglądu w swoje prawdziwe mechanizmy.

Terapia traumy ma nieco inną naturę, ale też nie powinno się sztywno ograniczać czasu jej trwania. Modne stały się tak zwane terapie krótkoterminowe. Cele możliwe do osiągnięcia w krótkim czasie odpowiednią metodą i technikami jak najbardziej warto realizować. Nie wolno jednak mamić osób strauumatyzowanych, szczególnie w dzieciństwie, że kilkanaście spotkań – to jest około trzech miesięcy wystarczy – aby wszystko wróciło do normy.

Stąd, jeżeli zdarzyło się coś bardzo trudnego, z czym ciężko sobie poradzić, warto się zgłosić najpierw do interwencji kryzysowej. Najczęściej realizuje się ją poza systemem medycznym. Zazwyczaj są to ośrodki interwencji kryzysowej, rzadziej punkty interwencji kryzysowej. OIK-i coraz częściej oferują pomoc całodobową, w tym dyżury telefoniczne. Niestety nie jest ona zestandaryzowana, choć zrealizowano duży projekt temu poświęcony¹⁴.

W wielu ośrodkach zgodnie z teoretycznymi założeniami klient ma do dyspozycji do dziesięciu sesji, ale o tym wspólnie decyduje się z terapeutą/interwentem kryzysowym. Może to być też jednorazowe spotkanie. Udzielana jest tam również inna pomoc: wsparcie, poradnictwo, psychoedukacja, różne

¹³ K. DUTTON, *Myślenie czarno-białe. Binarny mózg jako balast w skomplikowanym świecie*, przeł. R. Madejski, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa 2020.

¹⁴ *Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej*, praca zbiorowa, https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/StandardInterwencjiKryzysowej_a.pdf (dostęp: 22.10.2022).

formy grupowej pomocy w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w radzeniu sobie z utratą czy szkołą dla rodziców.

oni realizują też pierwszą pomoc psychologiczną. Najczęściej robi się to w sytuacjach traumy masowej. Różni się ona od psychologicznej interwencji kryzysowej.

W sprawie pierwszej pomocy psychologicznej istnieje ciągle ogromne zamieszanie. To, jak ważne jest rozgraniczenie między pierwszą pomocą psychologiczną a interwencją kryzysową, okazało się w lutym 2022 roku, podczas przyjmowania uchodźców z objętej wojną Ukrainy.

Po pierwsze, pomocy psychologicznej mogą udzielać wszyscy, którzy znajdują się w miejscu zdarzenia, w miejscu przyjmowania uchodźców, w mieszkaniu, gdzie popełnione zostało samobójstwo i tak dalej. Mogą to być strażacy, policjanci, sąsiedzi czy przypadkowi świadkowie wypadku samochodowego.

Pod tym pojęciem kryją się wszystkie działania, jakie podejmuje się natychmiast po obciążającym zdarzeniu. Stosuje się je, by ustabilizować psychikę człowieka będącego w wyraźnym pobudzeniu lub odwrotnie, w stanie zamrożenia, osłupienia lub wręcz zastygnięcia. Środki te obejmują wsparcie werbalne i niewerbalne. Czasami konieczne są tu działania medyczne ze względu na stan osoby poszkodowanej, na przykład przy nadmiernym obciążeniu wyraźnie widocznym w postaci barwy skóry, braku kontaktu, zimnym pocie na ciele, zimnych dłoniach i innych objawach **hipozamarcia**. Celem podstawowym takiej pomocy jest przywrócenie osobie poczucia sprawczości i kontroli nad sobą. Pierwsza pomoc psychologiczna zapobiega wystąpieniu zaburzeń pourazowych lub je pomniejsza.

W pierwszej pomocy psychologicznej nie chodzi o standaryzację. Nie wszystkie służby się tym posługują. Prymat wiedzie medycyna i ratownictwo medyczne, które jest najbardziej znane. Dla pomocy psychologicznej pomoc przedmedyczna to tylko wycinek. Wyznacza go jednak logika postępowania w stanie wyższej konieczności. Między innymi określa ją podręcznik pierwszej pomocy wydany przez National Child Traumatic Stress Network i National Center for PTSD, który opisuje zestaw ośmiu podstawowych działań w tym zakresie¹⁵:

¹⁵ H. CZUCHNOWSKA, M. ORZECZOWSKA-BĄCZYK, *Pierwsza pomoc psychologiczna*, <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/pierwsza-pomoc-psychologiczna> (dostęp: 22.07.2022).

