

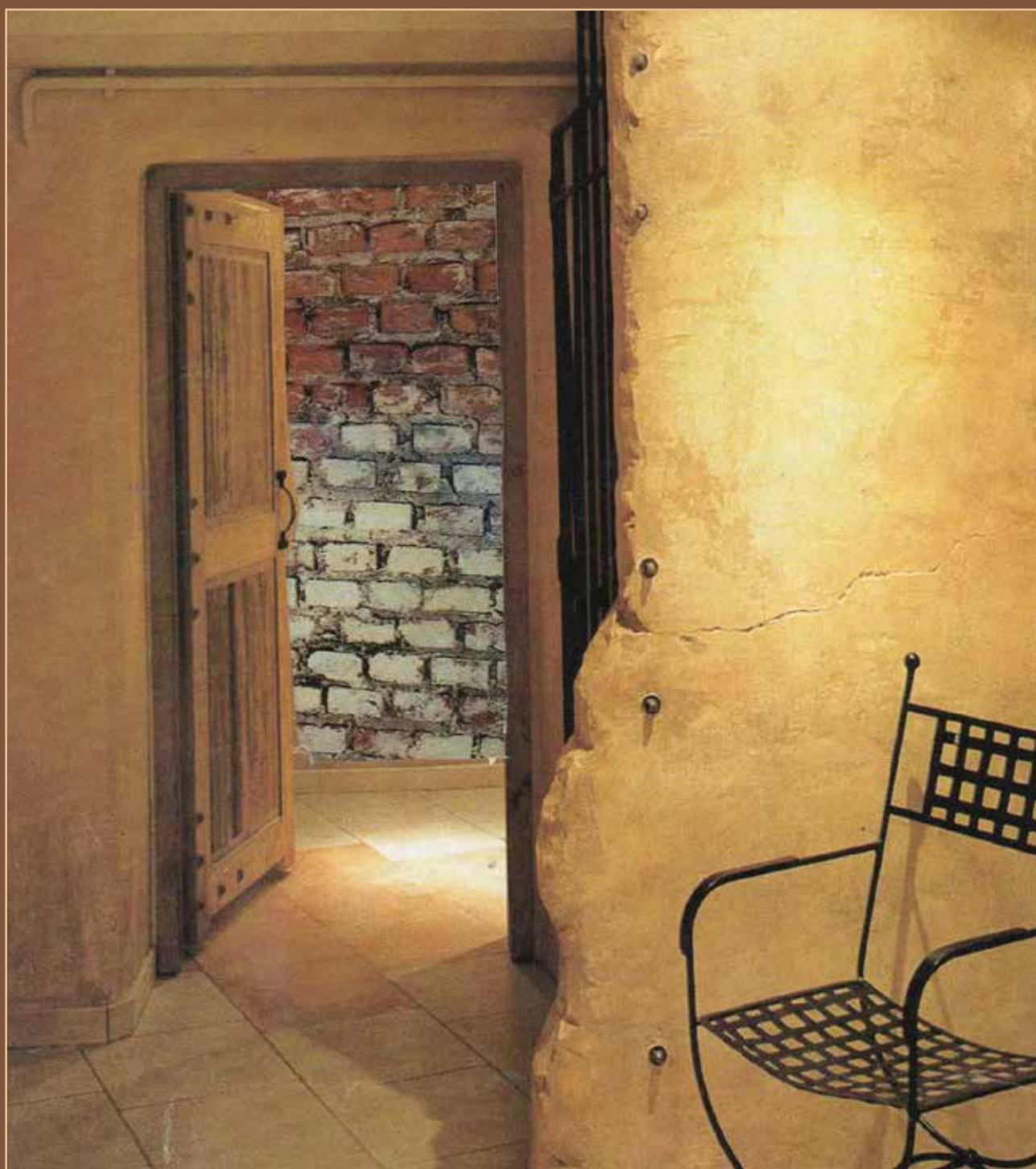
Nr 2/2022 (Rok XXV)

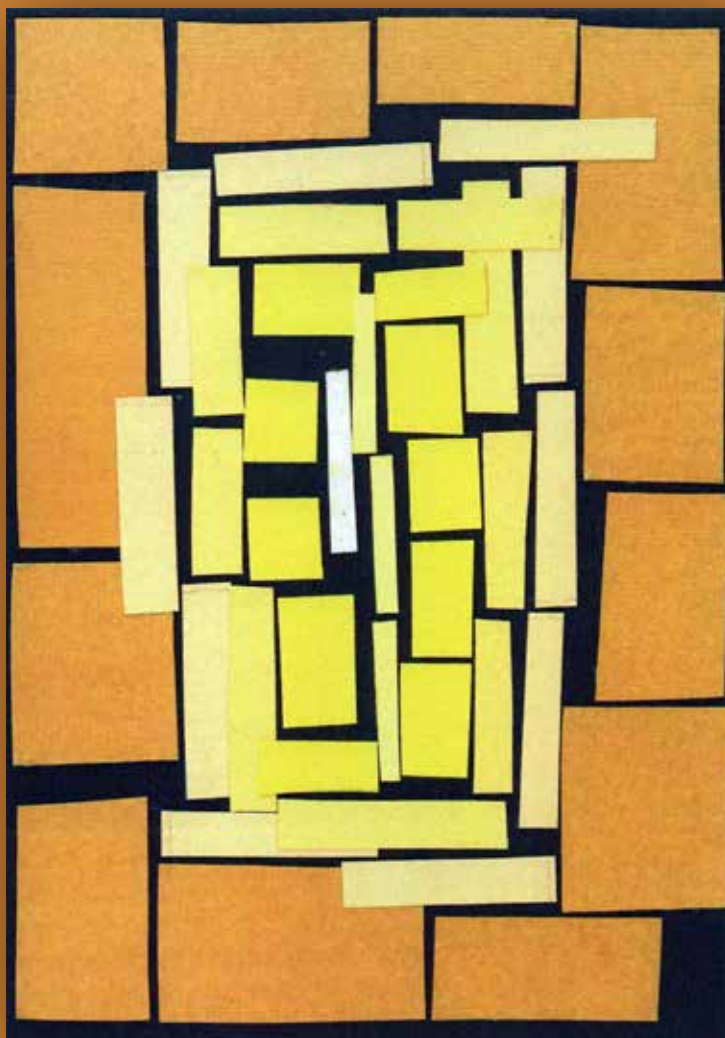
ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

# TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH





## **W następnym numerze między innymi**

- Rozmowa z Jonem Fredericksonem
- Sny w psychoterapii
- Podwójne diagnozy

# WSTĘP



**D**oświadczenia ostatnich miesięcy skłaniają, aby bardziej niż kiedykolwiek zajmować się bolesnymi doświadczeniami i ich psychologicznymi skutkami. Konsekwencja traury to nie tylko utrata zdolności do radzenia sobie z intensywnymi doświadczeniami emocjonalnymi, strachem przed śmiercią, utratą kontroli czy autonomii, ale przede wszystkim zatrzymanie procesu aktualizacji. Doświadczenia terapeutyczne i badania wskazują, że jeśli organizm nie otrzyma tego, co jest mu potrzebne, ten „niezrozumiały” ból nie minie. Szuka dla siebie wciąż wyjaśnienia, rozwiązania i ulgi.

Organizm tkwi w zamrożonym bezruchu. Energia wytworzona kiedyś do reakcji „walcz lub uciekaj”, nie jest rozładowywana, pozostaje uwięziona w układzie nerwowym i ciele (Levine, 2010). Dlatego objawy, które są reak-

cjami na sytuacje zagrażające życiu utrzymują się dotąd, dopóki ten zatrzymany kiedyś proces nie ruszy z miejsca. A ruszy wtedy, kiedy odnajdziemy to straszne miejsce i przeżyjemy to, co kiedyś tylko przetrwaliśmy. Wskazówką, która prowadzi do miejsca, w którym ktoś nagle wstrzymał oddech, jest ten nieusymbolizowany dotąd ból. W tym znaczeniu nie jest on końcem świata, lecz jeśli dostanie należyłą uwagę, której kiedyś został pozbawiony, raczej ma szansę go otworzyć.

Van der Kolk (2006) podkreśla, że „nadanie znaczenia traumatycznemu doświadczeniu zwykle nie wystarcza. Osoby po traumie muszą mieć doświadczenia, które bezpośrednio zaprzeczają emocjonalnej bezradności i fizycznemu paraliżowi towarzyszącemu traumatycznemu przeżyciom”. Czyli nie „przerabianie”, ale tworzenie w intersubiektywnej przestrzeni, jaką jest psychoterapia, warunków do spotkania się z przeszłością. Zmiana w przypadku traury i jej konsekwencji zachodzi w interakcji a nie w schemacie adaptacyjnym, który „tamto” zdarzenia może ponownie wyrzucić poza uwagę i świadomość.

Próba wymuszenia „lepszego” funkcjonowania rodzi ból, z kolei jego unikanie otwiera nowy. „Atakowanie” objawu, jakim jest uzależnienie, często zasłania obu stronom jego źródło. Tymczasem zmiana oznacza włączenie w proces życia tego, co dotąd żyło we fragmentach, w rozproszeniu, tworząc między tymi fragmentami napięcie.

Przywracanie organizmu do stanu obecności jest warunkiem zdolności przyjmowania, przetwarzania swoich doświadczeń. Obejmuje doznania cielesne, emocje, myśli, przekonania i wspomnienia, wiąże przeszłość z teraźniejszością.

Trudność w leczeniu traumatycznych doświadczeń polega jednak na tym, że wyzwalają silne mechanizmy ochrony siebie przed emocjonalnym bólem. W przypadku osób uzależnionych ta ochrona dotyczy również dotychczasowych sposobów regulacji i kojenia zapisanych w neuronalnym szlaku. Nie zmienia to faktu, że leczenie posttraumatycznego bólu wymaga bezpieczeństwa, możliwości wyboru, które są kluczowe zarówno w relacji między pacjentem a terapeutą, jak i między pacjentem a jego własnym procesem (doświadczeniem). Wymaga naszej terapeutycznej cierpliwości, zdolności do obecności, rozumienia tego procesu.

Dlatego ten numer praktycznie w całości poświęcamy traumatycznym doświadczeniom, a także własnym trudnościom, którym nieustannie potrzeba należytej uwagi, aby możliwe było tworzenie bezpiecznej przestrzeni do zmiany.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

## SPIS TREŚCI

- str. 5** Jak kręgi po wodzie – rozmowa z **ANNĄ DODZIUK** o książce pod tytułem „Jurek Mellibruda”  
*Konstruowanie tej książki było spotkaniem z moimi wieloletnimi przyjaciółmi, dawnymi współpracownikami, nowymi ludźmi z tej samej „bańki”, ale paradoksalnie było to również spotkanie z Jurkiem*
- str. 7** Leczenie urazów psychicznych – **RYSZARD ROMANIUK**  
*Z dnia na dzień zwiększa się zapotrzebowanie na placówki ochrony zdrowia zorientowane na traumę. Czym się różnią takie miejsca od tradycyjnych przychodni i szpitali? Podstawową różnicą jest wiedza dotycząca roli traury w naszym życiu*

str. 10 Odzyskać moc sprawczą – Rozmowa z **PIOTREM FIJEWSKIM** psychoterapeutą, twórcą metody leczenia traum zwanej asertywnością symboliczną  
*Traumę relacyjną często definiujemy jako doświadczenie całkowitego braku wpływu na rzeczywistość, czyli braku poczucia sprawczości. Człowiek doświadcza traumy relacyjnej w formie bezradności i bezsilności, lęku przerażenia, pustki, poczucia uprzedmiotowienia. Asertywność symboliczna to praca nad aktualizowaniem trudnych, traumatycznych, konkretnych wydarzeń i odnajdywaniu sprawczej ścieżki*

str. 13 System przywiązania, trauma relacyjna a uzależnienia – **TERESA JADCZAK-SZUMIŁO**  
*Trauma doświadczana we wczesnym dzieciństwie nie tylko determinuje procesy poznawcze i zachowanie, ale przede wszystkim wpływa na dysregulację procesów biochemicznych w układzie nerwowym i całej fizjologii człowieka*

str. 17 Wykluczenie, czyli o tym, jak terapeuci opuszczają pacjentów – **JOANNA WAWERSKA – KUS**  
*Słowo „wykluczenie” wydaje się być swoistym aksjomatem – wszyscy wiemy o co chodzi, rozumiemy, nie ma co roztrząsać, raczej trzeba zapobiegać i działać, czyli iść w kierunku inkluzywności*

str. 21 Dwa oblicza wtórnej traumy – **NINA OGIŃSKA-BULIK**  
*Objawy wtórnego stresu dodatnio korelują ze wszystkimi obszarami pozytywnych zmian składających się na wtórny wzrost po traumie, a najsilniej ze wzrostem duchowości i poczucia odpowiedzialności za innych*

### SUPERWIZJA W OBLICZU TRAUM

str. 26 Świat, który znaliśmy, przestał istnieć – **BOŻENA MACIEK – HAŚCIŁO**

str. 27 Superwizja w obliczu kryzysów – **JOLANTA RYNIAK**

str. 27 „Wojna nie ma w sobie nic z kobiety” **SERAFIN OLCZAK**

str. 29 Kto nas zapyta o uczucia – **PIOTR CHOLERZYŃSKI**  
*Pierwsze dni wojny pokazały, że mogliśmy się pogubić w płataninie strachów i transgeneracyjnych traum swoich i klientów. Profesjonalizm mógł stanąć pod znakiem zapytania*

str. 31 Substancje katalizatorem zmiany? – **STANISŁAW PAWLAK**  
*Pojawia się coraz więcej doniesień o potencjale substancji psychodelicznych w leczeniu lekoopornej depresji i terapii traum*

str. 34 Pies na stres – **MAGDALENA KRZYWOTULSKA**  
*Trwa wojna w Ukrainie. Z rozrzwieniem śledzę historię pieska Rambo, która obiegła Internet. Żołnierze, wskazując na małego szczeniaka, z humorem mówią: chroni nas, na tym polega jego praca. Potem jeszcze dodają, że ma bardzo dobry słuch, więc reaguje, gdy ktoś się zbliża*

str. 39 Czy od internetu można się uzależnić? – **MAGDALENA ROWICKA**  
*Warto zwrócić uwagę na to, że oglądanie pornografii i granie w gry hazardowe czy kupowanie online stanowią grupę zachowań, w których internet jest tylko (lub aż) narzędziem – artykuł o zmianach wprowadzonych w klasyfikacjach DSM 5 i ICD 11*

str. 41 Przełamać stereotyp – **KATARZYNA NOWAKOWSKA-DOMAGAŁA**  
*Pracując z osobami z uzależnieniami, już dawno zauważyłam, że to problem interdyscyplinarny wymagający zintegrowanego podejścia do pacjenta na etapie diagnozy i procesu leczenia*

str. 42 Hoża, czyli nowa twarz Monaru – **AGATA LATO**  
*Kamienica w centrum Warszawy to jeden z najbardziej znanych adresów na stołecznej mapie leczenia uzależnienia od narkotyków. Tutaj mieści się Poradnia Monar-Hoża, kiedyś biuro Monaru i punkt konsultacyjno-leczniczy dla osób doraźnie potrzebujących pomocy, dziś nowoczesna placówka terapeutyczna*

ISSN 2719-9738

**TERAPIA**  
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na [www.touib.pl](http://www.touib.pl) (Prenumerata). Zastrzegamy sobie prawo do redagowania, skracania otrzymanych tekstów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja: dr Ireneusz Kaczmarczyk – **REDAKTOR NACZELNY**  
Jarosław Banaszak – **SEKRETARZ REDAKCJI**  
Piotr Cholerzyński – **REDAKTOR WYDANIA INTERNETOWEGO**  
Ewa Grzesiak – **ASYSTENTKA REDAKCJI**  
Agnieszka Ilinicz-Kielkiewicz – **ILUSTRACJE**  
Mariusz Mamet | Mac Map – **SKŁAD KOMPUTEROWY**

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN**

**ADRES REDAKCJI**

ul. Wspólna 27, 61-479 Poznań  
email: [touib.pmiz@gmail.com](mailto:touib.pmiz@gmail.com); [www.touib.pl](http://www.touib.pl)



Konstruowanie tej książki było spotkaniem z moimi wieloletnimi przyjaciółmi, dawnymi współpracownikami, nowymi ludźmi z tej samej „bańki”, ale paradoksalnie było to również spotkanie z Jurkiem

Rozmowa z ANNA DODZIUK o książce pod tytułem „Jurek Mellibruda”

# JAK KRĘGI PO WODZIE

**Egzystencjalną funkcją życia Jurka było pomaganie. Nie sposób też objąć tego, co wprowadził w ruch. Ta książka dla jednych jest świadectwem, dla innych dokumentem, ale dla wielu ludzi czymś bardzo osobistym...**

Przez dziesięciolecia tysiące ludzi znały, lubiły, wielbiły, naśladowały, pracowały w stworzonych przez Jurka instytucjach, działały na wskazanych czy wręcz odkrytych przez niego polach. Jednak może znacznie ważniejsze jest, że dzięki niemu udawało się masowo zdrowieć, odzyskiwać niezależność i godność, ale również radość życia i szczęście osobom uzależnionym, żonom i dzieciom alkoholików, DDA, ofiarom przemocy domowej. A to jeszcze nie koniec: zdrowienie dla znacznej części z nich okazało się też początkiem pomagania innym w wydostawaniu się z pułapek stwarzanych przez problem alkoholowy w rodzinie i przemoc domową. Paradoksalnie, proces konieczny dla leczenia – tak jak go rozumiał i wcielił w życie Jurek – powoduje, że „ozdrowieńcy” czy też ludzie, którym udało się wyjść z tej matni, są w olbrzymiej części zdrowsi psychicznie, społecznie, emocjonalnie i duchowo od tych, których problemy alkoholowe nie dotknęły.

Jurek by się pewnie pogniwał, że zbyt eksponuję wątek alkoholowy, bo przez ostatnie kilkanaście lat wrócił do początków swojej psychologicznej kariery, do zajmowania się psychoterapią. Jednak masowość oddziaływań i skutków oraz ogromne rzesze uleczonych ludzi, a także długie lata, kiedy się zajmował teorią i psychoterapią uzależnienia, nie dadzą się ot tak przestawić na drugi plan.

Trzeba może jeszcze wspomnieć o niezliczonych „pomagaczach” i tych, którzy działają w obszarze służby zdrowia, pomocy społecznej, w administracji i samorządach. W epoce „przedmellibrudowej” wykonywali działania fasadowe, nieskuteczne lub wręcz przeciwnie skuteczne (jeden przykład: wcześniej w ramach pomocy



socjalnej przekazywano świadczenia finansowe czynnym alkoholikom, którzy je przepijali) – ich pracy i działaniom Jurek także nadał sens i atrakcyjność.

O wszystkich tych osobach myślałam, kiedy przygotowywałam książkę zatytułowaną skromnie „Jurek Mellibruda”.

Tytuł to pomysł nadzwyczajnej redaktorki, z którą pracowałyśmy ręką w rękę, Aleksandry Lemańskiej.

Rzeczywiście, oddziaływanie Jurka na ludzi było szerokie i stawało się coraz szersze, jak kręgi po wodzie: wielu jego uczniów i uczennic miało pacjentów, którzy zostawali terapeutami i tak to szło coraz dalej i dalej. Wszystkim tym osobom nie trzeba długo tłumaczyć, o kogo chodzi i co też takiego nadzwyczajnego zrobił ten człowiek, którego cała „trzeźwościowa” Polska nazywa Jurek.

**Jeśli chodzi o Twój osobisty udział w jej przygotowywaniu? Musiałś być znowu wokół spraw, ludzi, historii, życiorysów. Jesteś ich częścią...**

Rzeczywiście, mogłabym chyba powiedzieć o sobie, że w tej sprawie jestem świadkiem historii. Poznałam Jurka – chociaż nie blisko, tylko „służbowo” – wkrótce po tym, jak przeniósł się do

Warszawy z Krakowa, a tam byłam na stażu psychoterapeutycznym w czasach, kiedy (jeśli się tak można wyrazić) jego ślady były jeszcze ciepłe. Miałam okazję obserwować z bliska pionierską rolę Jurka w przywożeniu do Polski i instalowaniu tutaj psychoterapii. Nie był jedyny, ale chyba był najbardziej widoczny, najmocniej oddziaływał na środowisko psychologiczne. Zapewne dlatego, że łączył pozycję i aktywność akademicką, tj. naukową i badawczą obok dydaktycznej, z temperamentem praktyka, „pomagacza” i wręcz z dążeniem do zmiany rzeczywistości. Ten wpływ znacznie się umocnił, kiedy został przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i zamienił je w wielki sztab „gorącej” zmiany w uprawianiu psychologii i psychoterapii.

**I zmienił tę rzeczywistość...**

Nie umiem tego powiedzieć inaczej niż bardzo dobitnie: skutki jego działań okazały się gigantyczne. Kiedy zaczęłam się przymierzać do książki o nim, nie spodziewałam się, że ta skala, ta siła okaże się aż taka. Pisanie stało się okazją, żeby poczynaniom Jerzego Mellibrudy, przeciwieństwu mi znanym, przyjrzeć się z dystansu, z lotu ptaka. Tak właśnie nazywa się pierwszy rozdział, bo w trakcie wymyślania architektury książki o Jurku zrozumiałam, że czytelnik musi najpierw zobaczyć całość, żeby móc później, jak przez szkło powiększające czy jak w zbliżeniu przy robieniu zdjęć, obejrzeć szczegóły. A te szczegóły dobieierałam bardzo subiektywnie: takie, które dobrze znałam, które były dla mnie istotne czy znaczące i coś mówiły nie tylko za siebie, lecz może reprezentowały szerszą kategorię. Jednak też chodziło mi o zdarzenia i sytuacje, które będą opowiadane z uczuciem, z przejęciem, z osobistego punktu widzenia. Inaczej, po pierwsze – „fenomen Jurka” pozostaje niezrozumiały, bo umiał ludzi zapalać, mobilizować, wzbudzać zaangażowanie i pozytywne emocje. Sam zresztą był zawsze zaangażowany, zanurzony powyżej uszu w to, co właśnie roz-

kręcał. Po drugie – inaczej ta książka byłaby nie do czytania, zwyczajnie nudna.

Trudno mi uwierzyć, ale znam z opowiadań dwie osoby spoza naszej psychoterapeutycznej czy trzeźwościonej branży, które czytały książkę „Jurek Mellibruda” przez całą noc, bo nie mogły się od niej oderwać.