1. Nawiązanie kontaktu – polega na zainicjowaniu kontaktu z osobami poszkodowanymi, gdy podejrzewamy, że wymagają pomocy, lub odpowiedzi na ich prośby o pomoc bądź udzielane przez nie informacje.
 2. Zapewnienie bezpieczeństwa i względnego dobrostanu fizycznego i psychicznego – celem osoby udzielającej pierwszej pomocy psychologicznej jest przywrócenie i podtrzymanie poczucia bezpieczeństwa, poczucia kontroli nad sytuacją oraz zwrócenie uwagi osoby poszkodowanej na jej kwestie zdrowotne i kwestie bezpieczeństwa osobistego.
 3. Stabilizacja (jeżeli jest wyraźnie konieczna) – gdy widać niepanowanie nad emocjami, dezorientację, zły kontakt z otaczającą rzeczywistością.
 4. Zbieranie informacji na temat aktualnych potrzeb i zmartwień osób poszkodowanych. [Tu uwaga na chęć natychmiastowego podzielenia się opowieścią o zdarzeniu. Wysłuchiwanie tych opowieści nie jest zadaniem pierwszej pomocy psychologicznej ani medycznej. Warto na chwilę tok wypowiedzi zatrzymać i wskazać, gdzie będzie można uzyskać profesjonalną pomoc].
 5. Wsparcie praktyczne – celem jest zaoferowanie praktycznego wsparcia i pomocy, by zaspokoić bieżące potrzeby osób poszkodowanych (patrz punkt 2).
 6. Uaktywnienie kanałów wsparcia społecznego – system wsparcia społecznego dla osób poszkodowanych może obejmować członków ich rodzin, przyjaciół, pomoc społeczną, pomoc ze strony samorządu; celem jest umożliwienie uzyskania przez osoby poszkodowane pomocy natychmiastowej lub długoterminowej.
 7. Udzielenie informacji na temat metod radzenia sobie, jeżeli udzielający pomocy ma taką wiedzę, a nie stosowanie powierzchownych praktyk pocieszania – celem tych działań jest edukacja na temat objawów stresu i technik radzenia sobie niezbędnych, by zminimalizować stres i promować zachowania adaptacyjne dzięki wskazaniu, że to, co się dzieje, jest normalną reakcją na nienormalną sytuację.
 8. Ułatwienie kontaktu ze służbami społecznymi – celem jest pomoc osobom poszkodowanym w nawiązaniu takiego kontaktu lub udzielenie informacji o tego typu usługach, które mogą się okazać przydatne w przyszłości.
- Ktoś mógłby powiedzieć, że to już prawie interwencja kryzysowa. Często granica między tymi działaniami jest bardzo płynna. Nikt na przykład nie był dotąd przygotowany na tak wielką falę uchodźców z Ukrainy jak wiosną 2022 roku. W tym czasie część oik-ów w Polsce nie służyła pomocą

innym ludziom w kryzysie, bo interwencji byli w punktach recepcyjnych, w halach i noclegowniach, pracując często tak samo jak wolontariusze. Niektóre ośrodki powróciły do normalnej pracy dopiero po dwóch miesiącach. Tak rozumiejąc różnice, możemy jasno ocenić, że na dworcu, peronie czy nawet w zapchanym ludźmi punkcie recepcyjnym powinno się realizować pierwszą pomoc, a do interwencji kryzysowej raczej trzeba podawać informację, namiary czy adresy.

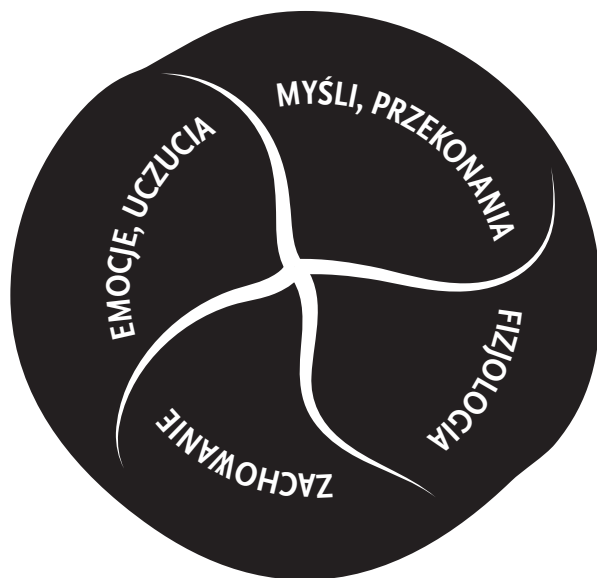
Obecnie rozwija się ruch w kierunku upowszechniania pierwszej pomocy psychologicznej. Vikram Patel – uznany naukowiec z Harvardu, prekursor tak zwanego wczesnego reagowania na terenach, gdzie profesjonalna pomoc psychiatryczna i psychoterapeutyczna jest niedostępna – podnosił konieczność dostępności pierwszej pomocy i właśnie interwencji kryzysowej. Od lat niestrudzenie podkreśla, że problemy psychiczne dotyczą co roku 450 milionów ludzi na świecie, że zbierają one tragiczne żniwo w statystykach samobójstw. Nie podważał w żaden sposób wagi i znaczenia psychoterapii, ale podkreślał konieczność wcześniejszych działań szczególnie tam, gdzie brak wystarczającej liczby specjalistów.