### Bo to fascynujące studium zmiany...

Dla mnie – bo chyba o to pytałeś – konstruowanie tej książki było spotkaniem: z moimi wieloletnimi przyjaciółmi, dawnymi współpracownikami, nowymi ludźmi z tej samej „bańki”, ale też paradoksalnie było też spotkaniem z Jurkiem. Odpowiedzi na wiele pytań można znaleźć tylko w jego publikowanych wypowiedziach: o motywach, obawach, oczekiwaniach, transformacji jego zamierów czy działań pod wpływem tego, jak się one przyjmują, jak je odbierają ludzie, czy i gdzie się udaje, a gdzie nie. Tu się dziwnie spuentowało to, że część tych wypowiedzi sama od niego przed laty zbierałam. W każdym razie mogłam go zobaczyć pod różnymi kątami, bardzo wieloaspektowo, w oczach ludzi bliskich mu i dalekich oraz – jak mówiłam – jego własnych.

Myślę, że to pozwoliło mi domknąć tę relację, bardzo bliską, a zarazem pełną ambiwalencji, sporów, starć i przede wszystkim trwającą wiele dziesięcioleci.

### Co było fundamentem myślenia Jurka o psychoterapii? A może jednak szerzej – fundamentem pomagania?

Nie spodziewaj się po mnie, że będę streszczać to, co Jurek napisał w swoich licznych publikacjach. W ciągu ostatnich kilkunastu lat życia wydał przecież książki, w których opisuje właśnie fundamenty swojego myślenia o psychoterapii i szerzej – o pomaganiu ludziom. Chcę zwrócić uwagę na pewną jego osobliwość: otóż Jurek bardzo szanował i wręcz podziwiał twórców rozmaitych koncepcji, które opierały się na wprowadzaniu do psychologii i psychoterapii wymyślonych pojęć i budowaniu wokół nich teorii – ale sam nigdy się czymś takim nie splamił. Jego pisane i wygłaszane przemyślenia zawsze mówiły coś o realnych przeżyciach i trudnościach człowieka – najlepszy przykład stanowi książka „Pułapka nieprzebaczonej krzywdy”. Każdy czuje, o czym mowa, każdy może się do tego od-

nieść, tak jak do szkodliwych schematów, które niszczą nam życie.

A wykłady! Można ich było słuchać bez końca. Niesłuchanie obrazowy język i metafory pozostające ze słuchaczami na zawsze.

Moja ulubiona to „szara łapa strachu”. Kilkanaście lat kierowałam Programem Rozwoju Osobistego (cyklem treningów terapeutyczno-rozwojowych dla uzależnionych, współmałżonków oraz dorosłych dzieci alkoholików), na każdym turnusie prosiłiśmy Jurka o wykład właśnie o krzywdzie, wysłuchałam go kilkanaście razy i za każdym pojawiał się coś innego czy to w głowie, czy – częściej – w emocjach.

Jeszcze jedna ważna i charakterystyczna rzecz o nastawieniu Jurka do pomagania: niewątpliwie jest on dzieckiem psychologii humanistycznej, która z kolei jest dzieckiem epoki i wartości hipisowskich. Dlatego u podstaw jego pomagania były rzeczy tak dla nas, osób z jego kręgu, oczywiste, jak miłość, a przynajmniej życzliwość do klienta; rozumienie i poszanowanie jego czy jej odrębności, indywidualności, niepowtarzalności; ciekawość wewnętrznego świata i nieoceniające towarzyszenie w poznawaniu oraz zmienianiu tego świata, fundamentalna ważność

uczuć i subiektywnych sensów; wreszcie zasadnicze dla pomagania znaczenie relacji pomiędzy terapeutą a klientem.

### Jaka była Twoja reakcja, kiedy wzięłaś do ręki egzemplarz z drukarni?

Nie uwierzysz, ale dotykowa. Ze wszystkim miałam kontakt wcześniej: z tekstami, ze zdjęciami, z projektem okładki. I nagle okazało się, że jest w niej coś – w materii czy materiale tej okładki – co odebrałam jak dotknięcie żywego człowieka. To było niesamowite... Bardzo bym chciała, żeby czytelnicy w podobny sposób odbierali to, co jest pomiędzy okładkami, czyli żeby był w niej Jurek jak żywy. Może to bardziej marzenie niż realna możliwość?

### Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał I.K.

### ANNA DODZIUK



Psychoterapeutka, publicystka, autorka ponad 20 książek, supervizorka w Profesjonalnej Szkole Psychoterapii. Kieruje Pracownią Psychoterapii i Psychoedukacji „Prometea”.

### JUREK MELLIBRUDA

Książkę przygotowała ANNA DODZIUK VAN KOOTEN

Jerzy Mellibruda był wizjonerem, autorem i motorem napędowym niezliczonych projektów, a dla tysięcy ludzi – nauczycielem, mistrzem i przewodnikiem. I zmiana pod Jego przewodnictwem rzeczywiście nastąpiła. Jak mu się to udało? Na to pytanie próbuje odpowiedzieć książka nie-napisana, lecz zsyta jak patchwork przez Annę Dodziuk van Kooten z głosów uczestników tej rewolucyjnej zmiany, często uzupełnianych wypowiedziami samego Jurka, jak o Nim mówili praktycznie wszyscy.

To wzruszające wspomnienie o tym, kim był i jaki był. Pamiętka dla tych, którzy Go znali, a dla tych, którzy nie zdążyli Go poznać, ta książka może być inspiracją do wprowadzania zmian w swoim życiu – a może i rzeczywistości wokół nas, nawet wtedy, kiedy wydaje się ona pozbawiona perspektywy, beznadziejna.

Trudno uwierzyć, że tyle mogło się zdarzyć dzięki jednemu człowiekowi: na lepsze zmieniło się życie setek tysięcy pojedynczych osób i rodzin, ale też całych grup i kategorii społecznych oraz zwykle bardzo opornych na zmianę instytucji, również państwowych. To są czasy bez bohaterów, ale z tej zasady wyłamał się – czy to możliwe? – psycholog. Zwołał innych ludzi, żeby dokonać radykalnych przekształceń w bodaj najbardziej ponurym wycinku rzeczywistości społecznej: w leczeniu alkoholików, pomocy dla ich żon i dzieci oraz dla ofiar przemocy domowej.

Ta książka jest również poszukiwaniem klucza do tajemnicy powodzenia tych dalekosieżnych planów. Życie Jurka Mellibrudy wydaje się wcieleniem starożytnego hasła – pytania – wezwania: „Jeżeli nie ja, to kto? Jeżeli nie teraz, to kiedy?”.

[www.psychologia.edu.pl](http://www.psychologia.edu.pl)

**Ryszard Romaniuk**

*Z dnia na dzień zwiększa się zapotrzebowanie na placówki ochrony zdrowia zorientowane na traumę. Czym się różnią takie miejsca od tradycyjnych przychodni i szpitali? Podstawową różnicą jest wiedza dotycząca roli traumy w naszym życiu*

# LECZENIE URAZÓW PSYCHICZNYCH

Jeszcze niedawno temat urazów psychicznych był zarezerwowany dla wyszkolonych terapeutów i większość ośrodków pomocy psychologicznej odżegnywała się od tego problemu. Szczególnie w zakładach leczenia uzależnień, gdzie panowało przekonanie, że wspomnienie traumy może spowodować nawrót choroby, czyli zapicie lub zagłuszenie narkotykiem. Nawrót choroby może skończyć się nieszczęściem, więc oceniano ryzyko jako duże. Koniec kropka.

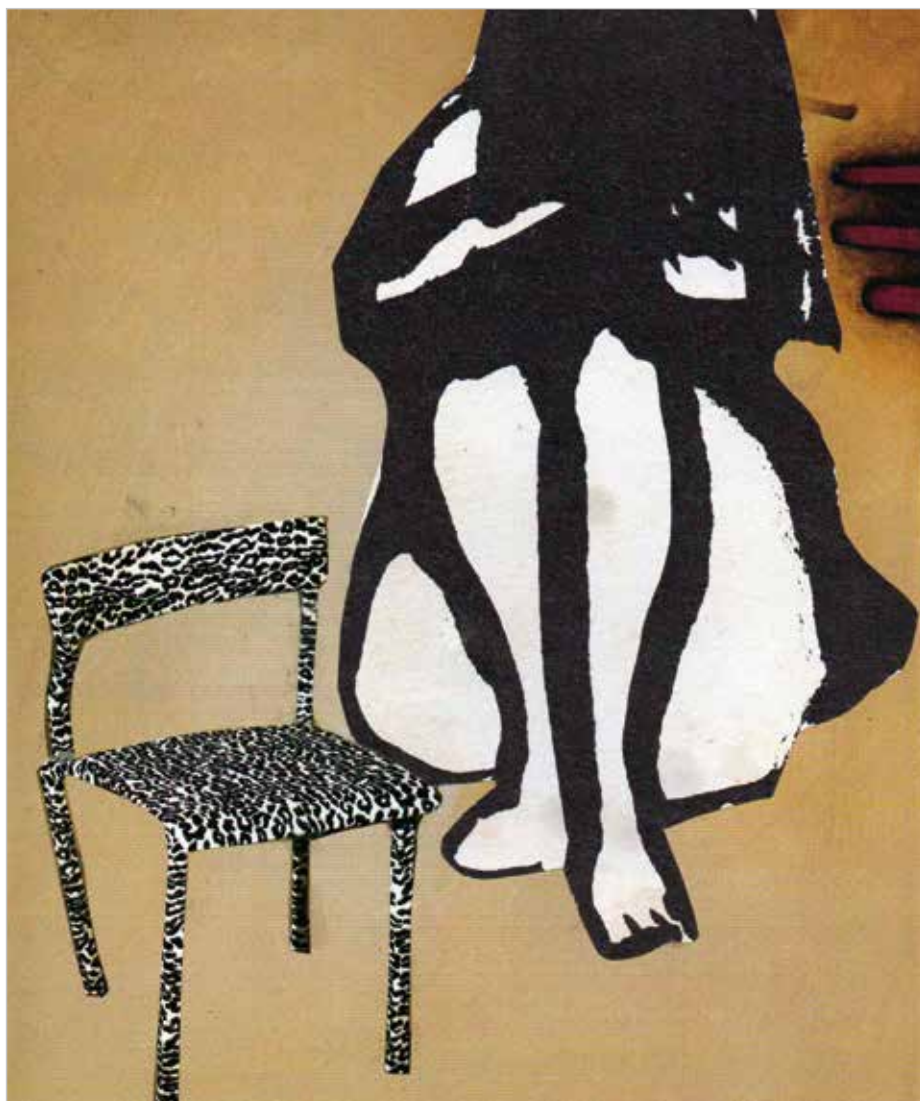
Tak, ale „wspomnienie” traumy żyje z człowiekiem. On czy ona nie muszą mówić o swojej traumie. Uraz psychiczny odcisnie się na ich życiu i zmieni świat, w którym żyją. Dosłownie. My nie mamy jednego obrazu świata. Każdy ma inny. Człowiek zdrowy i ufny widzi kolorowy świat możliwości i radości. Po przeżytej traumie świat się zmienia na niebezpieczny jak przepaść, której dna nie widać. Zagrożenie może przyjść z dowolnej strony, ono właściwie już jest. Płyne w żyłach i zatyka oddech.

Tak, trauma żyje w naszym ciele. Nie tylko w mózgu, ale wszędzie i we wszystkim, czego się dotkniesz. Może żyć w mięśniach, w bolącym kręgosłupie i w brzuchu. Może łąpać jak atak serca albo powalić jak podcięcie nogi. Może trysnąć we łzach lub schłodzić czoło i ręce. Będzie siedzieć i czekać, jak ugryźć. Z traumą jednak można sobie poradzić. Można ryzykować życiem i za-

głuszyć jej szeptanie. Można zagrać wysoko i drwić z przyszłości. Można zalać alkoholem lub zdusić heroiną. Można mieć seks, dużo seksu, i jeszcze więcej.

Kiedyś, gdy widzieliśmy człowieka, który martwił nas swoim zachowaniem, zastanawialiśmy się, co mu jest. Sprawiał wrażenie, jakby jakiś zły

duch go nawiedził. Dzisiaj już wiemy, że należy zadać pytanie „Co mu się stało?”. Mogło to spaść na niego nieoczekiwanie albo uwięzić na długo w warunkach trudnych do przeżycia. Jednak najczęściej widzimy człowieka, który z dziwnym uporem dokonuje samozniszczenia. Wtedy staramy się go przekonać, że to, co robi, nie jest





głego stresu, walki o życie jak na froncie wojennym.

Wojna. Najpierw polityka, polityka dzielenia społeczeństwa na wrogie sobie obozy. Znowu nagonki na Żydów, Niemców i Ukraińców. Na bogatych i biednych, na tych z lewa i z prawa, na naszych i tamtych. Ciemna skóra, obcy język, LGBT, to wszystko powody do bicia i upokorzeń. Kobiety mają rodzić, nieważne są przeciwwskazania medyczne i znowu śmierć jest w temacie.

24 luty, 2022. Niemożliwe stało się możliwe. Wojna, XXI wiek. Rosja napadła w całej swojej brutalnej przemocy. Trauma drugiej wojny światowej, trauma międzygeneracyjna, trauma gwałtów i mordu. To wszystko się dzieje, kiedy piszę ten tekst. Ukraińcy uciekają przed Rosją do Polski. Mieszkają z nami, jedzą i pracują. Boją się samolotów, wycia syren i myślą o swoim domu i rodzinie. Fajerwerki brzmią jak karabin maszynowy.

Trauma stała się częścią naszego życia i wszystkich wokół nas. Jest, wpuściliśmy ją.

## CO TERAZ?

Najpierw musimy przyjąć do wiadomości, że to, co widzimy, to skutki traumy. Szczególnie my, terapeuci i pracownicy ochrony zdrowia. My, którzy stosujemy w swojej pracy współczucie i empatię. Którzy wybraliśmy zawód pracy socjalnej i pomocy psychologicznej. To do nas przychodzą ludzie po pomoc. Już nie mogą, ich możliwości radzenia sobie z problemami zawiodły. Czy będziemy ich pytać, co im jest?

Z dnia na dzień zwiększa się zapotrzebowanie na placówki ochrony zdrowia zorientowane na traumę. Czym się różnią takie miejsca od tradycyjnych przychodni i szpitali? Podstawowa różnica to wiedza dotycząca roli traumy w naszym życiu. Pierwszym założeniem jest przekonanie, że przychodzący klient mógł doświadczyć urazu psychicznego i dlatego każdy pracownik placówki wie, jak nie dopuścić do jego retraumatyzacji.

dla niego dobre. To wydaje się takie oczywiste!

Nie zdajemy sobie sprawy, bo nie umiemy zapytać, z czym ten człowiek walczy. Widzimy tylko cierpienie. Jako terapeuci wiemy, że najlepszą pomoc oferuje terapia poznawcza. Można wszystko wytłumaczyć. Przecież mówimy w tym samym języku! To się musi dać wytłumaczyć! Tymczasem on czy ona wiedzą, że nikt ich nie rozumie i muszą radzić sobie sami, chociaż dostrzegają, że obrany przez nich sposób na wyzwolenie z traumy staje się zbyt bolesny.

Uzależnienie też jest traumą. Traumą jest świadomość zła i krzywdy, które pijący stwarza. Traumą jest dług nie do spłacenia. Złamane obietnice, krzyk i cisza. Narkotyk ma swoją cenę. Bez pracy i pieniędzy możliwości zaspokojenia głodu

stają się coraz bardziej niebezpieczne. I wywołują traumę. Błędne koło kręci się coraz szybciej. Bezsensowność i głód. Lęk i obezwładniające uczucie straty.

## ROK 2022

Ten artykuł zacząłem od stwierdzenia, że wątek traumy kiedyś uznawano za wyjątkowy, czyli przeważnie nieistniejący. Jednak teraz to temat, z którym się budzimy i myślimy o nim przed zaśnięciem.

Najpierw pandemia, Covid-19, zmieniła nasze życie, ludzie tracili pracę, rodziny zamknięte w jednym pomieszczeniu przez miesiące, izolacja i niepewność jutra. Strach przed chorobą i śmiercią. Brak zaufania do rządu, opieki medycznej i śmierć. Pewne grupy zawodowe, jak pracownicy ochrony zdrowia, pracowały w warunkach cięż-



Istnieje sześć podstawowych zasad leczenia zorientowanego na traumę (Romaniuk, Farkas, 2021):

1. Bezpieczeństwo. Każdy, kto przebywa w ośrodku ochrony zdrowia, powinien się czuć bezpiecznie. Nacisk w tym sformułowaniu kładzie się na zwrot „czuć się”. Nie tworzymy bezpiecznego miejsca, w którym jest strażnik i krata w oknach, a takie, w którym pacjent czuje się bezpiecznie.
2. Szczerłość i poczucie zaufania. Pacjentowi podaje się kompletną informację dotyczącą jego oraz ośrodka, w którym się znajduje.
3. Pomoc wzajemna. Pacjenci pomagają sobie nawzajem.
4. Współpraca i partnerstwo. Wszyscy współpracują, ofiarowując sobie swoją najlepszą wiedzę.
5. Wzrost kompetencji (*empowerment*) pacjentów. Pacjenci doświadczają swojej sprawczości podczas terapii i w życiu.
6. Wrażliwość na odmienność. Szczególnie w stosunku do grup społecznych, które są dyskryminowane i prześladowane.

To są zasady organizacji (systemu) pracy placówek ochrony zdrowia. Należy je odróżnić od metod pracy terapeutycznej z pacjentem. Wtedy mówimy o różnych rodzajach terapii, takich jak na przykład terapia radzenia sobie z lękiem, terapia kognitywna (lub przetwarzania poznawczego), terapia ekspozycyjna i terapeutyczna twórczość artystyczna.

Jedną z ciekawszych i skutecznych technik, które można zastosować w trakcie psychoterapii, jest „odwrażliwianie za pomocą ruchu gałek ocznych” (EMDR). W metodzie tej dochodzi do integracji pamięci wydarzeń z przeszłości. Pojawia się coraz więcej technik, których celem jest „przepisywanie” pamięci, tak aby przestała straszyć.

Każde ze stosowanych metod i technik terapeutycznych są sprawdzane pod względem ich skuteczności w pracy z traumą. Zdarzają się sytuacje, że to samo podejście terapeutyczne pomaga jednej grupie ludzi, ale bywa odrzucone przez innych.

Na przykład terapia kognitywna (poznawcza) w jej zasadniczej

postaci może zawieść, gdy emocje nie są warunkowane naszymi wyobrażeniami tu i teraz, ale znajdują się pod kontrolą dawno przeżytej traumy. Z kolei terapia ekspozycyjna, chociaż ma znakomite wyjaśnienia teoretyczne i statystycznie doskonałe wyniki leczenia, może być odrzucona przez stosunkowo dużą grupę pacjentów. Żeby wyjaśnić te różnice, prowadzi się badania, które uczą nas, które z naszych podejść może być błędne.

Badania skuteczności metod terapeutycznych pomagają zwrócić większą uwagę na diagnostykę zaburzeń psychicznych spowodowanych traumą. Niektórzy eksperci uważają, że istnieją różne rodzaje traum, które pomimo tego, że wywołują podobne symptomy stresu pourazowego (PTSD), w leczeniu wykazują różnice.

Przykładem jest trauma wstrząsu moralnego (moral injury). Powstaje ona wtedy, gdy człowiek uświadamia sobie, że jego akcja zamiast przynieść dobro, prowadzi do nieszczęścia innych. To te sytuacje, w których żołnierz odkrywa, że nie walczy o wolność swojego kraju, ale zabija cywilów, matki i dzieci. Terapia ekspozycyjna w przypadku tak przeżytej traumy może tylko retraumatyzować.

I w ten sposób wracamy do głównego tematu artykułu, jakim jest tworzenie bezpiecznego miejsca do leczenia skutków traumy.

Trauma zawsze towarzyszyła życiu człowieka. Jednak jej natężenie w ostatnim czasie zmusza nas do myślenia o traumie cały czas. Dlatego tak istotne jest tworzenie systemu placówek ochrony zdrowia zorientowanych na właśnie na nią. Ośrodków, w których człowiek po przeżytej traumie nie będzie pytany, co mu jest, ale co mu się stało, a osoba, która będzie z nim rozmawiać, usłyszy to, o czym pacjent nie będzie umiał mówić.

System ochrony zdrowia zorientowany na traumę ma wyznaczony pewien kierunek czynności, których zadaniem jest pomoc klientowi. To kierunek „od-do”, od strachu do bezpieczeństwa, od braku kontroli do sprawczości, od przemocy do odpowiedzialności i jawności. Musimy pamiętać, że każdy człowiek jest inny.

My nie wiemy, co, kiedy i komu może wyrządzić krzywdę, która zmieni jego życie. Jednak musimy wsłuchać się w słowa wypowiedane przez pacjenta, aby zauważyć, gdy zacznie mówić.

## SUPERWIZJA

Bywa i tak, że to my nie chcemy słyszeć. Nie chcemy słyszeć o bólu, od którego kiedyś sami się odcięliśmy. Pomagaliśmy innym, nauczyliśmy się, obserwowaliśmy i byliśmy obserwowani. Chcieliśmy dobrze poznać swoją pracę. Spiesząc z miejsca na miejsce, zapomnieliśmy o własnym schowanym nieszczęściu. Wtedy przyjdzie pacjent i mówi, rozpoznajemy to, o czym mówi. Jednak stajemy się głusi, mamy szklane oczy, a nasze niecierpliwe ręce łamią ołówki.

Zadaniem superwizora terapii zorientowanej na traumę jest usłyszeć to, o czym superwizant nie chce mówić. Zauważyć to, czego on nie widzi. Pamiętać o możliwości wtórnej traumy, gdy terapeuta przygnieciony zostanie historią życia pacjenta. Tak jak terapeuta słucha intensywnie pacjenta, obserwując cały czas własne reakcje, tak superwizor słucha terapeutę i rozpoznaje własne doświadczenia zawodowe.

W terapii traumy najważniejsze są zdolności i zasoby pacjenta. To, co pozwoli mu wykształcić sprawczość i osiągnąć swój cel w życiu. Terapeuta pomaga pacjentowi zrozumieć swoje życie i określić jego misję. Superwizor z kolei pomaga terapii w stworzeniu spójnej opowieści o współpracy klienta z terapeutą. Tak powstaje system leczenia skutków traumy. Bez niego trauma nas zniszczy.

## DR HAB. RYSZARD ROMANIUK



Wykładowca pracy socjalnej w Mandel School of Social Sciences, Case Western Reserve University w Cleveland, Ohio, USA. Pracował w amerykańskim szpitalu dla weteranów wojennych.