Kolejną formą pomocy jest interwencja kryzysowa. Ma ona na celu stabilizację emocjonalną osoby, zwiększenie jej poczucia bezpieczeństwa, aby potem spokojniej zająć się tym, co będzie jej dalej potrzebne do wyjścia z kryzysu. Czasami jest ona początkiem procesu wychodzenia z kryzysów nie tylko aktualnie dotykających osobę, ale też takich, które wydawały się dobrze i skutecznie domknięte.

Zdarza się, że potrzebna jest izolacja od warunków lub osób, z którymi ktoś żyje, i nie mówię tu o traumie masowej, jak ta wojenna czy też powódź. Chodzi mi głównie o problemy przemocy domowej lub utraty dachu nad głową w wyniku pożaru i tym podobne. Stąd w wielu ośrodkach są hostele, istnieją Specjalistyczne Ośrodki Wsparcia dla Ofiar Przemocy, taką funkcję pełnią też placówki interwencyjne dla dzieci (instytucjonalne lub rodzinne). Do tego typu pomocy osoby są zgłaszane lub zgłaszają się same.

Interwencji kryzysowi powinni przez cały czas oceniać stan klienta zgłaszającego się do instytucji pomocowej. W interwencji kryzysowej taka ocena **mobilności** (nie mylić z osądem) dzieli się na dwa etapy.

Pierwszy mamy na początku procesu pomagania. Wówczas najważniejszą sprawą jest nawiązanie relacji z osobą w kryzysie. Interwent musi tu pamiętać o dostrojeniu się do osoby, o **leadingu**. Ustala się wówczas i definiuje problem oraz poziom zagrożenia, należy pamiętać o bezpieczeństwie klienta,



diagnozuje się jego stan, stopień nasilenia kryzysu w każdym z jego komponentów: w emocjach, w sferze poznawczej, w fizjologii i w zachowaniu. Tu z terapii behawioralno-poznawczej interwencja zapożyczyła pojęcie „kajzerki”.

Osoby w kryzysie znajdują się w bardzo różnych stanach emocjonalnych, a interwencja kryzysowa posługuje się schematami, gdyż to pomaga samemu się regulować i nie zatracić w empatii.

Osoby zgłaszają się czasami do interwencji kryzysowej z bardzo poważnymi trudnościami. Zazwyczaj nie są to problemy egzystencjalne typu „mieć czy być” – to raczej Hamletowskie „być albo nie być”. Sam interwent, szczególnie mało doświadczony, może popaść w kryzys, pracując na przykład z osobą zagrożoną suicydalnie. Może zapomnieć, co jest najważniejsze. Takie sytuacje zdarzają się podczas ratowania życia, dysocjacji klienta. Terapeuci traumy korzystają ze słynnego wierszyka¹⁶ obrazującego to, o czym bezwzględnie trzeba pamiętać, gdy mamy do czynienia z substancjami, które nieprawidłowo mieszane, mogą wybuchnąć. Chodzi o miareczkowanie wypowiedzi klienta po traumie, która może wywołać ostrą reakcję emocjonalną czy somatyczną. Schematy te pozwalają interwentowi się samemu wyregulować, by móc koregować osobę w poważnym kryzysie.

¹⁶ „Pamiętaj, chemiku młody, wlewaj zawsze kwas do wody”. Wierszyk ten jest też przywoływany w odniesieniu do miareczkowania w terapii traumy.

Jeżeli nie jest ona bezpieczna w związku z zagrożeniem zewnętrznym (przemoc) lub nachodzą ją myśli samobójcze (zagrożenie wewnętrzne), to tym należy się zająć przede wszystkim.

Drugi etap oceny następuje, kiedy ustala się alternatywne rozwiązania,



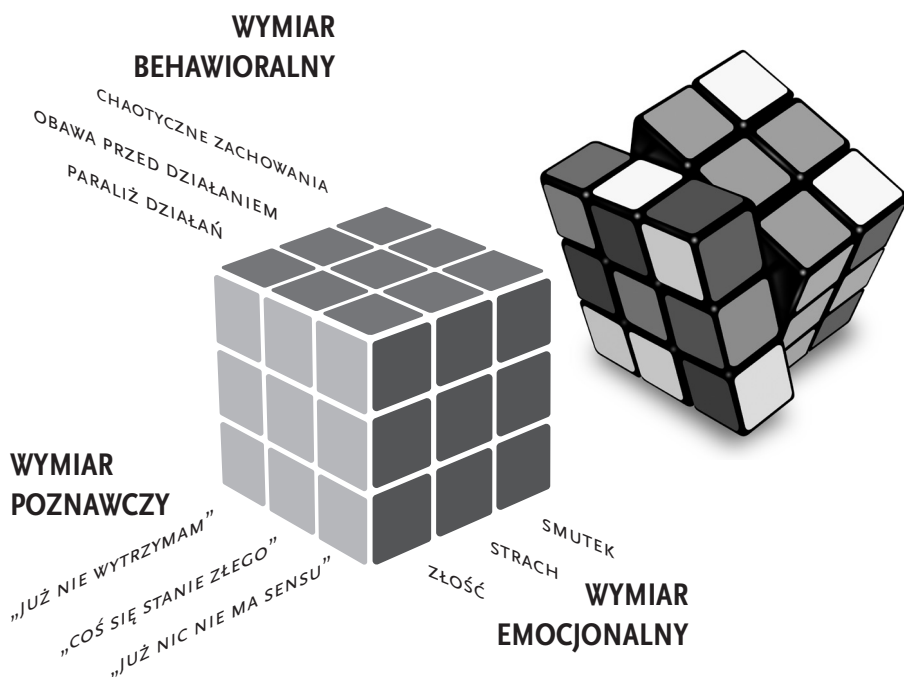
wybiera pierwsze i kontraktuje współpracę klienta z terapeutą¹⁷. Mieszczą się tu dwie techniki: „kajzerka” i „parasol”. Ten schemat przeprowadza interwenta przez poszczególne etapy.

Wszelkie zmiany w dynamicznym procesie wychodzenia z kryzysu muszą być monitorowane. Tu interwent kryzysowy musi pozostawać ciągle w kontakcie z aktualnymi potrzebami i oczekiwaniami klienta, diagnozować reakcje klienta w ciele, hipoteczować, jakie odczuwa emocje i je odzwierciedlać. Do tego powinien mieć kontakt z własnymi reakcjami, także w ciele.

¹⁷ R.K. JAMES, B. GILLILAND, *Strategie interwencji kryzysowej*, przeł. A. Bidziński, K. Mazurek, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2004.

Cały czas podlegają też diagnozie sposoby i mechanizmy radzenia sobie, zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, które są lub mogą stać się dostępne dla klienta. Równolegle udziela się wsparcia z użyciem pozawerbalnego **dostrojenia** do niego, **parafrazowania**, **ogniskowania** według potrzeb. Czasami w pracy z osobą w poważnym kryzysie rezygnuje się z odzwierciedlania uczuć i ciała, aby zmniejszyć reakcje z autonomicznego układu nerwowego, a wprowadza się raczej hamowanie, aby osoba cały czas znajdowała się w polu tolerancji emocjonalnej i współpracowała z terapeutą. Zależy to od oceny zasadniczego stanu (mobilności), od stanu pobudzenia, słyszanego oddechu klienta, kontaktu klienta ze swoimi emocjami, zabarwienia skóry, wielkości i dynamiki zmian źrenic. Tu również warto pamiętać o schemacie diagnozy stanu mobilności.

Ja bardzo lubię tak zwaną kostkę. W źródłach¹⁸ nazywa się ją trójwymiarowym modelem oceny kryzysu autorstwa R.A. Myera, R.C. Williama, A.J. Ottensa i A.E. Schmidta, którzy opracowali również formularz oceny



selekcyjnej (FOS) znajdujący się w podanej w przypisie książce. Ponieważ

¹⁸ R.K. JAMES, B.E. GILLILAND, *Strategie interwencji kryzysowej*, przeł. A. Bidziński, K. Mazurek, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2008, s. 66.

wyglądem przypomina kostkę Rubika i funkcjonalnie działa podobnie, interwenci nazywają ten schemat po prostu kostką.

Przyznam, że wielokrotnie się do niej odwoływałam w celu szybkiej diagnozy mobilności klienta w kryzysie, szczególnie w kryzysie suicydalnym. Chodzi oczywiście o schemat w pamięci, a nie ściągawkę w szufladzie. Diagnoza mobilności przy użyciu kajzerki i kostki pokazuje, że kryzys może być bardzo duży lub mniejszy, czyli ma skalę, i diagnozuje się go na podstawie obserwacji i rozmowy. Skala zagrożenia kryzysem przebiega od stanu zupełnej immobilności rozumianej jako stan bezsilności, słabości, smutku, braku energii lub odwrotnie, stanu zagrożenia agresją zbudowaną na ogromnym lęku i bezradności bądź autoagresją. Miarą jest tu krytycyzm i podatność na perswazję. Za osoby z założenia traktowane jako immobilne uznaje się: dzieci, osoby z demencją, osoby upośledzone, osoby chore psychicznie w aktualnym stanie psychozy, a nie **remisji**, osoby pod wpływem środków psychoaktywnych lub ogarnięte rozpaczą, smutkiem, poczuciem braku wyjścia i bezsensu życia.

Na drugim końcu skali jest stan mobilności – czyli poczucie konieczności działania i myśli o tej konieczności przy jednoczesnym braku pewności,



czy podejmuje się dobre decyzje. Dojmującym uczuciem jest tu złość, ktoś ma dużo energii, jeszcze wierzy w swoje działania mimo dużej niepewności. Czasami wykonuje sporo chybionych ruchów w celu wyjścia z kryzysu.