## BIBLIOGRAFIA

1. Romaniuk, J. R. & Farkas, K. J. (2021). *Terapia zorientowana na traumę w placówkach ochrony zdrowia. (Trauma Informed Care in Medical Centers). Lekarz Wojskowy 99 (4), 182-190.*

Traumę relacyjną często definiujemy jako doświadczenie całkowitego braku wpływu na rzeczywistość, czyli braku poczucia sprawczości. Człowiek doświadcza traumy relacyjnej w formie bezradności i bezsilności, lęku przerażenia, pustki, poczucia uprzedmiotowienia. Asertywność symboliczna to praca nad aktualizowaniem trudnych, traumatycznych, konkretnych wydarzeń i odnajdywaniu sprawczej ścieżki

# ODZYSKAĆ MOC SPRAWCZĄ

Rozmowa z **PIOTREM FIJEWSKIM** psychoterapeutą, twórcą metody leczenia traum zwanej asertywnością symboliczną

**MARIANNA FIJEWSKA:** „Niedługo chyba wszyscy będziemy leczyć się z traumy” – coraz częściej spotykam się z takim stwierdzeniem w pracy czy wśród znajomych. Oczywiście pada ono w kontekście czasów, w jakich przyszło nam żyć. Najpierw pandemia, teraz wojna w Ukrainie. Zastanawiam się, czy z psychologicznego punktu widzenia te wydarzenia mogą być dla nas realną traumą?

**PIOTR FIJEWSKI:** Każdy z nas, na bazie osobistych życiowych doświadczeń oraz czynników biologicznych, wykształca sposoby reagowania na różne zagrażające sytuacje.

Sytuacja pandemii, przymusowej izolacji czy wojny to bezsprzecznie sytuacje dewastujące nasze poczucie bezpieczeństwa, uruchamiające duży niepokój i powodujące wewnętrzny chaos. Myślę jednak, że sam fakt bycia w polu tych wydarzeń nie powoduje traumy. Oczywiście, nie mam na myśli osób, które uczestniczą w wojnie, doświadczając różnych potworności, ani tych, którzy w czasie pandemii na przykład walczyli w ochronie zdrowia na pierwszej linii frontu bądź stracili kogoś bliskiego.

**Czyli trauma spowodowana samym klimatem apokaliptycznym jest raczej niemożliwa?**

Raczej nie, ale możliwe jest aktualizowanie się dawnych przeżyć traumatycznych poprzez aktualne wydarzenia. Mam na myśli przywoływanie wspomnień, podobny

klimat emocjonalny. To często dzieje się z naszymi klientami w psychoterapii.

Wyobraźmy sobie dorosłą kobietę, żonę, matkę, która czterdzieści czy pięćdziesiąt lat temu, gdy była małą dziewczynką, poważnie zachorowała. Trafiła do szpitala na dwa miesiące i przez te dwa miesiące była zupełnie sama, odizolowana od mamy i taty, od rówieśników.

Ta sama kobieta w czasie pandemii trafia na kwarantannę, zostaje zamknięta w domu, bez męża i dzieci. Jest możliwe, że doświadczenie izolacji uruchomi w niej podobne emocje, jakich doświadczała wtedy w szpitalu w dzieciństwie.

Albo wyobraźmy sobie dorosłego mężczyznę, który w szkole podstawowej był upokarzany przez grupę kolegów, np. bity lub wyzywany. Dziś czuje on ogromny lęk, śledząc wiadomości z Ukrainy,

zwłaszcza obrazki i informacje dotyczące upokarzania, dręczenia, torturowania żołnierzy i cywilów, którzy dostali się do niewoli. Jego lęk może być doświadczany jakby nadmiarowo, będąc starym lękiem jedenastoletniego chłopca, tym bardziej, że jego aktualna sytuacja życiowa jest nadzwyczaj dobra i bezpieczna.

**Powiedz, proszę, czym w takim razie jest trauma? Mam wrażenie, że to słowo zyskuje coraz większą popularność, ale często używa się go nieadekwatnie.**

Psychoterapeuci mówią o dwóch rodzajach traumy: wielkiej i małej traumie.

Wielka trauma to zwykle jednorazowe wydarzenie, wypadek komunikacyjny, doświadczenie wojny lub ataku terrorystycznego i różnego rodzaju napaści, gwałty, pobicia...

Drugi rodzaj, czyli tzw. małe traumy, to traumy interpersonalne, związane z jakąś relacją i rozłożone w czasie. Zwykle te małe mają swoje źródło w dzieciństwie i dotyczą wszelkiego rodzaju naruszenia podmiotowości człowieka-dziecka. To między innymi doświadczenia przemocy, molestowania seksualnego, zaniedbania, poniżania, wszelkiego upokorzenia, naruszenia godności.

**To nie takie małe traumy...**

Absolutnie nie. Rozróżnienie na duże i małe traumy nie dotyczy kalibru tych wydarzeń. Traumy relacyjne potrafią być niezwykle dramatyczne, bolesne i wyniszczające. W konsekwencji przebudowują wewnętrzny sposób doświadczania i wpływają na wytworzenie u człowieka rozmaitych blokad i różnych



dezadaptacyjnych form funkcjonowania, czyli problemów i objawów, z którymi przychodzą ludzie na psychoterapię. Z tym rodzajem traum spotykamy się zdecydowanie najczęściej.

**Traumy relacyjne brzmią jak coś, czego doświadczył absolutnie każdy człowiek.**

*Myślę, że masz rację. Traum relacyjnych doświadczył każdy, ale oczywiście w różnym stopniu dewastują one ludzką psychikę.*

**Jak pracuje się z traumami?**

*Przy tzw. wielkich traumach psychoterapeuci skupiają się na pomocy krótkoterminowej, by klient w ogóle odzyskał możliwość normalnego funkcjonowania. Istnieje wiele sposobów, by skutecznie pracować ze stresem posttraumatycznym. Człowiekowi, który przeżył gwałt lub atak terrorystyczny, rozsypuje się cały mechanizm doświadczenia. Tymczasem doświadczenie jest meta-funkcją życiową, która trwa jako proces dopóki żyjemy.*

*W dużym skrócie, proces ten polega na tym, że poprzez nasze zmysły odbieramy sygnały ze świata zewnętrznego, uświadamiamy sobie ich znaczenie, powstają określone emocje, następnie potrzeby i w efekcie działania zmierzające do zaspokojenia tych potrzeb...Cały proces potężnie się zaburza i dezintegruje, gdy człowiek dozna czegoś potwornego.*

*Praca z wielkimi traumami jest, można powiedzieć, interwencyjna, skupia się na przywróceniu klientom możliwości ponownego, zdrowego, adekwatnego przetwarzania doświadczeń życiowych.*

*Z kolei praca z traumami relacyjnymi prowadzi nieraz do głębokich zmian psychologicznych, zmian sposobu doświadczania, zmian emocjonalnych i zmian w zachowaniu. Praca taka powinna być skupiona na odzyskaniu przez człowieka siły sprawczej w obszarach, w których ją utracił. To właśnie robimy podczas treningów Asertywności Symbolicznej.*

**Jesteś twórcą asertywności symbolicznej, prowadzisz treningi z jej wykorzystaniem, które cieszą się dużym zainteresowaniem. Na czym ta metoda polega?**

*Asertywność symboliczna sprawdza się w pracy z ludźmi, którzy przeżyli traumę relacyjną, których prawa zostały naruszone przez drugiego człowieka lub*

*ludzi. Traumę relacyjną często definiujemy jako doświadczenie całkowitego braku wpływu na rzeczywistość, czyli braku poczucia sprawczości.*

*Człowiek (a przede wszystkim dziecko) doświadcza traumy relacyjnej w formie bezradności i bezsilności, lęku, przerażenia, pustki, poczucia uprzedmiotowienia.*

*Asertywność symboliczna to praca nad aktualizowaniem trudnych, traumatycznych, konkretnych wydarzeń i odnajdywaniem sprawczej ścieżki. Praca metodą asertywności symbolicznej odbywa się na ogół w grupie, choć jej elementy mogą być wykorzystywane również w indywidualnej pracy terapeutycznej.*

*W grupie klient buduje dramę-scenkę traumatycznego wydarzenia. Ponownie wraca do starych wspomnień i uczuć, lecz tym razem w dialogu z terapeutą, a czasem również z grupą, znajduje taki sposób reagowania, którego wtedy nie użył, a który byłby sprawczy wobec danej sytuacji.*

*Dzięki temu uprzedmiotowienie, którego doświadczył, zmienia się w upodmiotowienie. Zmienia się doświadczenie pracującego klienta, zamiast bezsilności i lęku doświadcza poczucia mocy, siły, pewności.*

**Wyobrażam sobie, że w wielu przypadkach ludzie mogą mieć naturalną tendencję do reagowania w sposób agresywny. Wiele osób sięgając pamięcią do trudnych doświadczeń, mówi np. „Teraz to bym jej nawrzucał...”.**

*Podczas pracy metodą asertywności symbolicznej w ogóle nie używa się agresywnych form ze względu na to – i jest to bardzo ważny czynnik – że agresja odsuwa człowieka od jego wewnętrznego doświadczania. Sprawczość opiera się na wewnętrznym doświadczeniu.*

*Jeżeli skupimy się na przeżywanym wobec kogoś wściekłości, pocujemy jak ona wypełnia energią nasze ciało. Poczujemy ją w rękach, w gardle, w brzuchu i możemy to doskonale wyrazić, nazywając te uczucia złością, wkurzeniem, wściekłością – to będzie prawda o naszym doświadczeniu. Złość przeżywana jako wewnętrzne doświadczenie dostarcza człowiekowi poczucia mocy, pewności, spokoju, jednak agresja najczęściej jest wyrazem bezsilności i skupia nas na niszczeniu zewnętrznego obiektu, a nie na swoim doświadczeniu. Można po-*

*wiedzieć, że zawsze ma się wybór: albo człowiek wyrazi swoją wściekłość albo kogoś... na przykład pobije.*

*Przypomina mi się pewna kobieta, która przyszła na trening i w ogóle nie chciała uwierzyć, że prawdziwa sprawczość nie zawiera agresji. Cały czas powtarzała, że jest zwolenniczką zemsty i marzy o tym, by tej osobie, która ją upokorzyła, „połamać ręce i nogi”. Mieliśmy poważny spór ideologiczny. W końcu wspomniana uczestniczka zgłosiła się do pracy na forum, a ja powiedziałem, że nie jest możliwe, by w sposób agresywny odegrała tę kluczową dla niej scenę i zaproponowałem gotowy scenariusz, który zakładał, co dokładnie mogłaby odpowiedzieć osobie, która ją poniżyła. „Jeśli nie widzisz w tym sensu, to po prostu zrób to dla mnie, proszę» – powiedziałem, a ona się zgodziła i... to był przełom.*

*Gdy scena się skończyła, uczestniczka długi czas milczała, jakby zamyślona. Zapytałem, jak się ma, a ona: „Nigdy w życiu nie czułam takiego spokoju».*

**Mógłbyś podać jakiś przykład pracy z klientem?**

*W dzieciństwie naruszani byliśmy przez lekarzy, przedszkolanki, nauczycieli, grupy rówieśnicze, ale także przez bliskich, rodziców.*

*Przypomina mi się klientka, mająca uzależnionego ojca, której matka, gdy on wracał pijany, wyprowadzała się z sypialni, ale umieszczała w łóżu małżeńskim dwójkę dzieci w tym klientkę – starszą córkę. Klientka była wtedy poddawana próbom molestowania przez pijanego ojca.*

*Poszukiwanie sprawczej siły przez klientkę, przy bardzo ważnej obecności terapeuty w trakcie pracy terapeutycznej okazało się nie być związane z konfrontacją czy walką z pijanym ojcem, tylko z postawieniem stanowczej granicy matce, wobec której zawsze była uległa, gotowa do spełnienia każdego jej oczekiwania, gdyż postrzegala ją jako biedną ofiarę przemocy ojca i za wszelką cenę chciała ją chronić.*

*Klientka wykonała kilka prób wyrażenia złości i sprawczego zachowania w scenie, szukając autentycznej energii w swoim doświadczeniu konfrontacji z matką i dopiero za trzecią próbą podszła pewnym krokiem do matki (odgrzywanej przez inną uczestniczkę grupy), patrząc jej w oczy, wypowiedziała mniej więcej takie zdanie „Jestem wściekła, że*

w ogóle nie interesuje Cię, co się ze mną dzieje, kiedy mnie wysyłasz, żebym spała z ojcem. Za każdym razem ojciec się do mnie doбира! Nigdy więcej mnie tam nie wysyłaj, nigdy mnie do tego nie namawiaj. Nigdy więcej nie będę tam spała! Żądam, poza tym, abys skonfrontowała ojca z jego pijackim zachowaniem!”

Klientka w trakcie poczuła siłę w ciele, w rękach, nogach, inaczej zaczęła oddychać. Miała wrażenie, że jest pełna energii, a w klatce piersiowej odczuła więcej przestrzeni. Okazało się potem, że było to kluczowe doświadczenie w jej rozwojowym procesie.

**To bardzo mocny przykład, ale domyślam się, że nie każdy uczestnik treningu przychodzi z gotową listą sytuacji do przepracowania.**

Zwykle ludzie decydują się na trening asertywności symbolicznej po odbyciu klasycznego treningu asertywności.

Po pierwsze, są pod dużym wrażeniem narzędzi komunikacyjnych, jakich dostarcza asertywność, a po drugie zauważają w sobie blokady, szukają ich źródła i trafiają na szereg sytuacji, które chcą przepracować.

Jeśli ktoś nie dotarł do tych doświadczeń, ale chciałby przyjść na trening asertywności symbolicznej, to również zapraszamy. Rolą prowadzącego jest pomoc uczestnikom w odkryciu traumatycznych sytuacji źródłowych poprzez różnego rodzaju ćwiczenia. Trening zresztą zaczyna się właśnie od takiego ćwiczenia, w którym uczestnicy „przechodzą” przez kolejne etapy swojego życia, jednocześnie mocno skupiając się na swoim ciele i odczytując, płynące z niego sygnały, które pomagają w odnalezieniu trudnych momentów z przeszłości.

**Asertywność symboliczna jest jednak zbliżeniem się do traumy, co zawsze powoduje bolesne uczucia. Czy są jakieś przypadki, w których odradzałbyś stosowanie tej metody?**

Nie polecam tej metody dla klientów będących w bardzo dużym kryzysie. Gdy ktoś ma głęboką depresję, bardzo silne objawy lękowe, myśli



samobójcze lub zalewa go agresja, której nie kontroluje, to najpierw powinien przejść indywidualną psychoterapię, a dopiero później, gdy wyjdzie z kryzysu, zacząć odblokowywać swoją sprawczą energię.

**Większość pacjentów borykających się z uzależnieniem ma dużo traum. Doświadczenia terapeutyczne pokazują, że trening może uwalniać od blokad, może uruchomić i pogłębiać osobisty proces rozwoju. Ale czy w każdym przypadku?**

W każdym. Uzależnienie, oczywiście w bardzo dużym uproszczeniu i skrócie myślowym, można potraktować jako sposób radzenia sobie z traumami.

Podam przykład. Pod wpływem traumy z dzieciństwa związanej z przemocowym uzależnionym ojcem, młody chłopak ma rozmaite blokady i pije, by tych blokad nie czuć. Jeśli ten człowiek, jako dorosły mężczyzna, rezygnuje z alkoholu, wchodzi w proces abstynencji i pracy terapeutycznej, to będzie musiał cofnąć się do okresu, w którym zaczął pić i do okresu, w którym doświadczał traum. Wtedy asertywność symboliczna może być bardzo pomocna.

**Jak oceniasz rezultaty pracy z traumą metodą asertywności symbolicznej? Czy te efekty dają się odczuć od razu, jeszcze w trakcie treningu, czy klienci mówią Ci o nich dopiero po jakimś czasie?**

Praca tą metodą nad odblokowaniem sprawczej mocy dla mnie, jako dla prowadzącego, jest niezwykle satysfakcjonująca, ponieważ efekty pojawiają się od razu i są spektakularne.

Klienci po kilku próbach zachowania w dramie, dochodząc do momentu sukcesu/przełomu, odczuwają nieopisaną ulgę, spokój, siłę, energię i moc. Najczęściej mówią o uczuciu radości, które ich wypełnia. Tę zmianę widać gołym okiem, ponieważ nagle stają się pewniejsi siebie. Zmienia się ich sposób oddychania, zmienia się głos – staje się pełniejszy, głębszy. Często zmienia się również postawa, dochodzi do wyprostowania sylwetki.

Odzyskanie mocy sprawczej w danym wydarzeniu transferuje się na podobne wydarzenia i tak jak inne skuteczne doświadczenia w terapii, powoduje efekty długotrwałe. Oczywiście euforyczne uczucie, które wielu uczestnikom towarzyszy zaraz po odegraniu sceny, po jakimś czasie znika, ale poczucie odzyskanego sprawstwa pozostaje i nieraz zmienia całe życie.

Odzyskanie mocy sprawczej w danym wydarzeniu transferuje się na podobne wydarzenia i tak jak inne skuteczne doświadczenia w terapii, powoduje efekty długotrwałe. Oczywiście euforyczne uczucie, które wielu uczestnikom towarzyszy zaraz po odegraniu sceny, po jakimś czasie znika, ale poczucie odzyskanego sprawstwa pozostaje i nieraz zmienia całe życie.

\* Wszystkie przykłady przytaczane przez Piotra Fijewskiego, dotyczące konkretnych sytuacji terapeutycznych, uprzednio zostały przez niego zasadniczo zmienione.

#### PIOTR FIJEWSKI



jeden z założycieli  
Ośrodka Pomocy  
i Edukacji Psychologicznej  
INTRA. Psycholog  
kliniczny. Certyfikowany  
psychoterapeuta i superwizor  
psychoterapii, trener  
i superwizor treningu  
grupowego (PTP). Pracuje  
w podejściu humanistycznym  
(doświadczeniowym). Autor  
wielu publikacji z zakresu  
psychoterapii.

**Teresa Jadcak-Szumiło**

*Trauma doświadczana we wczesnym dzieciństwie nie tylko determinuje procesy poznawcze i zachowanie, ale przede wszystkim wpływa na dysregulację procesów biochemicznych w układzie nerwowym i całej fizjologii człowieka*

# SYSTEM PRZYWIĄZANIA, TRAUMA RELACYJNA A UZALEŻNIENIA

W latach 1995-1997 Vincent Felitti i Robert Anda z Centers for Disease Control of Prevention USA zbadali siedemnaście tysięcy ochotników. W badaniach pytano uczestników o doświadczenie traumy w dzieciństwie. Wśród dziesięciu kategorii, których pytania dotyczyły, znalazły się takie obszary jak: przemoc fizyczna, psychiczna, wykorzystywanie seksualne, zaniedbanie fizyczne, zaniedbanie emocjonalne, przemoc w rodzinie, spożywanie substancji psychoaktywnych w rodzinie, choroba psychiczna w rodzinie, uwięzienie jednego z członków rodziny, separacja lub rozwód rodziców. Wyniki badań były druzgocące: 87% badanych doświadczyło przynajmniej jednej z traum wymienionych w powyższych kategoriach, aż 40% badanych doświadczyło dwóch lub więcej zdarzeń z wymienionych kategorii.

Dalsze badania wykazały, że doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa mogą być przyczyną wielu chorób przewlekłych w późniejszym życiu, a także mogą prowadzić do uzależnienia się od różnych substancji. Rozumienie wpływu wczesnej traumy dobrze oddaje tzw. piramida ACE. **(Rys.1)**

Trauma doświadczana we wczesnym dzieciństwie nie tylko determinuje procesy poznawcze i zachowanie, ale przede wszystkim wpływa na dysregulację procesów biochemicznych w układzie nerwowym i całej fizjologii człowieka. Rozregulowaniu podlega zarówno ośrodkowy układ nerwowy – oś HPA jak i autonomiczny układ nerwowy. Ta dysregulacja ma znaczenie dla odległych skutków zdrowotnych, w tym uzależnień od środków psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych.

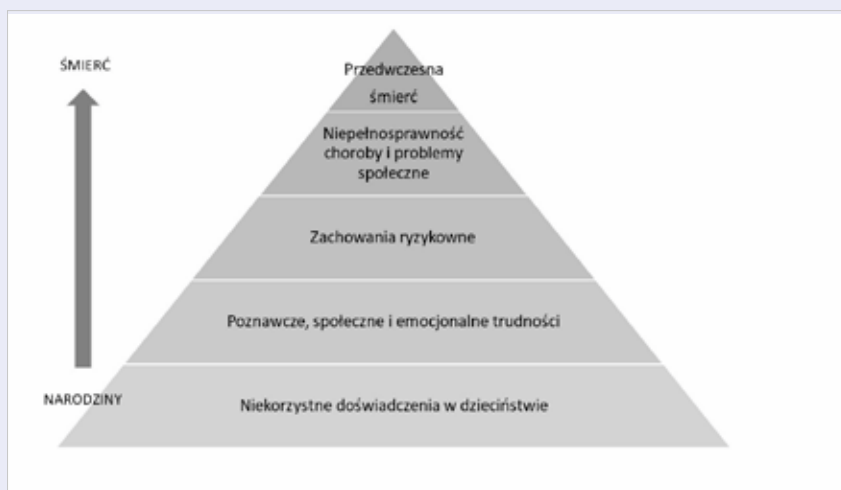
## SYSTEM PRZYWIĄZANIA A REGULACJE EMOCJI

Jedną z kategorii traumy, o którą pytano badanych w badaniu ACE, były zaniedbania emocjonalne. Badania wskazują, że zaniedbywanie emocjonalne, w tym tzw. niedostępność emocjonalna opiekuna, odmawianie reakcji emocjonalnej to najbardziej destrukcyjne formy krzywdzenia małego dziecka (Hart, Glaser, 2011). Takie zachowania opiekuna mają destrukcyjny wpływ na budowanie systemu przywiązania. Więż, jaką dziecko po narodzeniu buduje z opiekunem, stanowi fundament rozwoju człowieka i w znaczący sposób wpływa na jego osobowość, zachowanie i regulację emocji. Jak pisze Filip Flores (Flores, 2011), uzależnienie jest zaburzeniem samoregulacji. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych nie potrafią regulować swoich emocji. Nauka regulacji jest domeną wczesnej

relacji matka – dziecko i stanowi istotę systemu przywiązania.