Stan pośredni to stan średniej mobilności nacechowany strachem, niepewnością i myślami zakładającymi niepowodzenie. Energia osoby jest też

średnia i zależy od stanu emocjonalnego. Dominuje tu strach i lęk w zależności od realnego lub przewidywanego zagrożenia.

Od diagnozy zależy stopień naszej dyrektywności w stosunku do klienta i wstępne rokowanie, czy jest na tyle elastyczny, że nasze działanie ma szansę podnieść jego mobilność przy użyciu samych metod psychologicznych. Tu miarą nie zawsze jest czas zdarzenia, ale bardziej to, co się aktualnie dzieje z człowiekiem zgłaszającym się do nas lub zgłoszonym czy przywiezionym do ośrodka. To może być stan po wypadku samochodowym, gwałcie, ale też stan transkryzysowy w związku z wydarzeniem dawnym, lecz skutkującym obecnie.

Dyrektywność interwenta realizowana jest w języku terapeuty, gdy osobom mobilnym oddaje pełną odpowiedzialność za siebie, ze średnio mobilnymi szuka wspólnego rozwiązania, a wobec immobilnych jest opiekuńczy, biorąc za nie odpowiedzialność. Używa wtedy sformułowań typu: „pan się zgłosi, pani zadzwoni do...”; do osób średnio mobilnych już powie wspierająco w zależności od potrzeb: „zastanówmy się..., zadzwonimy do...”; wobec osób immobilnych będzie najbardziej dyrektywny, używając sformułowań: „ja zadzwonię do..., ja się dowiem” i tak dalej.

To wszystko potrafi się zmienić w ciągu godziny. Z osoby immobilnej można wyprowadzić osobę w kryzysie do średniej mobilności, ze średniej mobilności do mobilności. Wymaga to od interwenta intensywnego skupienia się, aby nie dopuścić do reakcji typu dysocjacja, zalenie czy zamrożenie. Zależy też od warunków początkowych, od rodzaju traumy. W traumie relacyjnej parasol rozciąga się często na kilka spotkań i najczęściej jest tylko wstępem do terapii traumy, terapii zaburzeń osobowościowych czy zaburzeń nerwicowych.

Warto tu pewnie powrócić do poprzednich rozdziałów, gdzie była mowa o możliwych skutkach traumy zaraz po jej wystąpieniu oraz do późnych skutków, czasami po wielu latach.

Organizm potrafi przechować, szczególnie w ciele, pamięć starych zdarzeń, niepozostających w pamięci ani we wspomnieniach. Pamiętam sytuację kobiety, która zgłosiła się w wieku czterdziestu ośmiu lat w bardzo dużym kryzysie. Siedem lat wcześniej była klientką ośrodka interwencji kryzysowej po poważnych utratkach. Powróciła po nagłym odtworzeniu się sytuacji gwałtu, którego doświadczyła jako sześćioletnia dziewczynka. Była pewna, że to już domknęła.

Kiedy próbowała mi to opowiedzieć, choć jej wcale nie zachęcałam, wiedząc, że takie emocje potrafią się odtworzyć, nie tylko gdy zadziała trigger, nagle zaczęła się bardzo trząść. Wyraźnie były to wibracje, **drżenia neurogenne**. Byłam szczęśliwa, że jako provider TRE® wiedziałam, co zrobić. Mogłam uspokoić klientkę, sama zachowując spokój, zachęciłam ją do kontynuowania wibracji na krześle, trochę jej wytłumaczyłam, co się dzieje i nauczyłam ją, jak je hamować. Pokazałam jej znaczenie fazy integracji koniecznej po fazie wibracji. Była ona jedną z niewielu osób, z którymi przyszło mi pracować, a która nie miała zablokowanych wibracji. Jednocześnie całe życie nadawała im nieprawidłowe znaczenie. Nie wiedziała, że to bardzo skuteczna reakcja ciała luzująca napięte powięzi, obniżająca poziom hormonów stresu, uwalniająca napięcie, a często stres i częściowo traumę zablokowaną w ciele.

Czuła się po tym doświadczeniu bardzo dobrze, wracała już do niego świadomie po sesjach terapii traumy. Gdybym nie знаła TRE®, pewnie wezwałabym karetkę pogotowia, choć klientka nie traciła ze mną kontaktu, miała zaróżowioną twarz, oddychała, a jej problemem okazało się zaskoczenie, że dzieje się z nią coś, czego nie rozumie, i zawsze, gdy doświadczała wibracji, bardzo się ich wstydziła.