## PRZYWIĄZANIE – JAK TWORZY SIĘ WIĘZ

Potomstwo ludzkie, żeby przetrwać, potrzebuje opiekuna. Rodzi się skrajnie niedojrzałe fizycznie i bez właściwej opieki skazane jest na śmierć. Ponieważ opieka stanowi istotny warunek dla życia noworodka, dzieci zostały wyposażone w cały szereg wrodzonych reakcji, które służą pozyskaniu opiekuna. Właściwie można powiedzieć, że posiadają doskonały mechanizm „uwodzenia”, ponieważ muszą pozyskać matkę/opiekuna, który je pokocha i który będzie świadczył usługi opiekuńcze oparte na miłości aż do ich dorosłości. Tworzenie się systemu przywiązania to balansowanie pomiędzy pobudzeniem a ukojeniem. System przywiązania powstaje dzięki tzw. cyklowi przywiązania: potrzeba dziecka – re-



**Rys. 1.** Wpływ traumy dziecięcej na cykl życia – piramida ACE.

*Źródło: opracowanie własne na podstawie Vincent J. Felitti, Robert F. Anda, Dale Nordenberg i David F. Williamson, Adverse Childhood Experiences, 1998*

akcja opiekuna – ukojenie dziecka. Na poziomie neurobiologicznym w procesie tym dochodzi do produkcji różnych neurotransmiterów, co ma istotny wpływ na rozwój mózgu dziecka. (Rys.2)

To dzięki temu, że w sytuacji pobudzenia opiekun potrafi ukoić dziecko, doświadcza ono dobrostanu, a jego pobudzenie obniża się. Doświadczenie to „uczy” układ nerwowy dziecka regulacji. Interakcja między dzieckiem a stałym opiekunem buduje system autoregulacji i rozwija mózg, a zwłaszcza

stancji związanych ze stresem, głównie adrenalina i kortyzol.

Ponieważ dziecko nie ma żadnych zdolności do uspokojenia się samego, doświadczając pobudzenia, płacze i wzywa opiekuna. Matka ma szereg możliwości, aby nie tylko zaspokoić głód dziecka, ale doprowadzić jego organizm do ukojenia i dobrostanu. Duże znaczenie ma to, aby właściwie czytała komunikaty dziecka i była responsywna. Wraz ze spadkiem paniki pojawiają się w mózgu dziecka substancje, któ-

potrzebną do ochrony życia. Aktywacja ta zwykle odczuwana jest jako niepokój, rozdrażnienie, irytacja, alarm.

Kiedy ciało migdałowate zarejestruje jakiś bodziec, który uznaje za zagrażający, wysyła sygnał do podwzgórza, które zaczyna produkować w szybki sposób kortykotropinę. Ta substancja wysyłana jest do przysadki mózgowej i tam dochodzi do uwolnienia się hormonów adrenokortykotropowych, a uwolnione wraz z krwiobiegiem będą transportowane do kory nadnerczy. To dzięki nim kora nadnerczy wyprodukuje hormony stresu w tym powszechnie znane adrenalinę i kortyzol, które następnie powrócą do mózgu w okolicy ciała migdałowatego.

Ta kaskada neurochemiczna, którą inicjuje ciało migdałowate, nazywana jest osią HPA – rozgrywa się na szlaku podwzgórze (Hypothalamus) – przysadka mózgowa (Pituitary Gland) – kora nadnerczy (Adrenal Cortex), w skrócie HPA.

Wczesne doświadczenia traumatyczne niestety stymulują zbyt intensywnie oś HPA, co może przyczynić się do odczuwania stałego pobudzenia już u bardzo małych dzieci. Warto zauważyć, że programowanie osi HPA odbywa się w okresie płodowym. Takie sytuacje jak stres u matki ciężarnej czy używanie alkoholu wpływają na płodowe programowanie osi HPA i nowo narodzone dziecko może urodzić się z nadmierną aktywacją tej osi. Z tego powodu dzieci narażone w okresie płodowym na alkohol rodzą się ze słabą zdolnością balansowania pomiędzy pobudzeniem a uspokojeniem, mają rozregulowany układ snu i czuwania i wykazują się wzmoczoną pobudliwością, co uznawane jest za traumę prenatalną (Jadczak-Szumilo T., 2014).

Wysoka aktywacja osi HPA wpływa nie tylko na duże pobudzenie i alarm w całej fizjologii, ale również zwrotny wychwyty glukokortykoidów. Przyczynia się do zmian wielu procesów w ośrodkowym układzie nerwowym. Kiedy kortyzol w reakcji zwrotnej wraca do mózgu z kory nadnerczy, zalewa struktury leżące na szlaku zwrotnego wychwyty, w tym ważny dla naszego funkcjonowania hipokamp. W wyniku tego „zalanania” wiele komórek hipokampa ulega zniszczeniu. Niszczony są także połączenia synaptyczne pomiędzy komórkami, a nowo powstające neurony, produkowane w hipokampie, pozbawione są często



Rys. 2. Cykl przywiązania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Alan Schore, 1994.

jego prawą półkulę (Schore A., 1994). Najszybciej wzrastają te obszary, które są zależne od stymulacji środowiskowej – obszary kory nowej, zwłaszcza płaty czołowe. Prawa półkula mózgu jest szczególnie wrażliwa na stymulację zależną od komunikacji matka/opiekun – dziecko, a dokładnie jej prawy zakręt obręczy czołowej, który wykształcił się pod wpływem interakcji dziecko-opiekun i będzie odpowiedzialny za regulację emocji w późniejszym życiu.

## NEUROBIOLOGIA CYKLU PRZYWIĄZANIA

Dziecko jest skrajnie niedojrzałe po urodzeniu. Jego mózg nie jest w pełni rozwinięty, a w zakresie emocji potrafi przeżywać głównie panikę (Pankseep, Bivien, 2012). To panika ma pomóc mu wezwać opiekuna w sytuacji głodu czy dyskomfortu, czyli pomóc przeżyć. Zdolności do ukojenia tego stanu nauczy go matka i to stanie się podstawą do nauki odczuwania i regulowania emocji. Wraz ze wzbudzeniem paniki mózg zalewa cały szereg sub-

re wprowadzają ukojenie: substancja szara okołowodociągowa typu PAG, oksytocyna, dopamina, wazopresyna. To one stają się odpowiedzialne za uregulowanie pobudzenia, a tym samym stymulują rozwój kory nowej, zwłaszcza w prawym zakręcie czołowym, który będzie odpowiedzialny za hamowanie pobudzenia emocjonalnego. Reakcje związane z pobudzeniem i uspokojeniem są naszą biologiczną adaptacją do życia. Wadliwa wczesna opieka zmienia zdolności regulacyjne dziecka na poziomie neurobiologicznym, a co za tym idzie, na poziomie funkcjonowania.

## AKTYWACJA

Strukturą, która odpowiada za odbiór informacji o zagrożeniu i ma za zadanie ochronić nas poprzez wprowadzenie nas w stan alarmu i zwiększenia czujności, jest ciało migdałowate. To od tej struktury zależy stan naszego pobudzenia psychofizjologicznego. Wysoka aktywność ciała migdałowatego oznacza alarm w organizmie i mobilizację

potencjalizacji, co uniemożliwia im prawidłowe funkcjonowanie.

Wraz z nadmierną aktywnością osi HPA pojawia się stałe pobudzenie, a szlaki nerwowe związane z odczuwaniem zagrożenia wzmacniają się i utrwalają. Przeżywanie smutku, lęku i osamotnienia staje się elementem doświadczenia bliskości. (patrz Przykład 1).

### REGULACJA EMOCJI A WEWNĘTRZNE MODELE OPERACYJNE

Podstawowym efektem systemu przywiązania na poziomie psychologicznym są Wewnętrzne Modele Operacyjne (WMO). To reprezentacje umysłowe, jakie powstały na skutek doświadczeń dziecka

w bliskiej relacji z opiekunem. WMO zawierają reprezentacje umysłowe na temat samego siebie self, bliskiego opiekuna będącego figurą przywiązania, a także przekonania na temat otaczającego świata. WMO są swoistym wzorcem dla jednostki, jak należy postrzegać zachowanie innych osób i regulować swoje funkcjonowanie (Cassidy, 1994). Mają one zna-

#### Przykład 1. Zaburzenia przywiązania jako trauma – analiza przypadku – Ania 20 lat.

WYDARZENIA	OBJAWY	INTERWENCJE
<p>Ania urodziła się jako dziecko pozamałżeńskie. Była trzecim z rodzeństwa. Matka nie mogła jej zatrzymać, bo od tego zależało jej małżeństwo i opieka nad dwójką bliźniąt, jakie wychowywała wraz z mężem. Warunkiem trwania związku i dalszej opieki nad dziećmi było oddanie Ani do adopcji. Niestety, kiedy ojciec Ani dowiedział się o ciąży, zniknął. Matka dziewczynki przepłakała całą ciążę. Ostatnie miesiące spędziła poza rodziną w innej miejscowości, aby nikt nie dowiedział się o dziecku. Wahala się do ostatniej chwili, a moment pozostawienia dziewczynki w szpitalu był dla niej samej jak śmierć.</p> <p>W siódmym miesiącu życia Ania zostaje adoptowana. Zyskuje rodzinę i stałego opiekuna. Jednak jej rodzice nie są świadomi jej stanu. Cieszą się, że jest spokojna i są zadowoleni z tego, że mało ich absorbuje. Nie mają swoich dzieci i uważają stan Ani za normalny. Matka adopcyjna dziewczynki jest po kilku poronieniach. Nigdy nie była na terapii związanej z tymi stratami. Ojciec reguluje swoje stany pobudzenia poprzez sporty ekstremalne i przypadkowy seks: szybka jazda motorem i loty na parolotni. Zdradza też żonę z przypadkowo poznanymi kobietami. Matka adopcyjna dziewczynki nie ma pojęcia o zdradach męża.</p> <p>Ania trafia po raz pierwszy na oddział psychiatryczny. Rodzice z przerażeniem odkryli, że Ania się tnie. Po raz pierwszy dziewczynka pocięła się w wieku siedemnastu lat. Lekarz prowadzący daje jej leki antydepresyjne i zostawia na obserwacji. Ania dzwoni do rodziców po kilka razy dziennie i prosi o to, by zabrali ją do domu. W szpitalu Ania przeżywa silne zakochanie do poznanej tam koleżanki. Ten stan poprawia jej samopoczucie. Poznana dziewczyna jest silnie ambiwalentna i Ania mierzy się z licznymi epizodami bliskości i licznymi jej stratami po wyjściu ze szpitala. Trafia do szpitala po raz drugi pół roku po opuszczeniu go, kiedy pozna dziewczyna zrywa z nią.</p> <p>Ania w wieku osiemnastu lat trafia na oddział szpitalny po raz drugi. Pocięła się po tym, jak zerwała z nią poznana przy pierwszym pobycie na oddziale dziewczyna, w której Ania się zakochała. To ona namówiła Anię na palenie marihuany. Ania po raz pierwszy doświadcza innego stanu ukojenia niż zapadanie się w pustkę. Obecnie ma dwadzieścia lat. Opiekuje się dwoma psami i ma chłopaka młodszego od siebie o trzy lata. Poznała go podczas drugiego pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Czasami mu matkuje. W wieku dwudziestu lat trafia na psychoterapię.</p>	<p>Ania urodziła się zdrowa. Była silną dziewczynką i bardzo spokojnym dzieckiem. W szpitalu spędziła kilka dni i została przekazana do rodzinnego pogotowia opiekuńczego. Była w rodzinie sama. Obiektywnie patrząc, miała idealne warunki do rozwoju. Trafiała jednak do ludzi, którzy nie tylko nie rozumieli potrzeb małego dziecka, lecz świadomie minimalizowali kontakt, aby się nie wiązać. Ania głównie spała. Tak minęło siedem pierwszych miesięcy jej życia.</p> <p>Ania w rodzinie adopcyjnej jest cichym, spokojnym dzieckiem. Często wycofana i zamknięta w sobie. Poddaje się raczej biernie temu, co proponują rodzice. Często bawi się z psami. W okresie od 7 do 15 lat matka często zastawała ją w pokoju, jak leżała i wyglądała, jakby śniła na jawie. Nie niepokoiła się tym, ponieważ Ania była dobrym, grzecznym dzieckiem i dobrze się uczyła. W szkole podstawowej miała jedną koleżankę, którą straciła, gdy ta w szóstej klasie wyprowadziła się do innego miasta. Od tego czasu Ania nie nawiązała żadnej relacji z kimkolwiek z klasy czy to szkole podstawowej, czy to średniej. W liceum pierwsze dwa lata przypadły na nauczanie zdalne, co Ania bardzo lubiła. Osiąga dobre wyniki. Maluje także obrazy, ponieważ rodzice wcześniej odkryli jej talent i uczą ją rysunku. Nauczycielka rysunku bije Anię na lekcjach, ale dziewczynka nikomu tego nie zgłasza. Uczy się rysunku z tą panią od siódmego roku życia.</p> <p>Ania nie jest w stanie dłużej radzić sobie z odcinaniem od przeżywania. Przeżywając cierpienie emocjonalne, zamienia je na ból. Ania opisuje się jako osoba biseksualna. Po raz pierwszy doświadcza silnych uczuć związanych z pobudzeniem seksualnym.</p>	<p>Silne emocje matki w okresie ciąży mogły wpłynąć na programowanie osi HPA i aktywność w autonomicznym układzie nerwowym. Brak opieki po porodzie i minimalne zaangażowanie opiekunów zastępczych w interakcje sprawiają, że dziecko się wycofuje i przez większość czasu. Pozornie dziewczynka jest grzeczna, lecz późniejsze jej reakcje w dorosłym życiu skłaniają mnie do hipotezy, że dziecko już jako niemowlę miało stany dysocjacyjne.</p> <p>W okresie rozwojowym, w którym noworodek wysyła sygnały do otoczenia, „uwodząc” matkę i konsoliduje z nią więź, aby móc bezpiecznie wejść w okres lęku separacyjnego, Ania jest wycofana, bierna i nie otrzymuje adekwatnych reakcji z otoczenia, w którym się wychowuje. Minimalizowanie opieki spowodowanej do czynności pielęgnacyjnych sprawia, że dziewczynka wycofuje się i reguluje swoje stany poprzez sen, co kieruje jej rozwój w stronę kształtowania pozabezpiecznego systemu przywiązania. Brak świadomości ze strony opiekunów zastępczych, w jakim stanie jest dziecko, pogłębia wadliwość opieki.</p> <p>Ania rozwija swój system przywiązania w kierunku pozabezpiecznym. Wiele zachowań dziewczynki świadczy o lekowo-unikającym stylu przywiązania (podział wg. Bartholomeu, Horowitz 1991). Ma objawy dysocjacyjne, ale nikt ich nie opisuje w ten sposób, ponieważ dziecko nie sprawia większych trudności rozwojowych. Brak relacji społecznych nie stanowi dla rodziców dziecka problemu. Ojciec adopcyjny dziewczynki reguluje się w pozabezpieczny sposób charakterystyczny dla ambiwalencji. Słabo skupiony na córce, gdyż bardziej skoncentrowany jest na poszukiwaniu rozładowania swojego napięcia. Matka adopcyjna dziecka ma bardzo słaby kontakt ze swoimi emocjami. Reguluje się poprzez wykonywanie zadań, głównie z obszaru pracy zawodowej. Jest silnie strauatyzowana, w tym również w zakresie wczesnej traumy relacyjnej w obszarze przywiązania do własnej matki. Style przywiązania rodziców adopcyjnych Ani nie sprzyjają rozwojowi w kierunku bezpieczeństwa. Liczne stany odcięcia obecne w rozwoju dziecka pozostają bez reakcji ze strony matki, gdyż sama jest emocjonalnie odcięta. Diagnoza rodziców w zakresie stylu przywiązania pokazuje, że rodzice dziecka mają duże problemy w zakresie własnych regulacji, a matka dziecka w wielu obszarach ujawnia silne zdystansowanie i dysocjacje (Adult Attachment Interview - AAI, George, Kaplan, Main, 1984,1985,1996). W tych relacjach wczesna trauma dziewczynki związana z odrzuceniem i porzuceniem nie mogła być wyleczona.</p>

czenie dla ekspresji i kontroli emocjonalnej oraz regulacji afektu (Sroufe A., 1995; za: Czub T., Stawicka M., 2005). Trauma relacyjna czy wczesna trauma wpływa na doświadczenia dziecka w zakresie regulacji napięcia przez opiekuna i tym samym wpływa na zawartość WMO, co w przyszłości będzie zmieniało sposoby regulacji emocji.

## DOBROSTAN W SYTUACJI BLISKOŚCI, CZYLI NASZE NATURALNE NARKOTYKI

Kiedy matka doprowadza do ukojenia dziecka w danej sytuacji, doświadcza ono dobrostanu. Ukojenie wiąże się z uwalnianiem substancji szarej wodociągowej typu PAG. Już na początku lat dziewięćdziesiątych niektórzy badacze tacy jak Bandler uważali, że to właśnie istota szara okołowodociągowa PAG jest kluczowa dla kontroli agresji (za: Carter S., 2020). Późniejsze badania Jaaka Pankseepa również wskazują, że to substancja PAG stanowi istotę dla odczuwania ulgi w sytuacji pobudzenia emocjonalnego i bardziej pośredniczy w odczuwaniu pierwotnych uczuć niż ciało migdałowe (Pankseep J., Biven L., 2012). Uwalnianie się PAG rozpoczyna kaskadę ukojenia i poczucia zadowolenia. Kiedy tak się nie dzieje i dziecko nie uzyskuje ukojenia w interakcji z matką, biochemiczne reakcje w jego układzie ner-

STYL BEZPIECZNY	STYL UNIKAJĄCY	STYL LĘKOWO-AMBIWALENTNY
Bezpiecznie przywiązane osoby w sytuacji przykrych stanów emocjonalnych potrafią uruchomić efektywne działania zmierzające do regulacji tego stanu. Posiadają wysokie kompetencje pozwalające na własną regulację, zostały one nabyte od responsywnego opiekuna. Są elastyczne, potrafią chronić się przed ruminacją czy pesymizmem i wygenerować konstruktywne rozwiązania problemu.	W sposób obronny osoby w tym stylu tłumią przeżywanie. Z dziecięcej relacji wyniosły przekonanie, że ujawnienie emocji spotka się z karą lub odrzuceniem. Przyczynia się to do niezdolności konfrontowania się z bolesnymi przeżyciami i wzmacnia konieczność tłumienia. Kiedy dochodzi do niemożności dalszego unikania, mogą się pojawić zachowania typu acting out. Zachowania te mogą mieć destrukcyjny charakter. Poszukiwanie wsparcia w tym stylu nie jest możliwe, gdyż unikanie i odcinanie się od przeżywania stanowi podstawową strategię. Minimalizuje to możliwości korzystania z pomocy w sytuacji trudnej, zwiększając podatność na destrukcyjne dla siebie zachowanie – obronna samowystarczalność.	Przeżywanie silnych, negatywnych emocji służy nawiązywaniu interakcji z innymi, dlatego są one wzmacniane. Intensyfikacja takich emocji jak złość, zazdrość służy często realizowaniu potrzeby bliskości, co narzuca ambiwalentną osobę na kolejne odrzucenie. Strategie te są związane z niestabilnym i nieprzewidywalnym zachowaniem opiekuna bazowego. Nieprzewidywalność i ciągłe zabieganie o bliskość wzmacnia pobudzenie i nasila negatywne przeżywanie, nawet w sytuacji niewielkiego bodźca. Często przeżywanie smutku, rozpacz jest nasilone, ponieważ służy budowaniu relacji. Wyrażanie emocji wprost jest zagrażające, ponieważ osoba ambiwalentna obawia się utraty bliskości i odrzucenia. Wzorzec ten sprzyja pesymistycznej interpretacji zdarzeń, wyolbrzymiania zagrożenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Shaviev, Hazan, 2018.

wowym pozostają na poziomie paniki. Wtedy otwiera się ścieżka do szukania regulacji w inny sposób, co w przyszłości może otworzyć drogę do uzależnienia.

Wczesna trauma wpływa zarówno na ośrodkowy układ nerwowy, jak i na autonomiczny układ nerwowy. Zmienia fizjologię wielu procesów i utrwała je poprzez ukształtowanie poza-bezpiecznych wzorców przywiązania. Nie pozostaje to bez wpływu na nasz organizm zarówno w zakresie jego fizjologii, jak i emocjonalnych reakcji, a także radzenia sobie z nimi. Istnieje tylko jedna ścieżka dobrej i skutecznej profilaktyki w tym zakresie. Dzieci powinny żyć w bezpiecznym świecie i być kochane, ponieważ bezpieczny system przywiązania poprzez swoje neurobiologiczne mechanizmy chroni nas przed szukaniem ukojenia w inny sposób niż bliska, otwarta relacja z drugim człowiekiem.

### TERESA JADCAK-SZUMILO



Dr nauk społecznych, psycholog. Prowadzi Centrum Psychologiczne ITEM w Żywiecu. Jest współautorką programu «Przywiązanie czy uwiązanie» – szkolenie przygotowane dla terapeutów uzależnień w oparciu o przywiązanie i wczesną traumę prowadzone przez Fundację Błękitny Krzyż.

### BIBLIOGRAFIA

1. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
2. Carter, S., Kenkel, W., MacLean, E., Wilson, S., Perkeybile, A., Yee, J., Ferris, C., Nazarloo, H., Porges, S., Davis, J., Connelly, J., Kingsbury, M. (2020) Is Oxytocin „Nature’s Medicine”? *American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics Pharmacol Rev.* 2020 Oct; 72(4): 829–861. Published online 2020 Oct. doi: 10.1124/pr.120.019398

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)





Joanna Wawerska – Kus

*Słowo „wykluczenie” wydaje się być swoistym aksjomatem – wszyscy wiemy o co chodzi, rozumiemy, nie ma co roztrząsać, raczej trzeba zapobiegać i działać, czyli iść w kierunku inkluzywności*

# WYKLUCZENIE, CZYLI O TYM, JAK TERAPEUCI OPUSZCZAJĄ PACJENTÓW

Często zawężamy pojęcie wykluczenia do zjawiska społecznego, rzadko zatrzymujemy się nad nim w kontekście kulturowym, a najrzadziej chyba widzimy wykluczenie poprzez pryzmat osobistego doświadczenia osoby wykluczonej. Moje doświadczenie z pracy superwizorki i psychoterapeutki pokazuje także, że środowisko terapeutów uważa się za grupę zawodową wrażliwą na wszelkie przejawy wykluczenia – tak bardzo jesteśmy środowiskowo przywiązani do własnego wizerunku inkluzywności, że często zwyczajnie nie widzimy, jak bardzo bywamy wykluczający, jak bardzo sprzyjamy pewnym elementom wykluczania i wykluczenia. O tym będzie ten tekst – o wykluczeniu w sytuacji kontaktu terapeutycznego

poprzez pryzmat osobistego doświadczenia pacjenta.

Pozwoliłam sobie usystematyzować to doświadczenie, nazywając przyczynę potencjalnego wykluczenia – możliwe, że to klasyfikacja niezbyt doskonała, choć dość użyteczna. Na pewno nie jest domknięta, ponieważ przyczyn wykluczenia może być z całą pewnością więcej niż trzy opisane przeze mnie.

## WYKLUCZENIE ZE WZGLĘDU NA STATUS SPOŁECZNY I MATERIALNY

Ten rodzaj wykluczenia najłatwiej zaobserwować – samo pojęcie wzięło się z języka programów socjalnych, uznających za zagrożone wyklucze-

niam i wykluczone osoby ubogie, bezrobotne, wymagające pomocy instytucjonalnej. Wielu mamy pacjentów z tej grupy, szczególnie na oddziałach stacjonarnych czy w programach wsparciowych (zazwyczaj finansowanych ze środków unijnych). Zaobserwowałam, że terapeuci wobec pacjentów z tej populacji przyjmują specyficzną postawę – nazwałabym ją postawą kolonizatora. Polega to na wejściu w rolę osoby, która wie lepiej od samego pacjenta, jak żyć, ponieważ terapeuta jest reprezentantem tego „lepszego” modelu życia (świata). Pacjent w tym kontekście zostaje postawiony w roli „ludności tubylczej”, którą trzeba „nawrócić” na jedyne słuszne rozumienie rzeczywistości.



Podczas superwizji pracy z takimi osobami mam czasami poczucie, że próby poszerzenia rozumienia pacjenta lokują się w dyskursie politycznym – terapeuci często bronią pozycji neoliberalnego paradygmatu opisu rzeczywistości, czyli ujawniają przekonanie, że każdy jest kowalem własnego losu, trzeba dać człowiekowi wędkę nie rybę, gdyby bezrobotny chciał pracować, toby się ogarnął i znalazł pracę itp. Przy takich założeniach interwencje terapeutyczne często opierają się na usilowaniach (ze strony terapeuty) aktywizacji, budząc w pacjentach sprzeciw i poczucie, że oto kolejny reprezentant instytucji poucza, wytyka błędy, egzekwuje pożądane zachowanie. Łatwo przychodzi ten sprzeciw interpretować jako przejaw oporu, roszczeniowość skojarzoną z tzw. wyuczoną bezradnością – i pewnie w wielu przypadkach ta interpretacja jest uzasadniona. Ale czy zawsze?

Warto zadać sobie pytanie, jak często zastanawiamy się na osobistą sytuacją człowieka, który do nas trafia i którego lokujemy w grupie zagrożonej wykluczeniem społeczno-ekonomicznym. I nie chodzi mi o uromantyczenie biedy i działanie pod wpływem litościwego czy miłosiernego impulsu ratownika. Mam na myśli rzetelne rozpoznanie sytuacji pacjenta i dostosowanie oferty pomocy do jego faktycznych potrzeb, co oznacza przede wszystkim właściwe, realne zrozumienie tych potrzeb, zgodne nie z naszym systemem wartości i wizją świata, ale adekwatne do obrazu siebie i świata pacjenta.

Niedawno superwizowałam pracę z uzależnioną młodą kobietą, matką trójki dzieci zagrożonych umieszczeniem w placówce, pochodzących z różnych związków. Mimo życzliwości i zaangażowania, terapeuta nie potrafił uniknąć wchodzenia w oceny moralne dotyczące pacjentki, proponował jej tym samym pracę w obszarze weryfikacji systemu wartości, zachęcał ją do radykalnej zmiany stylu życia poprzez samodzielność, asertywność i wiarę we własną sprawczość.

Kiedy zaczęliśmy przyglądać się historii życia pacjentki, bardzo szybko okazało się, że oferta, choć obiektywnie sensowna, w przypadku tej konkretnej kobiety była mocno chybiona.

Po pierwsze, wszystko wskazywało na to, że pacjentka ma cechy osobowości zależnej – samostanowienie czy satysfakcjonująca niezależność osobista zazwyczaj są dla takiej osoby nieosiągalne.

Po drugie, terapeuta mimo wyrażanego zdziwienia graniczącego ze zgorzaniem, że można mieć dzieci z różnymi partnerami oraz mieć innych (wielu) partnerów seksualnych, właściwie nie zadał pacjentce żadnego pytania dotyczącego jej seksualności (choćby o wiek inicjacji). Nie zapytał jej również o to, czy ciąży były planowane, czy nie, czy pacjentka stosuje jakąkolwiek formę antykoncepcji. Warto zapytać, jaki jest stosunek pacjentki do macierzyństwa – żeby się tego dowiedzieć, nie ma wyjścia – trzeba zebrać wywiad dotyczący jej dzieciństwa i rodziny pochodzenia, wzorców męskości i kobiecości, jakie wyniosła z domu i z doświadczeń rozwojowych.

Mimo dość obszernej wiedzy na temat życia pacjentki, terapeuta zdawał się nie rozumieć ani motywów jej postępowania, ani jej sposobów adaptacji i interpretowania rzeczywistości.

Tę sytuację można rozumieć według mnie jako powielenie wykluczenia. Pacjentka, doświadczając społecznego wykluczenia w związku ze swą sytuacją, pochodzeniem i funkcjonowaniem w środowisku sprzyjającym wykluczeniu, zgłaszając się na terapię uzależnienia, została na wstępie zdefiniowana przez terapeutę zgodnie z jego przekonaniami. Tym samym nie wzbudziła w terapeutę ciekawości,

która dałaby mu przestrzeń na przyjęcie, zaakceptowanie jej jako osoby, a nie własnego wyobrażenia o tej osobie. Ciekawość, którą mam na myśli, opiera się na patrzeniu na pacjenta jak na istotę przybyłą do naszego świata z jakiegoś własnego, dla nas obcego innego wymiaru.

Naszym zadaniem jest poznać świat pacjenta w zgodzie z jego opisem – bardziej jak turysta, gość chcący poznać miejscowe obyczaje i je zrozumieć, a nie jak kolonizator czy misjonarz. Jeśli to się nie stanie, opuszczamy pacjenta, wywołujemy w nim poczucie osamotnienia. I to jest właśnie istota wykluczenia.

## WYKLUCZENIE ZE WZGLĘDU NA NIEHETERONORMATYWNOŚĆ

Do bardzo podobnej sytuacji opuszczenia pacjenta dochodzi również czasami w sytuacji, gdy heteronormatywny terapeuta pracuje z pacjentem nieheteronormatywnym. Wiemy z różnych źródeł, że osoby nieheteronormatywne żyją w stanie tzw. stresu mniejszościowego.

Przypomnę tylko, że chodzi o stan, w którym człowiek czuje się zagrożony w związku ze swoim „nieprzystawianiem” do wymogów obyczajowych, norm narzuconych przez większość. Istotą stresu mniejszościowego jest nie tylko poczucie bycia innym, gorszym, ale wynikające z tego poczucia, bycie potencjalną ofiarą prześladowań.

## TRAUMA I WYKLUCZENIE SPOŁECZNE

Przewlekłe wykluczenie społeczne należy traktować jako formę traumy. To psychologiczne doświadczenie obejmujące intensywną fizyczną lub emocjonalną krzywdę, która powoduje trwałe uszkodzenie zdrowia fizycznego lub psychicznego. Trauma oparta na wykluczeniu może również współgrać z traumą z innych doświadczeń, choćby z doświadczeniem działań wojennych (Wesselmann i in., 2018). Inne badania związane z wykluczeniem społecznym wykazały korelacje między samotnością (Cacioppo i Patrick, 2008; DeWall i Pond, 2011; Dyal i Valente, 2015) oraz wykluczeniem opartym na stygmatyzacji ze zgłaszanym używaniem/nadużywaniem substancji.

Warto zwrócić uwagę, że większość programów pomocowych daje terapeutom możliwość zajęcia się określonymi problemami związanymi z traumą, ale nie skupia się bezpośrednio na doświadczeniach klientów z wykluczeniem społecznym.

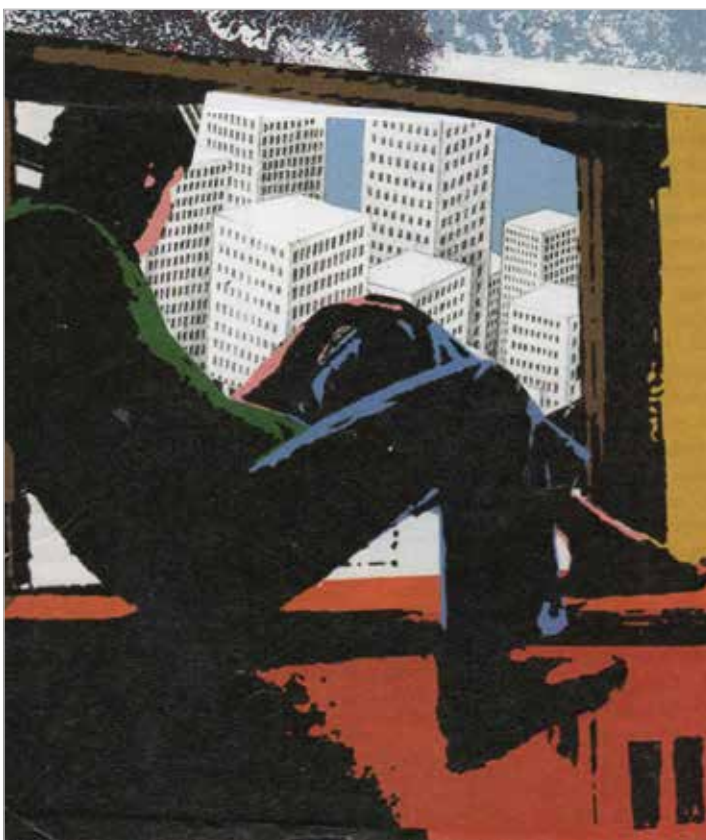
Źródło: Eric D. Wesselmann, Leandra Parris „Exploring the Links Between Social Exclusion and Substance Use, Misuse, and Addiction”, 2021

Jeśli w tym momencie, drogi Czytelniku, pomyślałeś sobie, że to przesada, że „prześladowania” to nieadekwatne słowo do opisu sytuacji osób nieheteronormatywnych, to właśnie dokonałeś wykluczenia tej grupy osób, choć możliwe, że myślisz, że nie masz problemu z akceptacją nieheteronormatywności.

Bardzo często spotykam się w superwizji z sytuacją, w której pozornie akceptujący (tzw. tolerancyjny) terapeuta ma kłopot z przyjęciem perspektywy swojego pacjenta. Sama mam ten grzech na sumieniu i dopiero osobiste doświadczenie pokazało mi, że poddawanie w wątpliwość poczucia zagrożenia nigdy nie bywa wspierające, zawsze wyklucza. Mam na myśli taką odpowiedź terapeuty na skargę pacjenta, która ma być intencjonalnie może i pocieszeniem, ale w efekcie umniejsza znaczenie przeżywania pacjenta. Np.: „nie przesadzaj, nie jest aż tak źle” lub „ale przecież nie rzucasz się w oczy – nie widać po Tobie, że jesteś gejem/lesbijką” czy „nikt nikogo ot tak, nie atakuje”.

Heteronormatywna bańka jest ślepa na przejawy prześladowania – a przecież już w szkołach podstawowych najczęściej używaną obelgą jest słowo „ciota” i „pedał” adresowane do chłopców nie tylko postrzeganych jako niewystarczająco męscy, ale po prostu wypowiedziane z intencją obrażenia i upokorzenia adresata.

Osoba nieheteronormatywna od dzieciństwa uczy się ukrywać wszystko, co zdradziłoby jej orientację. W okresie dojrzewania, kiedy słyszy, że to za wcześnie, żeby wiedzieć „kogo się woli”, ma nadzieję, że tak jest naprawdę – że wyrośnie z tego, że to przejdzie, że przecież nie mogło go/jej to spotkać. Jednak to nie przechodzi i trzeba wówczas sprostać iluzorycznej nadziei własnej, a przede wszystkim rodziców, że przeszło, że to tylko takie młodzień-



cze podążanie za modą (naprawdę zetknęłam się z ostrzeżeniem rodzica do innego rodzica, żeby dziecko nie szło do pewnego liceum warszawskiego, bo tam panuje moda na homoseksualność), rozchwianie hormonalne.

Przy pozornej akceptacji mamy również do czynienia z interwencjami, które nazwałabym fiksacyjnymi. Chodzi o sytuację, kiedy przedmiotem pracy terapeutycznej jest zupełnie inna sprawa/problem, z perspektywy pacjenta bez związku z jego/jej tożsamością czy orientacją, ale terapeuta we własnej fiksacji na tym obszarze, sprowadza problem właśnie do tego obszaru.

To też przykład z niedawno prowadzonej przeze mnie superwizji – terapeuta pracowała z pacjentem nad jego relacją z matką. Relacja trudna, matka wycofana, pod wpływem despotycznej babki (własnej matki), w kontakcie z synem raczej nieobecna. W domu rodzinnym pacjenta ważną rolę odgrywała także siostra matki (ciotka), a rola ojca (uzależnionego prawdopodobnie od alkoholu) była marginalizowana mimo jego prób dopominania się o swoje prawa w roli i męża, i ojca. Osią pracy w omawianym momencie były uczucia pacjenta wobec matki

– tęsknota za pełnym kontaktem, złość i żal za swoiste opuszczenie, zagubienie. I kiedy pacjent pozwolił sobie na przeżywanie odblokowanych emocji, fiksacja terapeutki doszła do głosu – pacjent, zamiast bycia przy jego emocjach, usłyszał interpretację sytuacji rodzinnej: „możliwe, że ta nieobecność matki i jednoczesna ekspansywna obecność babki i ciotki, zniechęciła pana do kobiet również w aspekcie seksualnym”. Pacjent, według słów terapeutki, natychmiast „wyskoczył” z emocji, jakby się zamroził. Terapeutka zinterpretowała to jako opór na przeżywanie i wyrażanie trudnych emocji wobec matki.

Nie zauważyła, że reakcja pacjenta najprawdopodobniej dotyczyła jej „wyjścia z kontaktu” (odtworzenie wycofania matki) – zamiast być z pacjentem w jego przeżyciu, słuchać go, towarzyszyć, pomagać w wyrażaniu uczuć, terapeutka opuściła go, zajęła się sobą i swoim ukrytym przekonaniem, że nieheteronormatywność jest jednak jakimś rodzajem zaburzenia, skądś się musiała wziąć. Chwytnąjąc się tego „olśnienia”, terapeutka odebrała pacjentowi prawo do niezajmowania się swoją orientacją, do nietraktowania jej jako problemu – to swoiste wykluczenie – heteronormatywne osoby mają pełne prawo do przeżywania trudnych emocji wobec swoich matek, nieheteronormatywne, przeżywając je, powinny podejrzewać, że może to być przyczyna ich nieheteronormatywności. Trochę oczywiście ironizuję.

Nieheteronormatywność obejmuje bycie osobą niebinarną, transmężczyzną lub transkobietą, a także osobą asekualną. Ten ostatni aspekt seksualności człowieka był dla mnie epokowym odkryciem na jednym ze szkoleń, w których uczestniczyłam – przedtem każdorazowo, kiedy pracowałam z osobą niezainteresowaną współżyciem, traktowałam to jako zaburzenie. Co

za ulgą, że nie muszą się fiksować na przekonywaniu kogokolwiek do tego, że dorosły człowiek powinien uprawiać seks i do tego satysfakcjonujący.

Praca z osobą niebinarną lub trans stawia przed terapeutą wysokie wymagania: zarówno w obszarze wiedzy (konieczność jej stałej aktualizacji i umiejętność selekcji źródeł), jak i zasobów osobistych (świadomość, a co za tym idzie, weryfikacja własnych uprzedzeń, fiksacji i fascynacji, otwartość światopoglądowa, umiejętność słuchania i słyszenia). Najprostsze, co możemy zrobić, to jeśli osoba niebinarna lub trans prosi o używanie określonych rodzajników – bez względu na to, co mamy zapisane w dokumentacji, róbmy to, bo tylko w ten sposób nie opuszczamy pacjenta.

To samo dotyczy imienia – nie bez powodu osoby trans swoje pierwotne (metrykalne) imię nazywają deadname. I nie bez powodu w tej populacji osób mamy do czynienia z ogromnym ryzykiem suicydalnym. Pamiętajmy, że osoby nieheteronormatywne doświadczają wykluczenia na co dzień – czasami w drastycznej formie: od ostracyzmu towarzyskiego, wyrzucenia z domu, wydziedziczenia, aż po fizyczny atak. Dobrze byłoby, aby ze strony terapeutów spotykało te osoby przyjęcie – pełne, akceptujące, równoprawne.

## WYKLUCZENIE ZE WZGLĘDU NA UZALEŻNIENIE

Wśród terapeutów uzależnień (zarówno tych, którzy mają doświadczenie własnego uzależnienia, jak i tych bez tego doświadczenia), panuje takie przekonanie, że pacjent nie powinien się wstydzić swojego uzależnienia – że jak się wstydzi, nie informuje wszystkich o nim, a nie daj Boże, ukrywa, to jakoś źle świadczy o jego trzeźwieniu. Mam wrażenie, że właśnie w tym obszarze dochodzi do wtórnego wykluczenia.

Środowisko terapii uzależnień to swoista bańka informacyjna – wyizolowana (bo tak działają bańki) od świata, w którym uzależnienie jest raczej postrzegane jako coś nagannego, niemoralnego, jednak wstydliwego i w żadnym razie nie bywa powodem do dumy. Osoby uzależnione w tym po-

zaterapeutycznym świecie to właśnie osoby wykluczone. Kiedy piją – dlatego, że piją w sposób nieakceptowalny przez tych pijących bezpiecznie. Kiedy przestają pić – dlatego, że nie piją, więc odstają od ogółu, często budząc dyskomfort pijących. Afirmatywne podejście do uzależnienia to pokłosie pomieszczenia porządków – terapeutycznego z samopomocowym (AA).

Całe szczęście, że w terapii odchodzi się od afirmowania uzależnienia poprzez nacisk na mówienie o sobie „jestem alkoholikiem” (choć nie wszędzie). Niemniej, kiedy pacjent czuje się wykluczony, przeżywa poczucie osamotnienia w związku z abstynencją, jest w żalobie po tym wszystkim, co dawało mu czynne uzależnienie, rzadko słyszy od terapeuty, że to normalne, trudne, niesprawiedliwe czy jakiegokolwiek – raczej usłyszy, że się użala, że ma głód, że prezentuje pamięć euforyczną zamiast skupić się na poniesionych stratach itp. (tu proponuję każdemu z terapeutów czytających ten tekst wstawić tekst z osobistego repertuaru informacji zwrotnych, jakie słyszy od niego pacjent, który skarży się na poczucie wykluczenia, oceniania i osądzania przez otoczenie).

Nie pomoże zaklinanie rzeczywistości – uzależnienie, nawet jeśli rozumiemy je jako chorobę, jest chorobą wstydliwą. Myślę, że sensowniejszym kierunkiem pracy od afirmowania uzależnienia wydaje się być urealnianie sytuacji pacjenta, włączając w to prawo do żalu, żaloby, tęsknoty i do wstydu. Uważam, że informowanie o uzależnieniu to osobista, intymna sprawa pacjenta – kogo dopuści do tej tajemnicy, w jakich okolicznościach i jak to robi, to jego autonomiczna decyzja. My możemy tylko sugerować, że warto informować anestezjologa przy zabiegach wymagających narkozy lub znieczulenia – wyłącznie ze względów medycznych. Ale powinniśmy uwierzyć pacjentom, że czasami taka informacja wywołuje zdziwienie u lekarza, czasami zawężenie diagnostyki etiologii jakiejś choroby wyłącznie do uzależnienia, a czasami ciekawość i brak wiedzy. Poza bańką terapii uzależnień, ludzie (lekarze także) często nie wiedzą, na czym polega uzależnienie i co to oznacza dla organizmu pacjenta.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt wykluczenia osób uzależnionych – nazwałam go wykluczeniem psychoterapeutycznym. Że to zjawisko istnieje i na czym polega, przekonałam się, kiedy zgłosiła się do mnie na superwizję psychoterapeutka w procesie certyfikacji w jednym z głównych nurtów. Została do mnie skierowana przez swojego superwizora, który nie czuł się kompetentny, żeby superwizować jej pracę z pacjentem zdradzającym cechy uzależnienia od alkoholu. Z czasem okazało się, że także pacjenci tzw. współuzależnieni i DDA lepiej żeby byli superwizowani u mnie, co zresztą się dzieje, a czego sama trochę nie rozumiem.

Praca z tą superwizantką uświadomiła mi, że to tylko jeden z przejawów wykluczenia ze względu na uzależnienie – miewam bowiem pacjentów „odesłanych” do mnie przez swoich psychoterapeutów (różnych nurtów), często po długoletnim procesie wspólnej pracy, po to aby „zrobić coś z uzależnieniem”. Wiem, że istnieją ośrodki, w których zatrudnia się specjalistów psychoterapii uzależnień do pracy nad uzależnieniem i psychoterapeutów do pracy nad innymi problemami – żeby było jasne: u tego samego pacjenta. Oznacza to, że jeden pacjent pracuje jednocześnie z dwoma terapeutami – że oni muszą sobie z tym jakoś poradzić to jedno. Ale jak sobie radzą z tym pacjenci, rozszczepiając się na osobę uzależnioną oraz posiadającą inne problemy – trudno mi to sobie wyobrazić.

\*\*\*

Chciałabym podsumować ten tekst tylko jednym zdaniem: myślę, że prawdziwa inkluzywność zaczyna się od diagnozy obszarów wykluczeń – jeśli przyjmiemy, że te obszary istnieją w osobistym doświadczeniu wielu pacjentów, będzie nam łatwiej ich nie opuszczać wtedy, kiedy nas najbardziej potrzebują.

### JOANNA WAWERSKA – KUS



pedagożka (absolwentka UW), certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, psychoterapeutka humanistyczna, superwizorka KCPU i RSPU. Prowadzi własną prywatną praktykę.