Ta kobieta mogła zastygnąć, zdysocjować. To na szczęście zdarza się bardzo rzadko, a głównym zabezpieczeniem jest niedopuszczenie do wyłania się traumatycznych treści w pierwszym kontakcie, zanim terapeuta się zorientuje, z jakim problemem ktoś się zgłosił. Jeżeli pomimo wszystko coś takiego by się wydarzyło, to interwent kryzysowy lub terapeuta dysponuje jeszcze technikami przerywającymi tok narracji grożący ostrą reakcją AUN. Należą do nich poza oddychaniem wszystkie techniki uruchamiające **eksteroceptory**, a nie **interoceptory**. Są to na przykład pytania: o kolor ściany, o temperaturę otoczenia i tym podobne. Znacząca część pamięci traumy składa się z nieprzyjemnych wrażeń związanych z ciałem, doświadczanych przez nerwy interoceptywne zarówno wtedy, gdy doszło do wydarzenia, jak i podczas wspominania traumatycznego doświadczenia. Trzeba pomóc klientowi skupić się nie na sobie samym, tylko na otoczeniu. Bardzo ważne jest, by interwent zachował spokój, bo to ma wpływ na możliwość regulacji klienta. Czasami wystarczy tylko uwaga: „Nic się nie dzieje, jestem tu z panią, proszę uspokoić oddech”, i samemu to zademonstrować. Powrócimy jeszcze do tego w postaci ustrukturyzowanych pięciu kroków, które warto stosować w zależności od stanu klienta.

Zamiast dawać dobre rady typu: „Proszę się uspokoić”, warto zalecić klientowi wyrównanie oddechu, kiedy zaś widać, że go wstrzymał – dłuższy wdech (w trybie „poddaj się/zapadnij”); to samo, gdy oddycha bardzo szybko, jakby miał uciekać, ale wydech musi być w tej sytuacji dłuższy (w trybie „walcz/uciekaj”). Można też poprosić o bardzo szerokie otwarcie oczu, o odwrócenie głowy, poszukanie i nazwanie wizualnych wskazówek bezpieczeństwa w pokoju (między innymi osoby pomagającej, która sama musi się umieć **regulować**, aby skutecznie **koregulować** klienta); o wciśnięcie stóp w ziemię lub poruszanie się na krześle i poczucie połączenia z ludźmi, światem, a nawet z podłogą, ugruntowanie się przez wygodne usadowienie się w fotelu i oparcie się. Często pomaga wstanie i zrobienie kilku kroków; można poprosić o obrócenie głowy, aby nazwać jakiś przedmiot znajdujący się za plecami, z lewej i prawej strony. Dobrze robi też skrzyżowanie rąk w poprzek ciała, uchwycenie ramion i przytulenie się, ewentualnie oklepanie ramion. Przy ruchu, koniecznym w takich sytuacjach, ważne jest zwrócenie uwagi na kończyny, poruszanie palcami u rąk i nóg. Pomocny w stymulacji nerwu błędnego jest samodzielny masaż stóp. Osoby sobie bliskie mogą sobie wzajemnie w tym pomóc.

Bardzo pomocne jest: głośne płukanie ust wodą lub głośne śpiewanie, bo aktywuje struny głosowe, co z kolei stymuluje nerw błędny. Koreańczycy (czasami klęcząc przed kimś groźnym) tarli dłońią o dłoń i wdychali zapach rozgrzanej skóry. Dzisiaj wiemy, że to jedno ze znanych ćwiczeń nerwu błędnego pod nazwą „gorąca czekolada”¹⁹. Takie działanie szybciej niż aktywacja innych zmysłów przekaże informację. Nerw węchowy jest bowiem jedynym nerwem czaszkowym, który przekazuje informację bezpośrednio do kory mózgowej. Dlatego zapachy stanowią najtrwalsze i najżywsze wspomnienia, ponieważ mają związek z częścią „starego mózgu”. Oglądając stare westerny, widzimy, jak często bohaterowie po walce czy innej stresującej sytuacji zanurzali twarze w zimnej wodzie (najczęściej z poidła dla koni). Dzisiaj już wiemy, że takie zanurzanie oczu i czoła oraz co najmniej dwóch trzecich powierzchni obu policzków uruchamia nerw błędny, zmniejsza tętno, stymuluje jelita i włącza układ odpornościowy. Wskazane jest również jedzenie, zucie błonnika – pobudza to impulsy błędne do mózgu, spowalniając ruchy jelit i sprawiając, że czujemy się pełnijsi po posiłkach. Na koniec, ale tylko wtedy, gdy to będzie adekwatne do sytuacji, warto zalecić śmiech:

¹⁹ S. ROSENBERG, *Terapeutyczna moc nerwu błędnego, praca z ciałem oparta na teorii poliwalgalnej*, przeł. A. Homańczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020.

dobry śmiech poprawia nastrój, wzmacnia układ odpornościowy i stymuluje nerw błędny.

Najczęściej nie ma potrzeby używania całego arsenału działań pomagającego w regulacji klienta. Wprawdzie gdy ktoś odważy się zgłosić po pomoc, cierpi i nabiera nadziei na zmianę, to zdarza się, że chce wyrzucić to, co ma w swojej pamięci. Jeżeli ma duży rezerwuuar stresu albo traumy, już samo opowiadanie może zadziałać jak otwarcie puszki Pandory.