**Nina Ogińska-Bulik**

*Objawy wtórnego stresu dodatnio korelują ze wszystkimi obszarami pozytywnych zmian składających się na wtórny wzrost po traumie, a najsilniej ze wzrostem duchowości i poczucia odpowiedzialności za innych*

# DWA OBLICZA WTÓRNEJ TRAUMY

## WTÓRNA EKSPOZYCJA NA TRAUMĘ

Profesjonaliści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych sami są narażeni na konsekwencje tego rodzaju pracy, głównie o charakterze negatywnym. Wtórna traumatyzacja jest więc zagrożeniem zawodowym występującym u pracowników świadczących bezpośrednio usługi dla osób doświadczających traumy, cierpiących z powodu chorób czy umierających. Zjawisko to może także wystąpić u nieprofesjonalistów, na przykład u żon/partnerek, a także dzieci weteranów wojennych, opiekunów osób nieuleczalnie chorych czy zmagających się z niepełnosprawnością, członków rodziny, którzy towarzyszą ofiarom przestępstw, w tym przemocy.

Które grupy zawodowe są szczególnie narażone na wtórną traumę? Można tu wymienić m. in. personel medyczny (głównie ratowników medycznych), funkcjonariuszy policji pracujących z ofiarami przestępstw, ale także terapeutów, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych czy księży udzielających pomocy ofiarom traumy w ramach posługi kapłańskiej. Osoby pracujące z ofiarami traumy są narażone na nieustanne ich relacje o cierpieniu, bólu czy strachu. W pewnym sensie stają się współodpowiedzialnymi świadkami doznanych przez klientów wydarzeń. Dzięki temu pomagający zaczynają patrzeć na świat oczyma swoich ofiar i sami przeżywają podobne emocje. Co więcej, profesjonalści koncentrując się na potrzebach swoich klientów/podopiecznych, często zaniedbują własne potrzeby, odkładają na bok swoje problemy i odczucia, bowiem najważniejszy jest klient. Ponad-



to ponoszą ciężar odpowiedzialności za udzielenie profesjonalnej pomocy. W ten sposób pomagając innym, sami mogą stać się ofiarami traumy.

## NEGATYWNE KONSEKWENCJE WTÓRNEJ EKSPOZYCJI NA TRAUMĘ

Negatywne konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę są odzwierciedlane przede wszystkim w postaci wtórne-

go stresu traumatycznego. Wtórny stres traumatyczny (*Secondary Traumatic Stress – STS*), określane także jako wtórne zaburzenie pourazowe (*Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD*), jest traktowany jako naturalna reakcja pomagających wynikająca z traumatycznego zdarzenia doświadczonego przez innych (Figley, 1999). Pojęcie wtórnego stresu traumatycznego poprzedzał wprowadzony przez Figleya termin

zmęczenie współczuciem (*Compassion Fatigue*).

Objawy wtórnego stresu traumatycznego są analogiczne jak w przypadku zespołu stresu pourazowego (*Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD) występującego u osób, które bezpośrednio doznały traumy. Obejmują one, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (APA, 2013), objawy wchodzące w zakres czterech kategorii, tj. intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Występującym objawom wtórnego stresu traumatycznego mogą towarzyszyć także inne negatywne skutki odnoszące się do sfery emocjonalnej, takie jak np. poczucie horroru, gniew, przygnębienie, poczucie bezradności, objawy depresji, drażliwość. Obserwuje się również występowanie trudności z koncentracją, pogorszenie relacji z innymi, obniżenie jakości wykonywanej pracy, obniżoną satysfakcję z życia i pracy, a także wypalenie zawodowe (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Grupą zawodową, która zasługuje na szerszą uwagę, są terapeuci. Ich praca nabiera aktualnie szczególnego znaczenia, tj. w sytuacji toczącej się wojny na Ukrainie i licznej grupy uchodźców uciekających ze strefy działań wojennych (Ogińska-Bulik, 2022). Wcześniejsze badania wskazują na zróżnicowane odsetki osób reprezentujących tę grupę zawodową, u których występuje wtórny stres traumatyczny<sup>1</sup>.

Dla przykładu z danych ujawnionych przez Pearlman i Mac Ian (1995) wynika, że aż 62% badanych terapeutów ujawniło znaczący poziom symptomów wtórnego stresu traumatycznego. Wyniki badań uzyskane przez Manning-Jones (2017) wykazały, że terapeuci/doradcy uzyskali nieco niższy wynik w zakresie wtórnego stresu traumatycznego niż pracownicy socjalni i przedstawiciele personelu medycznego, ale wyższy w porównaniu z grupą psychologów.

Z kolei z badań Daniels (2006) wynika, że jedynie 9% terapeutów specjalizujących się w terapii traumy wykazywało wysokie nasilenie tych ob-

jawów. Duże zróżnicowanie wyników w zakresie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego wśród terapeutów może wynikać m. in. ze stosowania różnych narzędzi pomiaru, różnego czasu badania tych objawów, a także miejsca i czasu prowadzonej terapii.

Pozytywne konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę

Pomaganie ofiarom traumy może być również źródłem pozytywnych zmian potraumatycznych, odzwierciedlanych w postaci wtórnego/zastępczego wzrostu po traumie (*Secondary/Vicarious Posttraumatic Growth* – VPTG), będącego odpowiednikiem potraumatycznego wzrostu (*Posttraumatic Growth*) obserwowanego u bezpośrednich ofiar traumy. Ponieważ wtórny wzrost potraumatyczny dotyczy przede wszystkim przedstawicieli określonych zawodów, stosowany jest również termin „profesjonalny wzrost potraumatyczny” (*Professional Posttraumatic Growth*). To stosunkowo nowe zjawisko i dotychczas przeprowadzono niewiele badań w tym zakresie. Występujące pozytywne zmiany, podobnie jak w przypadku potraumatycznego wzrostu wynikającego z bezpośrednio doświadczonych zdarzeń, odnoszą się do trzech obszarów funkcjonowania człowieka, tj. percepcji siebie, relacji z innymi i filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun, 2004). Prowadzone w tym zakresie badania potwierdzają występowanie wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych wśród profesjonalistów pracujących ze strauumatyzowanymi klientami.

Wywiady przeprowadzone z terapeutami pomagającymi ofiarom traumy po doznanej przemocy (Arnold i in., 2005; Hyatt-Burkhart, 2013) wskazały na występowanie u nich wzrostu tolerancji i empatii, czyli wrażliwości i współczucia, większej tolerancji w stosunku do innych i wzrostu zaufania do siebie. Zmiany te sprzyjają lepszemu rozumieniu ofiar traumy, akceptacji ich reakcji i zachowań oraz uznania ich zdolności do radzenia sobie. Niektórzy z badanych terapeutów podkreślali, że w wyniku pracy ze strauumatyzowanymi klientami zaczęli bardziej doceniać własne życie i starać się więcej z niego czerpać.

Inni zauważyli zwiększoną świadomość występowania negatywnych konsekwencji tego rodzaju pracy, jednak ta

świadomość prowadziła do głębszego rozumienia złożoności całego spektrum ludzkiego funkcjonowania.

Badani terapeuci dostrzegali także występowanie u siebie zmian duchowych, przejawiających się przede wszystkim w pogłębionej wierze. Co więcej, terapeuci podkreślali, że to właśnie zaobserwowane zmiany duchowe występujące u ich klientów przyczyniły się do rozszerzenia i pogłębienia ich własnych poglądów i przekonań dotyczących duchowości i religijności. Tego typu obserwacje wskazują na możliwość transmisji pozytywnych zmian z ofiar traumy na profesjonalistów. Może to także świadczyć o zdolności osób pomagających do „zarażania się” pozytywnymi zmianami potraumatycznymi, obserwowanymi wśród swoich podopiecznych.

W badaniach przeprowadzonych wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym i pracujących z ofiarami traumy (Froman, 2014) zaobserwowano pozytywne zmiany, które obejmowały wzrost współczucia, pogłębione rozumienie innych, zwiększone poczucie własnej skuteczności, występowanie emocji pozytywnych w sytuacji udzielenia skutecznej pomocy. Zauważono również wzrost odporności, zwłaszcza gdy podopieczni charakteryzowali się dużą skutecznością w zakresie radzenia sobie, zwiększoną wdzięczność i docenianie tego, co jest, lepsze relacje z innymi, większą zdolność do nadawania znaczenia traumatycznym sytuacjom, wzrost duchowości oraz potrzebę rozwoju własnej osobowości. Badani profesjonalści wskazywali również na większe poczucie przynależności do terapeutycznej wspólnoty oraz zwiększoną motywację do podejmowania praktyk mających na celu ochronę własnej osoby.

Inni badacze (Cohen, Collens, 2013) wskazują jeszcze na możliwość wystąpienia u pracujących z ofiarami traumy zwiększonego poczucia własnej wartości, wzrost mądrości życiowej, większą akceptację innych i wiarę w skuteczność podejmowanych działań, a także docenianie własnej pracy. Autorki dodają, że pozytywne zmiany składające się na wtórny wzrost po traumie nie pojawiają się nagle, lecz występują stopniowo, co wskazuje, że są one raczej

<sup>1</sup> przegląd takich badań szerzej przedstawiono w artykule Negatywne konsekwencje stresu zawodowego terapeutów – zjawisko wtórnej traumatyzacji (Ogińska-Bulik, 2019).

efektem długotrwałej pracy ze strauumatyzowanymi podopiecznymi.

W porównaniu do pozytywnych następstw występujących u ofiar traumy, nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych u osób pomagających wydaje się jednak niższe. Dowód stanowią badania porównawcze, przeprowadzone przez Lambert i Lawson (2013). Autorzy wykazali, że poszkodowani w wyniku huraganów przejawiali istotnie wyższe nasilenie potraumatycznego wzrostu niż osoby, które udzielały im pomocy – a dotyczyło to zarówno profesjonalistów, jak i ochotników.

Warto zwrócić uwagę, że występowanie wtórnego stresu i wtórnego wzrostu może determinować wiele czynników. To czynniki związane z wykonywaną pracą, a zwłaszcza obciążenie pracą; w przypadku terapeutów to przede wszystkim duża liczba klientów, długi czas pracy z nimi, drastyczność omawianych przypadków, a także wsparcie społeczne. Istotną rolę pełnią także właściwości podmiotowe pomagających, wśród których szczególne znaczenie przypisuje się właściwościom osobowościowym (np. prężności psychicznej, zdolności do empatii, poczuciu własnej skuteczności), a także podejmowanej aktywności zaradczej, w tym poznawczemu przetwarzaniu traumy.

Ważną rolę zdają się także pełnić własne przeżycia traumatyczne pomagających, które z jednej strony mogą zwiększyć zdolności rozumienia klienta i możliwości radzenia sobie z traumą doznaną przez innych, z drugiej jednak strony stanowią istotny czynnik ryzyka wystąpienia wtórnych zaburzeń potraumatycznych, zwłaszcza gdy własna trauma nie została „przepracowana”.

## WSPÓŁWYSTĘPOWANIE NEGATYWNYCH I POZYTYWNYCH KONSEKWENCJI WTÓRNEJ EKSPOZYCJI NA TRAUMĘ

Negatywne i pozytywne konsekwencje wtórnego ekspozycji na traumę mogą ze sobą współwystępować. Należy zwrócić uwagę, że konsekwencje pracy z ofiarami traumy nie pojawiają się od razu. Są one z reguły efektem długotrwałej pracy ze strauumatyzowanymi klientami.

Najpierw pomagający odczuwają zmiany negatywne, które przez jakiś czas się utrzymują, a następnie zaczynają stopniowo zanikać. Zmiany pozytywne pojawiają się później, początkowo w małym, a następnie w większym stopniu, czasami po kilku tygodniach, czy miesiącach, a czasami dopiero po kilku latach.

Jednakże występowanie wtórnego wzrostu nie wyklucza jednoczesnego utrzymywania się objawów wtórnego stresu. U podłoża tego procesu „przechodzenia” od zmian negatywnych do pozytywnych leży mechanizm poznawczego przetwarzania traumy. W pewnym uproszczeniu wygląda to tak, że angażowanie się w pomaganie osobom doświadczającym traumy z reguły stanowi wyzwanie dla schematów poznawczych pomagających, czyli ich oczekiwań i przekonań dotyczących świata i własnej osoby. Praca ze strauumatyzowanymi klientami może prowadzić do występowania zakłóceń w posiadanych schematach. Zakłócenia te początkowo prowadzą do dystresu, którego skutkiem są objawy wtórnego stresu, a następnie – poprzez procesy przetwarzania poznawczego – głównie poprzez ruminowanie o zdarzeniach doświadczonych przez innych – do

wystąpienia pozytywnych zmian w postaci wtórnego wzrostu (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010). Tym samym wtórny stres traumatyczny jawi się jako katalizator wtórnego wzrostu potraumatycznego. Podkreśla się także, że współwystępowanie wtórnego stresu i wtórnego wzrostu może leżeć u podłoża innych aspektów funkcjonowania jednostki – zarówno tych negatywnych, jak depresja czy lęk, jak i pozytywnych, jak nadawanie znaczenia czy satysfakcja z pracy i życia.

## BADANIA WŁASNE<sup>2</sup>

Przeprowadzone badania obejmowały pięć grup profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (n=500), obejmujących terapeutów, personel medyczny, tj. ratowników medycznych i zespół pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz kuratorów sądowych. Wykorzystano w nich nowe narzędzia pomiaru, tj. Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego – IWST (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020) oraz Inwentarz Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego – IWWP (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020, 2022). Uzyskane wyniki w zakresie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego prezentuje **tabela 1**, a wtórnego wzrostu po traumie **tabela 2**.

Najwyższe nasilenie objawów wtórnego stresu zanotowano u ratowników medycznych i personelu pielęgniarskiego. Z kolei grupa terapeutów uzyskała najniższe wyniki, istotnie różne od wszystkich pozostałych grup, choć należy zwrócić uwagę na wyso-

<sup>2</sup> Całość badań została przedstawiona w książce *Kiedy trauma innych staje się własną*. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych, autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego

**Tabela 1. Wtórny stres traumatyczny wśród profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych**

	Wtórny stres – ogółem		Intruzja		Unikanie		Zmiany w poznaniu		Zmiany w pobudzeniu	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. Terapeuci	11,5	11,4	3,19	3,01	0,94	1,23	3,64	4,01	3,79	4,67
2. Ratownicy medyczni	31,9	18,3	7,77	4,71	3,09	2,07	10,7	6,80	10,3	5,97
3. Personel pielęgniarski	28,2	15,4	7,68	4,43	3,43	2,18	8,66	5,60	8,45	5,49
4. Pracownicy socjalni	25,3	13,6	6,88	4,18	2,92	1,93	7,66	5,28	7,84	5,06
5. Kuratorzy sądowi	22,0	13,4	6,25	3,76	3,15	2,07	5,76	4,67	6,84	5,34
	F = 25,03; p < 0,001		F = 17,77; p < 0,001		F = 21,86; p < 0,001		F = 25,48; p < 0,001		F = 18,84; p < 0,001	
	1 < 2-5; 2, 3 > 4, 5		1 < 2-5; 2 > 5		1 < 2-5		1 < 2-4; 2 > 4, 5 3 > 5		1 < 2-5; 2 > 4, 5	

Oznaczenia: M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; F – test F Fishera

ką wartość odchylenia standardowego, co wskazuje na duże zróżnicowanie wyników w tej grupie badanych. Pracowników socjalnych i kuratorów sądowych charakteryzuje podobne nasilenie wtórnego stresu. Jest ono zdecydowanie wyższe niż u terapeutów, zaś niższe niż w przypadku personelu medycznego.

Przeprowadzone badania potwierdziły występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wśród profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (tabela 2).

Terapeuci i personel pielęgniarski uzyskali najwyższy wynik w Inwentarzu Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego, z kolei pracownicy socjalni najniższy. Grupa terapeutów ujawniła największe zmiany w czynniku 1. – „stawianie sobie nowych wyzwań i wzrost kompetencji zawodowych” oraz w czynniku 4. – „wzrost akceptacji siebie i działań na rzecz innych” – które są istotnie wyższe niż w pozostałych grupach. Równocześnie w grupie te-

rapeutów widoczne są najniższe zmiany w czynniku 2., odnoszącym się do wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych. Nasilenie wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych w pozostałych grupach zawodowych nie różni się od siebie.

Biorąc pod uwagę ustalony dla Inwentarza Wtórnego Stresu Traumatycznego punkt odcięcia (wynoszący 33 pkt) oraz normy stenowe opracowane dla Inwentarza Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego, można wskazać prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia po wtórnym stresie pourazowym, jak i występowanie wysokiego poziomu wtórnego wzrostu. Dane te dla uwzględnionych w badaniu pięciu badanych grup przedstawia tabela 3.

Wysokie ryzyko wystąpienia wtórnych zaburzeń potraumatycznych ujawnia 29% badanych, a najbardziej narażonymi na ich występowanie są przedstawiciele personelu medycznego, tj. ratownicy medyczni i pielęgniarki. To

dwie grupy, które jednocześnie ujawniają duże zdolności spostrzegania u siebie pozytywnych zmian wynikających z pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Z kolei w grupie terapeutów występuje najniższe ryzyko występowania zaburzeń po wtórnym stresie urazowym i jednocześnie najwięcej przedstawicieli tego zawodu ujawnia wysoki wtórny wzrost po traumie.

Uzyskane wyniki nie zaskakują. Terapeuci są bowiem bardziej odległymi świadkami zdarzeń, w porównaniu z personelem medycznym. Najczęściej wysłuchują opowieści o doznanych przez klientów zdarzeniach w zaciszu własnego gabinetu, co sprawia, że obciążenie jest mniejsze.

Ponadto, terapeuci, wśród których jest wielu psychologów, stanowią grupę zawodową o największych kompetencjach w zakresie pomagania ofiarom traumy. Posiadają nie tylko dużą wiedzę na temat zagrożeń wynikających z pomagania innym, ale również dysponują

**Tabela 2. Wtórny wzrost po traumie wśród profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych**

	Wtórny wzrost – ogółem		Nowe wyzwania		Wzrost duchowości		Większe zaufanie		Wzrost akceptacji	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. Terapeuci	33,4	12,7	9,09	3,47	4,38	4,18	10,1	3,96	9,80	4,17
2. Ratownicy medyczni	30,7	12,7	7,33	3,34	7,12	3,84	8,53	3,86	7,77	3,74
3. Personel pielęgniarski	33,9	10,5	8,32	2,93	7,31	4,42	9,51	3,28	8,74	3,13
4. Pracownicy socjalni	28,5	11,8	6,82	3,24	5,23	3,96	9,29	4,27	7,17	3,73
5. Kuratorzy sądowi	30,4	11,9	7,99	3,09	4,97	4,13	9,35	4,21	8,09	3,75
	F = 2,83; p < 0,05		F = 6,58; p < 0,001		F = 9,67; p < 0,001		F = 2,07; ni		F = 6,24; p < 0,001	
	1, 3 > 4		1 > 2, 4, 5		2, 3 > 1, 4–5				1 > 2, 4, 5	

Oznaczenia: jak w tabeli 1

**Tabela 3. Diagnoza wtórnego stresu i wzrostu (w %) w badanych grupach**

	Wtórny stres	Wzrost
Terapeuci	7,5	47,5
Ratownicy medyczni	45,8	28,3
Personel pielęgniarski	40,0	43,1
Pracownicy socjalni	27,4	25,3
Kuratorzy sądowi	22,9	31,4
Ogółem	29,0	33,6

odpowiednimi umiejętnościami radzenia sobie z sytuacjami traumatycznymi doświadczanymi przez innych. Należy także podkreślić, że wielu terapeutów korzysta z superwizji stanowiącej rodzaj wsparcia społecznego, co dodatkowo może sprzyjać występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych.

**Tabela 4. Współczynniki korelacji (r Pearsona) wtórnego stresu i wtórnego wzrostu**

	Wtórny wzrost – ogółem	Nowe wyzwania	Wzrost duchowości	Większe zaufanie	Wzrost akceptacji
Wtórny stres – ogółem	0,22***	0,14**	0,27***	0,14**	0,13**
Intruzja	0,26***	0,19***	0,25***	0,17***	0,20***
Unikanie	0,17***	0,15***	0,18***	0,12**	0,10*
Zmiany poznawcze	0,15***	0,08	0,24***	0,09	0,07
Zmiany w pobudzeniu	0,20***	0,11**	0,26***	0,14**	0,10*

\*\*\* p<0,001; \*\* p<0,01; \* p<0,05



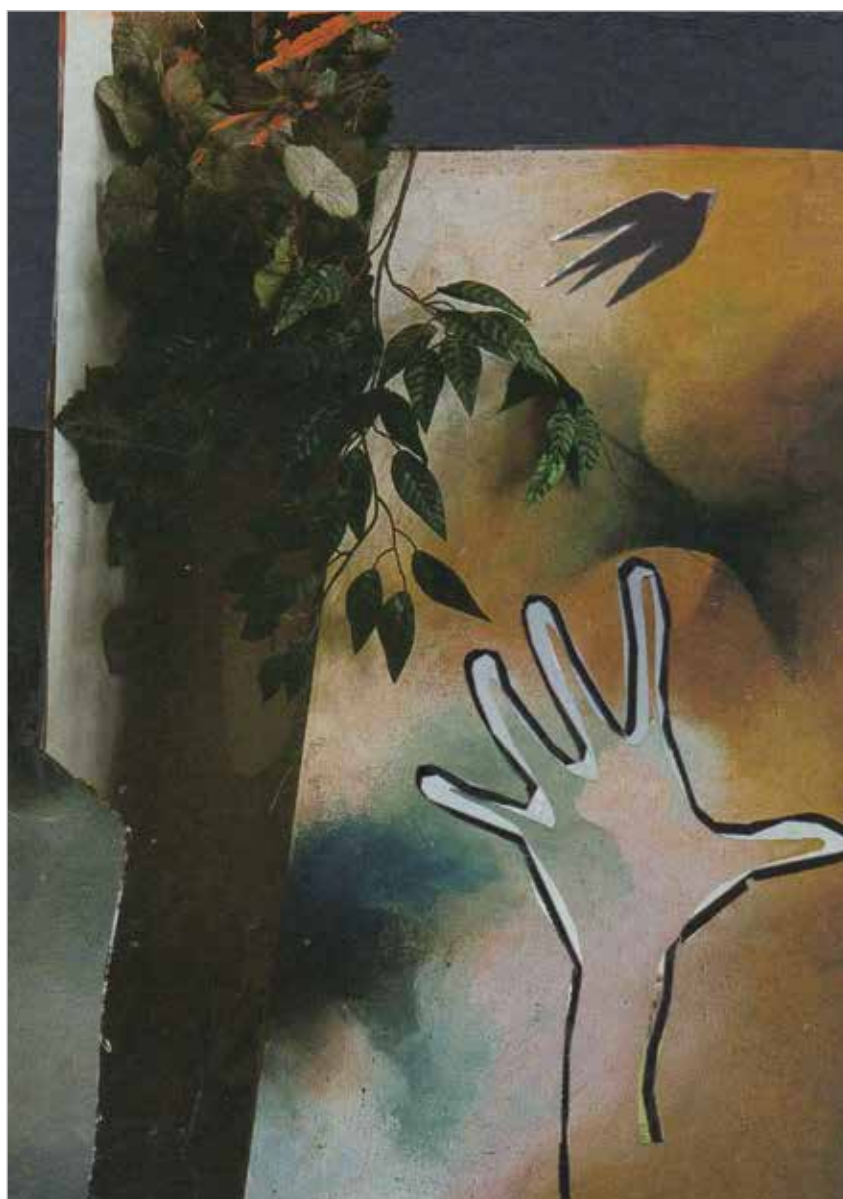
Sprawdzono także, czy objawy wtórnego stresu traumatycznego są powiązane z wtórnym wzrostem po traumie. Wyniki dotyczące całej grupy badanych profesjonalistów (n=500) prezentuje **tabela 4**.