Bywa też często, że ludzie przychodzą z innymi problemami, a te poważne nie są dopuszczane do świadomości jako związane z obecnymi kłopotami, ale mogą się uruchomić bezwiednie i bez kontroli.

Z dużo mniejszą puszką Pandory, która łatwiej się otwiera i wyczerpuje już na pierwszej konsultacji, mamy do czynienia wtedy, gdy coś wydarzyło się niedawno, a klient ma przeświadczenie, że jeśli to z siebie wyrzuci, skończy się jego cierpienie. Tu ważna jest wiedza terapeuty lub interwenta kryzysowego, żeby ograniczyć lub miareczkować taką wypowiedź, dając jednocześnie do zrozumienia klientowi, że chce mu się pomóc, ale może się on gorzej poczuć, gdy na pierwszym spotkaniu wszystko opowie.

Nie powinno się jednak lekceważyć potrzeb kogoś takiego. Szczególnie dotyczy to dzieci. Jak pisze Daniel Pittet: „dziecko musi czuć, że dorosły, który zadaje mu pytania, chce usłyszeć prawdę”²⁰, i dalej: „człowiek wykorzystywany seksualnie musi mieć możliwość opowiedzenia swojej historii, jeśli tego pragnie, przynajmniej jednej osobie. [...] Nie może być inaczej, bo gdyby nie wysłuchano mnie w momencie, gdy zacząłem mówić, to już bym nie żył”²¹. Warto nadmienić, że gotowość do tego wyznania pojawiła się po około dwudziestu latach od traumatyzujących zdarzeń, a nie w dzieciństwie.

Terapeuta powinien być wyposażony w umiejętności diagnostyczne, żeby nie dopuścić klienta do zalania uczuciami, zamrożenia lub zdysocjowania. Każdy terapeuta, a już bezwzględnie każdy interwent kryzysowy powinien wiedzieć, po czym poznaje się autoregulację/rozregulowanie autonomicznego układu nerwowego, kiedy należy go aktywować (przy depresji, apatii), a kiedy absolutnie hamować (reakcje ucieczki, ekstremalne przeciążenie, hipozapaść)²².

²⁰ D. PITTET, *Ojciec, przebaczam ci...*, s. 62.

²¹ Tamże, s. 65.

²² Na podstawie B. ROTHSCCHILD, *Ciało pamięta*, t. 1: *Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*, przeł. A. Owsiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014; t. 2: *Rewolucja w terapii traumy*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.

Osoby traumatyzowane, szukające pomocy w bardzo dziwnych miejscach, w grupach, które opierają się na modnych, ale niesprawdzonych i mało profesjonalnych metodach, ogłaszających się w internecie, narażają się często na spore niebezpieczeństwo.

To temat morze w pomocy psychologicznej i dlatego warto odnieść się do różnych metod pomocy, aby poszukujący dokonali świadomego wyboru. Świetnym przykładem jest bardzo modna teraz tak zwana praca z ciałem. Pracując z osobami po ciężkich traumach w dzieciństwie, widziałam, jakie to ważne, ale sama praca z ciałem nie wystarczy. Ucząc się z tego powodu TRE®, które nie jest terapią, zobaczyłam, jakie pokłady emocji i uczuć uruchamia. Warto z pokorą podejść do technik pracy z ciałem i wiedzieć, dokąd można przekierować klienta, gdy widać, że ma głębszy problem. Często przy samej rozmowie w profesjonalnej terapii można coś otworzyć, uruchomić reakcje ciała, które z jednej strony są fantastycznym wskaźnikiem, ale trzeba dobrze wiedzieć, jak to domknąć, aby klient miał poczucie bezpieczeństwa. Z drugiej strony sama praca z ciałem też czasami uruchamia emocje, a nawet może reakcję dysocjacji. Po wyprowadzeniu klienta z dysocjacji należy to opracować poznawczo. Stąd wniosek, że w obie strony trzeba znać metody i ich możliwe skutki.

Pamiętam, jak na początku pracy z traumą dałam pewnej kobiecie zadanie, które miało jej pomóc zwiększyć poczucie własnego ciała, ponieważ była bardzo sztywna i schłodzona emocjonalnie. Martwiły mnie jej bardzo ograniczone odczucia z ciała w czasie sesji, a była ofiarą kazirodztwa.

Było to niestety zadanie domowe, a nie praca w gabinecie, bo nie dałoby się tam zrealizować. Miała wybór kilku wydawałoby się bardzo delikatnych technik, takich jak oklepywanie się, skupienie na odczuciach skóry podczas prysznica, szukanie tak zwanego *felt sense*. Wybrała prysznic i po kilku dniach przyszła do mnie na sesję przerażona. Wydawało się jej, że ma tylko górną część ciała. Jej twarz, usta, klatka piersiowa stawały się w jej poczuciu wielkie i kobieta ta odnosiła wrażenie, jakby rosły w miarę brania prysznica. Części od pasa do stóp w ogóle nie czuła. Łatwo się domyślić, co się stało. Jak mówiłam, jej trauma dotyczyła kazirodczego wykorzystania seksualnego. Kobieta była „odcięta” od pasa w dół. Ta sytuacja stała się dla mnie powodem poszukiwań, jak pracować z ciałem kogoś po traumie seksualnej, poznać inne sposoby, ale też, żeby móc pracować bez dotykania osoby poszkodowanej.