Wyniki zamieszczone w tabeli 4 potwierdzają występowanie pozytywnego związku między wtórnym stresem i wtórnym wzrostem. Objawy wtórnego stresu dodatkowo korelują ze wszystkimi obszarami pozytywnych zmian składających się na wtórny wzrost po traumie, a najsilniej ze wzrostem duchowości i poczucia odpowiedzialności za innych. Uwzględniając związki wtórnego wzrostu z poszczególnymi kategoriami objawów wtórnego stresu, daje się zauważyć, że najwyższe wartości współczynników korelacji dotyczą intruzji, a najniższe – negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej.

Ponadto, negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjach są powiązane tylko z jednym czynnikiem wtórnego wzrostu, czyli duchowością i poczuciem odpowiedzialności za innych, natomiast nie wiążą się z pozostałymi obszarami.

## ZAPOBIEGANIE OBJAWOM WTÓRNEGO STRESU I PROMOWANIE WZROSTU PO TRAUMIE

Grupy profesjonalistów szczególnie narażone na wtórną traumę, a przede wszystkim przedstawiciele służb ratowniczych, ale także pracownicy socjalni, czy kuratorzy sądowi powinni być objęci oddziaływaniami mającymi na celu zapobieganie i redukcję objawów wtórnego stresu oraz promowanie wzrostu po traumie. Interwencje te mogą mieć charakter ogólny, a więc mogą być skuteczne, niezależnie od tego, czy pomagający wykonuje zawód pielęgniarstwa, ratownika medycznego, pracownika socjalnego czy terapeuty. Proponowane oddziaływania zarówno na poziomie organizacji, jak i jednostki zostały przedstawione w artykule *Negatywne konsekwencje stresu zawodowego terapeutów – zjawisko wtórnej traumatyzacji* (Ogińska-Bulik, 2019) oraz w książce *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych* (Ogińska-Bulik, Juczyńskiego, 2020). Ogólnie dotyczą one



zmniejszenia obciążenia pracą – na tyle – na ile to możliwe, ale przede wszystkim wzmocnienia zasobów osobistych i zwiększenia kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumą, zarówno własną, jak i innych. Należy także podkreślić, że podejmowane interwencje mogą również zapobiegać innym negatywnym skutkom stresu zawodowego, w tym wypaleniu zawodowemu.

### PROF. DR HAB. NINA OGIŃSKA-BULIK



psycholog, autorka ponad 300 publikacji, od wielu lat prowadząca badania w zakresie doświadczania traumy i jej konsekwencji, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

## BIBLIOGRAFIA

1. APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington: DC.
2. Arnold D., Calhoun L.G., Tedeschi R., Cann A. (2005). *Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy*. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239–263.
3. Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G. (2010). *The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations*. In: Weiss T., Berger R. (eds), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (p.1–14). New Jersey: John Wiley & Sons.

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

## SUPERWIZJA W OBLICZU TRAUM

Bożena Maciek – Haściło

ŚWIAT, KTÓRY ZNALIŚMY,  
PRZESTAŁ ISTNIEĆ

24 lutego wybuchła wojna. Prowadziłam wtedy szkolenie na temat zastosowania teorii więzi i przywiązania w pracy z pacjentami uzależnionymi. Usiedliśmy w kręgu i powoli każdy z nas próbował opisać, co przeżywa – pojawiło się dużo lęku, przerażenia i bezradności. Z ostrożnością dotykaliśmy – czule dbając o nasza kruchę, a jakże wtedy potrzebną grupową spójność – obszarów bezradności. Ujawniły się historie traum wojennych „drzemiacze” dotąd w naszych rodzinnych świadomościach, które nagle stawały się jakąś wspólną historią. Praca przebiegała w szczególnej atmosferze intymności i bliskości. Wszyscy podpisaliśmy się pod zdaniem jednego z uczestników, że „świat, który znaliśmy, przestał istnieć”.

Dwa tygodnie później prowadziliśmy kolejną część tego szkolenia. W tej pracy było więcej pragmatyzmu i sposobów radzenia sobie z bezradnością, takich pochodzących ze znanych i sprawdzonych mechanizmów obronnych, ale również spakowanych plecaków, w których poza paszportami i dyplomami było coraz więcej tłumionego lęku. Pojawiła się także złość, głównie kierowana w stronę rosyjskiego przywódcy.

W tym czasie ujawniła się narodowa solidarność w zbieraniu funduszy, oferowaniu dachu nad głową czy bezpłatnej pomocy. Terapeuci (tak jak ich pacjenci) zapraszali wojennych uchodźców do domu, szli na dworce, ogłaszali bezpłatne godziny pomocy, równocześnie pomieszczali wszystko to, co wnosili ich pacjenci w terapeutyczne procesy. Taka sytuacja czasem bardzo zachęcała do uproszczeń. Trudno im było bowiem utrzymać uważność i pomoc swoim pacjentom w doświadczaniu ambiwalencji, choćby pragnieniu pomocy i lęku przed jej trudem i odpowiedzialnością.

Dziś mamy 100 dni wojny. Coraz rzadziej mówimy o lęku, coraz mniej o złości. Wojna nieznacznie przebija się w treściach prezentowanych przez superwizantów. Dużo więcej za to oznak wyczerpania, zmęczenia, niechęci.

W doświadczeniu superwizji tych ostatnich miesięcy chciałabym zwrócić uwagę na dwa, zapewne z wielu aspektów, które się w nim ujawniały. Pierwszy to zjawisko wtórnej traumatyzacji. Zachęcam do zapoznania się z pracami prof. dr hab. Niny Ogińskiej – Bulik.<sup>1</sup> Wydaje się, że u części terapeutów mogliśmy obserwować jej objawy już w początkowym okresie, kiedy na nieregenerowane zmęczenie pandemią nastąpiło kolejne wyzwanie związane z obecnością przy lękach pacjentów. Tych związanych z wojną, a jeszcze bardziej przy traumach, które podłączyły się do ich aktualnych przeżyć. Łatwiej było mimo wszystko pomieszczać jednak wyrażone uczucia. Dużo bardziej obciążającymi były te, których pacjenci wprost nie byli w stanie wyrazić. W trakcie superwizji wybrzmiewały więc pytania: *Czy wnosić temat wojny, kiedy pacjent go nie wnosi? Czy pracować z pojawiającymi się traumami, czy pozostać w aktualnych problemach? Co robić, gdy wojna staje się obroną przed innymi ważnymi treściami i doświadczeniami w danym momencie terapii?* Odkrywaliśmy przy tym, na ile wyczerpanie terapeutów pochodzi z ich własnych przeżyć, a na ile z przeżyć pacjentów.

To o tyle ważne, że po pandemii, w ogólnym zaniedbywaniu się naszego środowiska, spotkaliśmy się w gabinetach ponownie z sytuacją, która dotyczyła w takim samym stopniu (i w tym

samym momencie) naszych pacjentów i nas. Pomagałam terapeutom być jak najlepszymi pomagaczami, jednak zachęcałam też, by zatrzymywali się i sprawdzali, w jaki sposób radzą sobie ze swoim stresem. Niestety, stopień dbania o siebie wśród terapeutów jest cały czas niewystarczający.

Drugi aspekt, który mnie zaciekawia, to pojawiające się uczucia złości, nienawiści i wrogości. Sprawą często pomijaną w pracy terapeutycznej była złość i impulsy agresywne. Złość i nienawiść kumulowała się wokół Putina i Rosjan. Trudniej było terapeutom zobaczyć ze swoimi pacjentami (może również w sobie), że złość jest w każdym z nas.

Na jednej z superwizji grupy terapeutycznej została przywołana sytuacja pochodzącej z Rosji pacjentki, jawnie antyputinowskiej, mieszkającej od wielu lat w Polsce. Przyszła na spotkanie po wybuchu wojny i powiedziała, jak dużo trudnych uczuć zostało skierowane do niej ze strony Polaków. Mimo, że na grupie otrzymała dużo zrozumienia i wsparcia, powiedziała jednak „w każdym z Was też jest Putin”.

Rozmawialiśmy więc podczas superwizji o agresji. Wiemy przecież, że to, co nieświadome, ma większą siłę i moc, oglądanych w sytuacjach terapeutycznych, ale i szerzej między nami w świecie. Jednym ze „sposobów” radzenia sobie dziś z wojną jest odsunięcie jej na plan dalszy, choć ludzie zabijają się dalej.

## BOŻENA MACIEK – HAŚCIŁO



jest psychoterapeutką, superwizorką psychoterapii PTP, superwizorką terapii uzależnień. Pracuje w zespole Laboratorium Psychoedukacji, kieruje Poradnią Uzależnień i Współuzależnienia w Sremie.

<sup>1</sup> Ogińska-Bulik N., Negatywne konsekwencje stresu zawodowego terapeutów – zjawisko wtórnej traumatyzacji. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6/2019, 6-9.

Jolanta Ryniak

# SUPERWIZJA W OBLICZU KRYZYSÓW

Zyjemy w czasach dużych przeciążeń wynikających z niepewności jutra (pandemia, wojna, kryzys gospodarczy, utrudnienia w budowaniu relacji, przeciążenie pracą, codzienne obawy, zmiany planów, nowe wymagania itd.). Na przestrzeni minionych dwóch lat były to tematy wnoszone na przez superwizantów w trakcie spotkań superwizyjnych, szczególnie w pierwszej fazie po pojawieniu się danego zjawiska kryzysowego. Zwykle część superwizji poświęcana była omówieniu różnych trudności z perspektywy osobistej superwizanta. Zadanie pytania „jak się czujesz?” stawało się przyczynkiem do rozmowy, czasem przestrzenią do odreagowania emocji, podzielenia się myślami i spostrzeżeniami. Budowało się poczucie, że rozmawiając o trudnościach, w których wszyscy uczestniczymy, wzrasta bezpieczeństwo i oparcie w sobie wzajemnie, pogłębia się zaufanie. Obserwowałam, że dla części superwizantów pytanie o samopoczucie i ich sytuację emocjonalną powodowało pewien rodzaj zakłopotania, co stawało się zwykle powodem do rozmowy o ujawnianiu emocji, ujawnianiu siebie, granicach osobistych itp. Wymagało to uważności superwizora na potrzeby superwizanta lub grupy superwizyjnej.

W tym czasie superwizanci zgłaszali większe zmęczenie, poczucie nieprzewidywalności, starali się sprostać pojawia-

jącym się nowym wyzwaniom, zarówno na poziomie organizacyjnym, jak również emocjonalnym, szczególnie w relacji z pacjentami. Powodowało to czasem chroniczne przeciążenie i konieczność dania sobie przyzwolenia dotyczącego zadbania o siebie. To jest przecież wymogiem etyki zawodowej, o czym łatwo było zapomnieć w sytuacji naporu wymagań zawodowych i oczekiwań innych osób.

Treścią sesji superwizyjnych w kryzysie pandemicznym było niejednokrotnie omawianie renegotjacji kontraktu terapeutycznego, zmiany dotyczącej settingu, omawianie bieżących spraw pacjenta lub też aktywującej się traumy itp. Uczyliśmy się nowych rzeczy, dostosowywaliśmy dotychczasowe narzędzia pracy do nowej rzeczywistości. Mam poczucie, że ciągle jest okres intensywnego uczenia się, pojawiająca się równowaga i nowe sposoby radzenia sobie nieustannie poddawane są próbie. Superwizja dawała przestrzeń do omawiania różnych wątpliwości oraz frustracji wnoszonych przez superwizantów.

To, co pomocne było w tym trudnym czasie, to spotkania koleżeńskie, dzielenie się nową wiedzą i przeżyciami, szkolenia, konferencje, nawet te w formie zdalnej. Spotkania, szczególnie w ramach superwizji grupowej lub zespołowej, przynosiły z czasem satysfakcję i ulgę.

Superwizja stawała się przestrzenią do tego, aby wspólnie poddawać reflek-

sji pojawiające się emocje związane z przeciążeniem pracą zawodową i naruszeniem poczucia bezpieczeństwa. Im mocniejszy był sojusz superwizyjny, tym więcej trudnych emocji udawało się omawiać w trakcie spotkań. Podzielenie się swoimi przeżyciami z innymi specjalistami, dawało możliwość udrożnienia tematów związanych z bezradnością, lękiem, poczuciem zagrożenia w relacjach psychoterapeutycznych. Niejednokrotnie superwizja stawała się przestrzenią do omawiania i reflektowania ujawniających się procesów równoległych.

Z kolei będąc w pozycji superwizanta, mogę stwierdzić, że regularne superwizje koleżeńskie oraz superwizje w zespole terapeutycznym, w trakcie których omawiałam trudności w pracy zawodowej oraz w procesach psychoterapeutycznych, dawało mi szansę na lepsze funkcjonowanie w roli zawodowej. Te superwizje umacniały oparcie w sobie, jak również w innych członkach zespołu terapeutycznego.

## JOLANTA RYNIAK



Specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeutką i superwizor-aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, trener PTP i Ecole Européenne de Psychotherapie Socio- et Somato-Analytique.

Serafin Olczak

# „WOJNA NIE MA W SOBIE NIC Z KOBIETY”

Swietłana Aleksijewicz

Tytuł świetnej skądinąd książki białoruskiej noblistki przyszedł mi do głowy, kiedy zacząłem zastanawiać się nad obecnym stanem

wojny i jej wpływem na procesy psychoterapii prowadzone przez terapeutów, jak i procesy superwizji tych terapii. Można pomyśleć, że wojna jest stanem

działania, w którym nie ma miejsca na receptywność. Receptywność i zdolność pomieszczenia jest kluczowa dla rozwoju funkcji psychicznych, w tym myślenia.

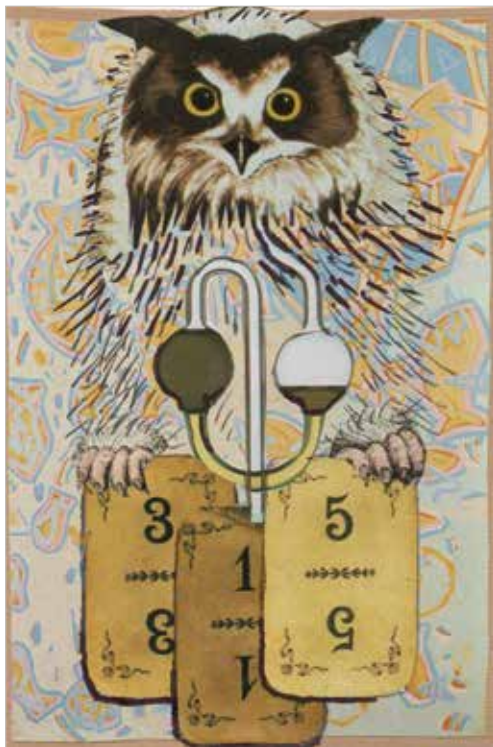
To właśnie możliwości receptywności i kontenerowania były najbardziej zakłócane od momentu wybuchu wojny.

Pisząc o wojnie, mam oczywiście na myśli tę toczącą się obecnie w Ukrainie. Wydaje mi się jednak, że na obecny stan umysłu pacjentów, terapeutów oraz rzecz jasna superwizorów wpływa szerzej pojmowany stan wojny.

Świat jest w stanie wojny od grudnia 2019. Najpierw zmagaliśmy się z pandemią Covid-19. Wydawało się, że najgorsze mamy za sobą, że odetchniemy z ulgą i odbudujemy własne wewnętrzne zasoby oraz przestrzeni pomieszczających.

Niestety Rosja zaatakowała naszego wschodniego sąsiada. Większość z nas zareagowała szokiem. Pojawiły się bardzo intensywne emocje związane z lękiem, bezradnością, agresją. Wiele osób z odurzenia serca włączyło się w różne akcje o charakterze pomocowym dla uchodźców, dla osób walczących na wojnie. Wydaje się, że w tym czasie działanie przeważało nad myśleniem. To oczywiście zgodne z teoriami dotyczącymi kryzysów, kiedy działanie staje się naturalną formą obrony przed bezradnością. Z biegiem czasu mobilizacja zaczęła ustępować zmęczeniu i coraz większemu wyczerpaniu. Kontener się przepełnił, a pomieszczenie przestawało pełnić swoje funkcje.

Można powiedzieć za Bionem, że: „do pomyślenia najbardziej niepokojących myśli potrzeba dwóch umysłów” (1). Kiedy te umysły mogą się spotkać, dochodzi do mentalizacji, którą można opisać jako „przechowywanie obrazu umysłu w umyśle” (2). Dzięki temu trzymaniu może rozwijać się spójne, zdrowe Ja drugiego człowieka. Na proces mentalizacji ogromnie wpływa napięcie i pobudzenie, które jest odwrotnie proporcjonalne do zdolności mentalizowania. Im wyższe napięcie, tym zdolności mentalizacyjne maleją. Dlatego też człowiek potrzebuje drugiego umysłu, aby uczyć się regulować swoje stany wewnętrzne. Drugiego, a może nawet trzeciego. Dotyczy to przecież triady: pacjent, terapeuta i superwizor. Wszyscy jesteśmy zanurzeni w tej samej rzeczywistości zewnętrznej – rzeczywistości pandemii i wojny.



Przeciążeni terapeuci w terapii spotykali przeciążonych pacjentów i dzielili z nimi lęk oraz bezradność. W takim stanie przychodzili do równie przeciążonego superwizora. Wielu pacjentów, terapeutów jak i superwizor nie mogło oderwać się od serwisów informacyjnych, co intensyfikowało trudne do pomieszczenia uczucia. Opiswane sesje przypominały wówczas raczej działania w duchu interwencji kryzysowych niż psychoterapii prowadzących do wglądu. Superwizorani terapeuci zgłaszali często problem zagubienia, niepewności, bezradności w kontaktach z pacjentami. Jednocześnie wojna była naturalnym kontekstem zewnętrznym, do którego odnoszone były pojawiające się w terapii problemy.

Jednak zgodnie z podejściem psychoanalitycznym do traumy „poważne przeżycia traumatyczne na pewno obudzą przytłumione cierpienia i konflikty z dzieciństwa” (3). Superwizorani terapeuci relacjonowali powracające historie urazów pacjentów nie tylko z okresu dzieciństwa, ale również tzw. traum transgeneracyjnych związanych z doświadczeniami wojny w rodzinie.

W czasie działania na dalszy plan schodzą konflikty intrapsychoiczne. Częściej pojawiały się doznania o charakterze somatycznym. Pacjenci skarżyli się na bóle głowy, zaburzenia snu, bóle brzucha, czyli objawy kojarzone

z podwyższonym poziomem napięcia i lęku.

Wspólnym wątkiem wielu prowadzonych przeze mnie superwizji było również nasilenie objawów depresyjnych u pacjentów, towarzyszące im poczucie wyczerpania i egzystencjalnych lęków: o zdrowie, życie, dotyczących samotności oraz utraty poczucia bezpieczeństwa. Terapeuci czuli się zalewani lękiem pacjentów, a często i własnym.

W związku z tym wyzwaniem w superwizji, w moim odczuciu, było znalezienie przede wszystkim przestrzeni pomieszczającej stany terapeutów – przy zachowaniu granic relacji superwizyjnej. W superwizji czułem się często zapraszany do roli obiektu wspierającego, towarzyszącego tym stanom bezradności. Wspólne bycie, przyglądanie się stanom wewnętrznym terapeuty i pacjenta, w prowadzonych terapiach, stwarzało możliwość wspólnego mentalizowania tych procesów. Dzięki temu, w moim odczuciu, było możliwe odzyskiwanie przestrzeni do pomieszczenia trudnych emocji i redukcji napięcia.

Kolejnym tematem wojennym pojawiającym się w superwizjach terapii była fala uchodźców i uczucia z nią związane, które towarzyszyły pacjentom. Poza kontynuacją problemów z kontenerowaniem pojawiły się wątki dotyczące hojności, zawiści i skąpstwa, ale to już temat na zupełnie inną opowieść.