To doświadczenie doprowadziło mnie do szkolenia się i certyfikowania z TRE®. Nawet jednak w sumie tak delikatna metoda wymaga dobrej znajomości i stosownych uprawnień.

Osoby trafiające do interwencji kryzysowej miewają poczucie utknięcia, chaosu, braku wpływu. W zasadzie ich życie to raczej pozostawanie w trybie przetrwania, a nie wolna egzystencja, rozwój, trwanie w satysfakcjonujących relacjach, związkach. Zajmujący się interwencją kryzysową stykają się z bardzo trudnymi emocjami, z destrukcyjnymi przekonaniem klientów na temat siebie, ludzi, świata. Stąd powinni wiedzieć, kto po interwencji kryzysowej nadal potrzebuje pomocy, którą bardzo często jest psychoterapia przeprowadzana już w bardziej znormalizowanym otoczeniu i z osobą właściwie do tego przygotowaną.

4. CIAŁO JAKO GŁÓWNA TABLICA UZEWNĘTRZNIANIA SIĘ EMOCJI I PRZEŻYĆ OSOBY

4.1. TRE® – JEDEN Z WIELU SPOSOBÓW PRACY Z CIAŁEM I REGULACJI AUN

Ostatnio jak grzyby po deszczu pojawiają się różne nowe metody pracy z ciałem. Nie mam ambicji przywoływać wszystkich, o które się otarłam, nie mówiąc o tych, których zupełnie nie znam. Jest ich tak wiele, że ciągle zaskakują nas nowe nazwy, skróty. Rozszyfruję tu i przybliżę tę, w której się certyfikowałam i używam jej w terapii traumy.

TRE to skrót od angielskich słów: Tension & Trauma Releasing Exercises, w tłumaczeniu: ćwiczenia uwalniające napięcie i traumę. W ciągu lat praktykowania TRE® sam jego autor uznał jednak, że TRE należy tłumaczyć: Tension Releasing Exercises, a nie Tension & Trauma Releasing. Oznacza to, że ćwiczenia TRE® wpływają znacząco na uwolnienie od napięć wynikających z aktualnej traumy, na przykład po trzęsieniu ziemi, ale nie leczą traum sprzed kilku lat. Wprawdzie Aleksander Lowen²³ miał powiedzieć: „Ufaj temu, co mówi ciało pacjenta, a nie temu, co mówi on”, ale pracując wiele lat, wiem, jak wiele trzeba się uczyć, aby prawidłowo to ciało czytać i nie zrobić komuś krzywdy. To tylko podkreśla intuicję Lowena i jego nauczyciela – pioniera pracy z ciałem Wilhelma Reicha, że to nie tylko element gimnastyczny, ale też pobudzenie całego układu fizjologicznego, hormonalnego i tak dalej.

Osoby, które mają kontakt ze swoim doświadczeniem traumatycznym, pamiętają je lub znają narrację o tym zdarzeniu, nie powinny używać

²³ Aleksander Lowen – amerykański ekonomista, prawnik, lekarz, psychiatra i psychoterapeuta. Twórca analizy bioenergetycznej – **systemu terapeutycznego**, którego głównym założeniem jest fakt, że **ciało i umysł są ze sobą nierozdzielnie związane**. Działając na ciało, mamy też wpływ na emocje i umysł.

Maria Dekert łączy perspektywę psycho-
terapeutki z doświadczeniami osób
po traumie, aby pokazać, co dzieje się
z dzieckiem i dorosłym, gdy brakuje
bezpiecznej więzi i adekwatnej opieki.
Uzupełnieniem treści książki jest film
Umbra w reż. Urszuli Nawrot, który
w metaforyczny i przejmujący sposób
obrazuje doświadczenie traumy, co pozwala
lepiej zrozumieć uczucia osoby doświadczającej
przemocy. Autorka chce uwrażliwić czytelnika
na ten problem i pokazać, że światło potrzebne
do wyjścia z mroku można znaleźć we wsparciu
bliskich, w relacjach i profesjonalnej pomocy.

Ta psychologiczna publikacja zachęca
do szukania pomocy, normalizuje korzystanie
z terapii i oswaja temat traumy. Dla specjali-
stów, skrzywdzonych i tych, którzy chcą
nieść światło.

CENA DET. **59,90 zł**

ISBN 978-83-7906-892-0



9 788379 068920

REKOMENDACJA EKSPERCKA:

Newsweek PSYCHOLOGIA

PATRONAT MEDIALNY:

Psychologia
w praktyce



wdrodze.pl