## BIBLIOGRAFIA

1. Thomas H. Ogden „Ponowne odkrywanie psychoanalizy” (s.111), wyd. Ingenium 2010
2. Jon G. Allen, Peter Fonagy, Anthony W. Bateman “Mentalizowanie w praktyce klinicznej” (s. 27), wyd. UJ 2014
3. Caroline Garland „Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne” (s.14) wyd Ingenium 2013

## SERAFIN OLCZAK



Psycholog, psychoterapeuta, specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, superwizor aplikant psychoterapii PTP. Na co dzień kieruje Ośrodkiem Psychoterapii DDA w Krakowie

**Piotr Cholerzyński**

*Pierwsze dni wojny pokazały, że mogliśmy się pogubić w płątaniu strachów i transgeneracyjnych traum swoich i klientów. Profesjonalizm mógł stanąć pod znakiem zapytania*

# KTO NAS ZAPYTA O UCZUCIA

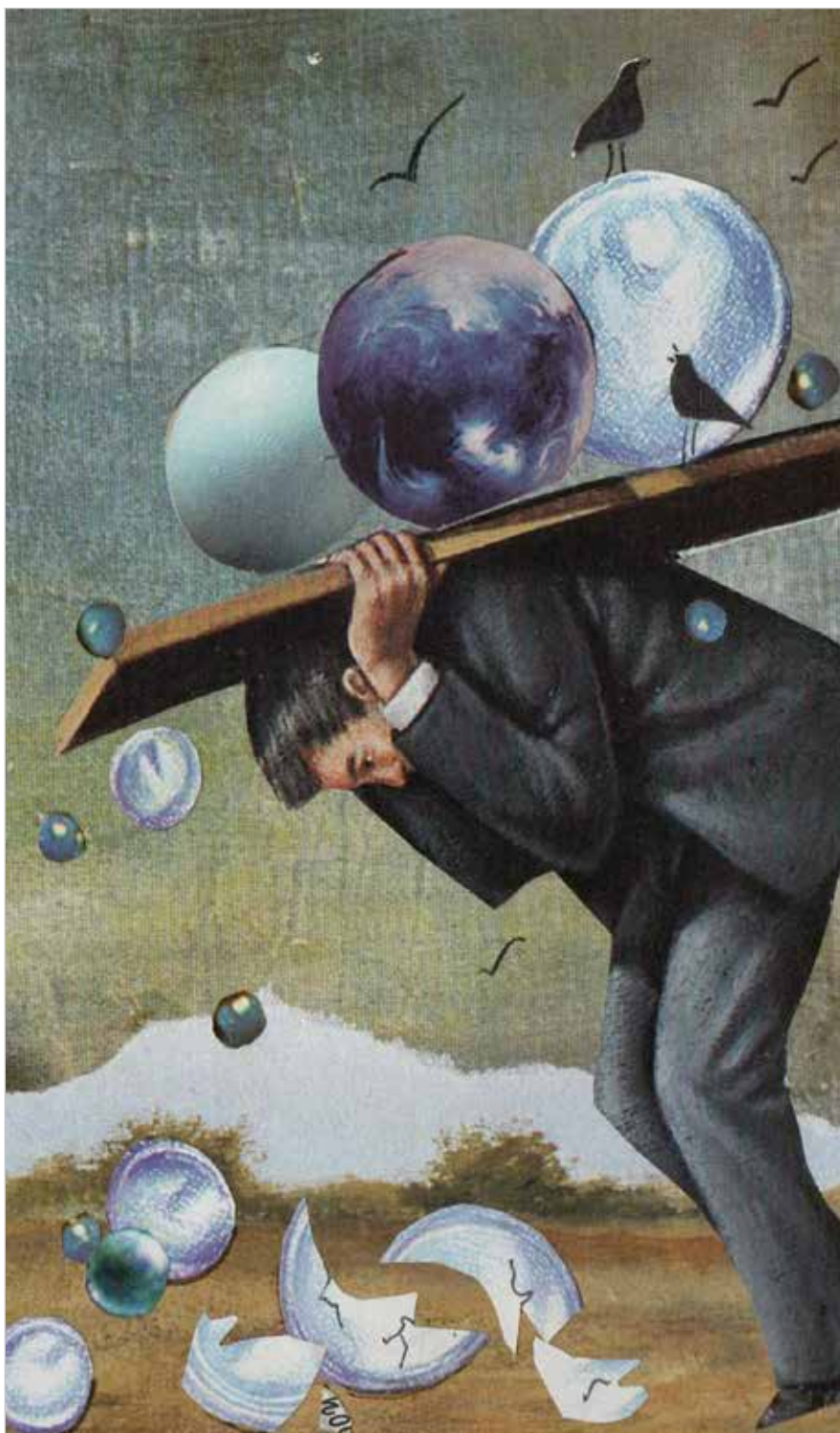
**W**ybuch wojny w Ukrainie obudził nasze demony, zachwiał zbiorowo poczuciem bezpieczeństwa na nieznaną naszemu pokoleniu skalę. W pewnym sensie znaleźliśmy to z pandemii, która pierwsza nadwyrężyła pewność stałości różnych zjawisk. Jednak przyznajmy, pandemia na początku wzbudzała w wielu ludziach fascynację, jakiś rodzaj pobudzenia i ciekawości. Szukaliśmy dobrych stron zatrzymania świata. Poza tym, nie wszyscy doświadczali zjawiska pandemii jako zagrożenia życia. Mniej więcej połowa globu nie wierzyła w to, co się działo. Doświadczaliśmy także strachu, trwogi i bezradności. Niemniej nie na taką skalę jak dziś, gdy strzały słychać na własne uszy.

Wojna przyszła jak kolejna depesza od zmęczonego świata: „Nie zrozumieliście ostrzeżenia – stop – pandemia nie wystarcza? – stop – no to macie wojnę – stop”. Błef nie błef – zadziało. Przestraszyli się wszyscy. W każdym razie wszyscy, których znam.

\* \* \*

Zaraza miała swoje prawa, dość szybko wprowadzono restrykcje, wiadomo było, co robić, żeby uniknąć ryzyka zakażenia, wymyślono szczepionkę, względnie sprawnie powracał spokój. Wirus znalazł się niejako pod kontrolą.

Wybuch wojny w sekundę zamienił ludzkość w drżącą z przerażenia masę. Nasze gabinety i sale terapeutyczne zadźwięczały od opowieści o wojennych traumach rodziców i dziadków naszych pacjentów, próbowaliśmy pomieszczać i pomagać w przetwarzaniu lęków, obsesji, trwogi, bezradności.



Próbowaliśmy, ale to się często nie udawało i nie udaje, ponieważ sami równolegle przeżywalismy i przeżywamy w dużej mierze podobne uczucia, co nasi klienci.

Jesteśmy gotowi na to, że klient przyjdzie i będzie opowiadał o czymś, co nas poruszy osobiście, co przypomni naszą historię. Jednak mamy swoją terapię, superwizję, rozwijamy się i pracujemy nad sobą, serwisujemy narzędzie, jakim jesteśmy. Potrafimy (im lepiej, tym lepiej) oddzielać doświadczenie klienta od swojego.

Pierwsze dni wojny pokazały, że mogliśmy się pogubić w płataninie strachów i transgeneracyjnych traum swoich i klientów. Profesjonalizm mógł stanąć pod znakiem zapytania. Gdy słuchałem, jak ktoś mówi, że musi kupić generator prądu, myślałem – ja również. Gdy ktoś wyrażał strach o siebie i swoich bliskich – czułem to samo.

Doświadczenie rzeczywistości przez klienta i terapeutę niebezpiecznie się przeplatało. Nie było łatwo empatyzować z bólem klienta, gdy bolało w tym samym miejscu, gdy przerażało dokładnie tak samo, gdy już nie było wiadomo, kto cierpi bardziej. Okazywało się, że podobne refleksje mieli inni terapeuci z naszej placówki.

Zazwyczaj w takich sytuacjach poddajemy się superwizji bądź co najmniej interwizji. Pierwsze superwizje zatem w tamtym czasie niemal wyłącznie poświęcone były na ochłonięcie i wzajemne wsparcie. Jednak mieliśmy poczucie, że brakuje takich spotkań. Gromadziliśmy się w socjalnym, jak przechodnie w deszczu pod daszkiem. Potrzeba bliskości i rozumienia była oczywista.

Tak właśnie powstał pomysł na grupę wsparcia dla terapeutów. Łączyły nas doznania nie do opowiedzenia w innym gronie. Oprócz tego, doświadczenie równoległe z klientem bardzo podobnych, bardzo silnych emocji w tej samej sprawie zakłócało procesy. Szukaliśmy wsparcia od siebie nawzajem i otrzymaliśmy je. Nie pierwszy raz okazało się to skuteczne, ale nigdy wcześniej nie dostrzegliśmy tak wielu wspólnych rozterek. Jeszcze tego samego dnia omówiliśmy wstępne warunki funkcjonowania grupy wsparcia dla terapeutów.

Uznaliśmy, że nie będzie prowadzących, a jedynie gospodarze, czyli członkowie zespołu Pracowni Motywacji i Zmian. To był kontrowersyjny postulat. Grupa ma nie mieć prowadzącego? Ma sama pracować? Kto nad tym zapanuje?

Kilka rzeczy wiedzieliśmy na pewno. Chcemy to zrobić, grupa ma być bezpłatna, mogą na nią przyjść terapeuci wszelkich modalności. Ostatecznie ogłoszenie na Facebooku brzmiało następująco:

*Kto nas zapyta o uczucia?  
Zapraszamy na grupę wsparcia dla  
terapeutów wszelkich modalności. Po  
prostu.*

*Pracownia Motywacji i Zmian,  
ul. Wspólna 27, Poznań  
2 i 4 wtorek miesiąca od godziny 20.00  
Pierwsze spotkanie 8 marca  
Pozwólmymy sobie potrzebować siebie  
nawzajem.*

*Nie trzeba się umawiać, nie trzeba płacić.  
Trzeba tylko BYĆ.  
Przyjdź, pobądźmy razem.  
Zespół PMiZ.*

Reakcja środowiska była gromadna, ponad sto lajków, kilkadziesiąt komentarzy wspierających idee, ogólny entuzjazm, zero sceptycyzmu.

Na pierwszym spotkaniu 8 marca br. pojawiło się kilkanaście osób pracujących w różnych miejscach, w których prowadzą psychoterapię, terapię uzależnień, dokonują interwencji i świadczą poradnictwo psychologiczne.

\* \* \*

To było osobliwe spotkanie. Wypowiadaliśmy jedynie swoje imiona, trochę jak na mityngu AA. Powoli, ostrożnie zaczęliśmy rozmawiać. Było oczywiście o wojnie i o tym, jak pomagamy osobom z Ukrainy, ale nie wyłącznie. Było też o tym, jak nie mamy siły pomagać, jak dajemy sobie prawo do tego, żeby nie angażować się w sposób nadużywający wobec siebie, jak jesteśmy zmęczeni współczuciem. Zatrzymujące i poruszające okazało się to, że ktoś przyjął rodzinę z Ukrainy, powiedział, że podejmując tę decyzję, porozmawiał z bliskimi, z dziećmi, rodziną, ale nie porozmawiał ze sobą.

Było o tym, że pandemia dała w kość, ale wojna dała w szpik, było

o własnych doświadczeniach i trochę o pacjentach.

Jedno zdanie z pierwszego spotkania utkwiło w pamięci: „Nie dam sobie odebrać ani jednego dnia więcej”. Czyli było też o tym, jak terapeuci chcą sobie radzić z tym, co dookoła. Ktoś opowiadał o tym, że rezerwuje bilety na samolot. Najwyżej nie polecą, ale jeśli nie zarezerwuje, to nie polecą na pewno.

Była też kawa i śmiech, ostatecznie swobodna atmosfera. Ciekawostką jest to, że dopiero na kolejnych spotkaniach, trochę przypadkowo zaczęły pojawiać się informacje o tym, kto gdzie pracuje, jakby to nie miało większego znaczenia w tym miejscu, w tym gronie, w tym momencie.

Omawiając spotkanie z terapeutami z Pracowni, pozostaliśmy z poczuciem pozostawania przez te półtorę godziny po obu stronach relacji – uczestnika grupy wsparcia i jednak jakoś osoby prowadzącej, bądź co najmniej odpowiedzialnej za tę sytuację.

\* \* \*

Kolejne spotkania odbywały się w formule – „chcesz – jesteś, możesz – nic nie musisz”. Jest bezpiecznie, spokojnie, dobrze. Na marginesie znalazło się to, co pierwotnie skupiało naszą uwagę; frekwencja, setting, sposób prowadzenia, co nie oznacza, że nie zastanawiamy się nad przyczynami tego, że pierwotny entuzjazm wśród potencjalnych odbiorców naszej propozycji nie przekłada się na liczbę uczestników spotkań, która mogłaby być większa.

Czerpiemy niewątpliwie korzyści z tego, że się spotykamy i dbamy o to, aby dać sobie ten czas i gotowość do dzielenia się tym, co na tych spotkaniach się pojawia, z innymi. Może to jest właśnie to, czego najbardziej potrzebowaliśmy.

Do dziś odbyło się siedem spotkań. Czekamy na Was w każdy drugi i czwarty wtorek miesiąca od 20.00. Adres jak wyżej.

#### PIOTR CHOLERZYŃSKI



*Socjolog, psychoterapeuta  
humanistyczny,  
doświadczeniowy, terapeuta  
uzależnień i superwizor  
psychoterapii uzależnień  
PARPA*

**Stanisław Pawlak**

*Pojawia się coraz więcej doniesień o potencjale substancji psychodelicznych w leczeniu lekoopornej depresji i terapii traum*

# SUBSTANCJE KATALIZATOREM ZMIANY?

*„Być może w przyszłości nauczymy się używać określonych substancji chemicznych do wywierania bezpośredniego wpływu na poziom energii i na jej rozmieszczenie w aparacie psychicznym. Niewykluczone, że istnieją inne możliwości terapeutyczne, których wciąż nie potrafimy sobie wyobrazić.”*

Zygmunt Freud (1938)

Artykuły w popularnych serwisach informacyjnych wskazują na korzystanie z substancji „objawiających umysł” z intencją docierania do zaburzonej psyche. Jest to przejawem renesansu psychodelicznego, który rozkwitł po prawie czterdziestu latach przerwy nad badaniami substancji psychodelicznych. Powodów renesansu można z pewnością wymienić kilka, to niektóre z nich:

- kryzys zdrowia psychicznego, gdzie depresja staje się chorobą cywilizacyjną,
- kryzys psychiatrii wynikający z braku skutecznych alternatyw dla leków SSRI,
- kryzys ekologiczny wynikający z dewastacji środowiska,
- kryzys wartości wynikający z izolacji od wspólnoty (duchowej, społecznej, narodowej itp.).

Przyczyn można by wypatrywać i w innych obszarach, ale to wychodzi poza ramy tego artykułu, a jego celem jest pokazanie, dlaczego psychodeliki są interesującą perspektywą w psychoterapii. Podczas badań nad użyciem substancji psychodelicznych z lat 50' i 60' przebadanych było ponad 40 tys. osób i opublikowano tysiąc artykułów o terapeutycznym potencjale klasycznych psychodelików.

Jednym z pierwszych badań po delegalizacji substancji psychodelicznych na podstawie konwencji ONZ z 1971 r. była replikacja eksperymentu sprawdzającego potencjał psylocybiny do powodowania doświadczeń mistycznych,

które to doświadczenie badani ocenili jako jedno z pięciu najważniejszych wydarzeń w ich życiu (tuż obok narodzin dziecka czy śmierci jednego z rodziców). Od 2006 r. zainteresowanie terapeutycznym i medycznym potencjałem psychodelików stale wzrasta, a status przełomowej terapii w terapii traum dla MDMA i lekoopornej depresji dla psylocybiny znacznie przyspieszył i spopularyzował temat psychoterapii z wykorzystaniem substancji psychodelicznych jako katalizatorów do terapeutycznej zmiany.

## PERSPEKTYWA PRACY ZE SZTYWNYMI SCHEMATAMI I TRAUMĄ

Przypomnę, że z greckiego *psyche* znaczy „dusza”, zaś *delos* to „objawiać, ujawniać”. Substancje psychodeliczne działają na świadomość, zmieniając percepcje, procesy poznawcze, przetwarzanie emocjonalne oraz odczucia cielesne. Ich działanie polega na zwiększeniu procesów oddolnych (wrażenia zmysłowe), co może prowadzić do wizji, złudzeń i synestezji, oraz hamowaniu procesów odgórných (założenia, sądy i oceny), co pobudza myślenie

abstrakcyjne i łączy znaczeniowo różne ciągi myślowe. Klasyczne substancje psychodeliczne, takie jak LSD, psylocybina, meskalina i DMT oddziałują na organizację całego mózgu poprzez zwiększenie aktywności receptorów serotoninowych. Tymczasowo dezorganizują duże sieci mózgowie utrzymujące codzienną świadomość. Mózg podczas doświadczenia psychodelicznego jest skomunikowany ze sobą w bardziej całościowy sposób, co widać na skanach fMRI. **[FOTO 1]**

Funkcjonowanie mózgu na doświadczeniu psychodelicznym przypomina przyjęcie, na którym wszyscy uczestnicy wchodzi z sobą w interakcje, przestając rozmawiać tylko z najbliższymi i tworząc małe podgrupki, nawet komunikują się z gośćmi, z którymi wcześniej nie rozmawiali. Zatem obszary mózgu, zwykle oddzielone od siebie – łączą się między sobą, co skutkuje poczuciem poszerzonej świadomości. Za sprawą psychodelików zwiększa się elastyczność połączeń między tymi zdestabilizowanymi sieciami, zwłaszcza za sprawą destabilizacji sieci standardowej aktywności, zwaną *default mode network* (DMN).

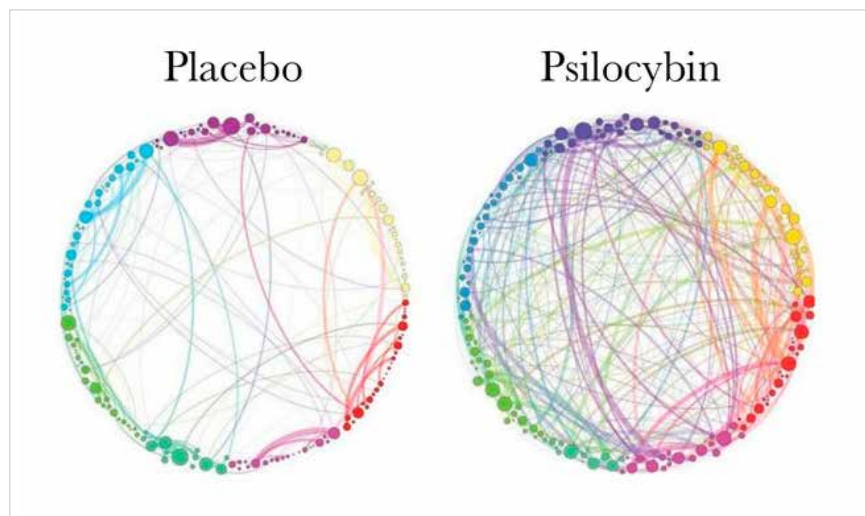


Foto 1.

DMN jest obszarem w mózgu nazywanym „siedliskiem ego”, ponieważ odpowiada za pamięć autobiograficzną i narrację na swój temat.

Podczas normalnego stanu świadomości DMN utrzymuje umysł w porządku, jest jak gdyby zarządem firmy, sprawującym kontrolę za pomocą nawyków myślowych oraz pamięci. Funkcja umysłu DMN zużywa również nieproporcjonalnie dużo energii na utrzymanie swojej hierarchicznej organizacji. DMN jest nadaktywne u osób zmagających się z depresją, powodując sztywność myślenia i podtrzymując negatywną narrację na temat siebie i świata, przez co utrudnia przyjęcie innej perspektywy. Dezaktywacja DMN stwarza okazję do przerwania dominującej narracji i uwolnienia się z pułapki powtarzających się myśli i dysfunkcyjnych przekonań. Farmakodynamika substancji psychodelicznej przypomina zatem śnieżyć w górach pokrywając wcześniej wydeptane drogi, dając tym szansę na pojawienie się nowych możliwości dróg i kierunków. Po doznaniu psychodelicznym „śnieg topnieje”, na powrót odkrywając uczęszczane drogi, lecz nowe szlaki myślowe mogą zostać wytyczone i podtrzymane w wyniku dalszych oddziaływań psychoterapeutycznych.

MDMA uznawane jest za nieklasyczną substancję psychodeliczną, określane jako *entaktogen*, czyli „łączący z wnętrzem”. Pozwala w odpowiednich warunkach na wzrost empatii, redukcję niepokoju, rozluźnienie psychofizjologiczne i skoncentrowanie się na treści o dużym znaczeniu emocjonalnym przy „poluzowanych mechanizmach obronnych ego”. Odróżnia je od psychodelików to, że nie powoduje poważnych zmian w procesach poznawczych i poczuciu tożsamości. MDMA prowadzi do pobudzenia współczulnego układu nerwowego, wzrostu neurohormonu oksytocyny „hormonu więzi”, znacznego uwolnienia neuroprzebieżnika serotoniny i częściowo dopaminy oraz obniżeniu aktywności lewego ciała migdałowatego, które przy normalnej aktywności zapobiega uwalnianiu traumatycznych wspomnień i odpowiada za odczuwanie podwyższonego poziomu lęku. Neurofizjologia MDMA wydaje się pasować jak klucz do zamka wobec neurohormonalnych procesów mózgowych zaburzonych traumatycznymi wspomnieniami. Stwa-

rza to szansę na odpamiętanie traumatycznych wspomnień i przerobienie ich podczas wyciszonej lękowej reaktywności organizmu, co często jest konieczne w terapii traum.

Doświadczenia psychodeliczne i ich psychofizjologiczny wpływ na układ nerwowy tworzą okno terapeutyczne, które trwa jeszcze przez jakiś czas po doświadczeniu. Umysł działa wtedy w sposób mniej szablonowy i nawykowy, co otwiera możliwość reagowania w świeży sposób i integrowania doświadczeń przez mniej sztywne filtry percepcyjne. Elastyczność psychologiczna zwiększona wpływem odmiennego stanu świadomości tworzy podatny grunt na zmianę, co jest okazją dla oddziaływań terapeutycznych.

## KWESTIA KONTEKSTU I BEZPIECZEŃSTWA

Klasyczne psychodeliki takie jak LSD i psylocybina charakteryzują się niskim profilem nadużywania i nie wywołują fizycznych szkód, zaś MDMA jako pochodna amfetamin plasuje się nieco wyżej w rankingu szkodliwości substancji psychoaktywnych [FOTO 2]. Statystyki chorób psychicznych i samobójstw wśród użytkowników substancji psychodelicznych mają taki sam stosunek jak w populacji ogólnej. Szkodliwość substancji psychodelicznych i MDMA zależy w głównej mierze od kontekstu przyjmowania – jeśli są przyjmowane w niekontrolowanych warunkach, w wysokich dawkach oraz mieszane z innymi substancjami psychoaktywnymi takimi jak alkohol lub marihuana, to doświadczenia te mogą być nieprzewidywalne.

Jeśli chodzi zaś o użycie tych substancji w kontrolowanym kontekście terapeutycznym ryzyko jest minimalne. Stosunek zagrożeń do korzyści w przypadku użycia substancji psychodelicznych w psychoterapii wypada obiecująco dobrze, co potwierdzają specjaliści zdrowia psychicznego zajmujący się tym obszarem, jak i sami pacjenci.

Nieprzyjemne i wymagające psychicznie doświadczenia (z ang. bad trip) będące następstwem przyjęcia substancji psychodelicznej są realne, dlatego ważne jest przyłożenie wagi do kontekstu, w jakim ma ono mieć miejsce. Doświadczenie psychodeliczne zależy nie tylko od samej substancji, ale również od nastawienia użytkownika i otoczenia. Nastawienie oraz otoczenie (z ang. *set and setting*) stanowi istotną część procesu doświadczania i aktywnie wpływa na przebieg bardziej niż w jakiegokolwiek innej grupie środków psychoaktywnych.

„Nastawienie” to znajomość siebie, aktualny stan umysłu oraz oczekiwania wobec nadchodzącego doświadczenia. „Otoczenie” to warunki, w jakich przyjmuje się substancję: miejsce – czy jest bezpieczne i dobre, współtowarzysze – z kim to robimy i czy mamy zaufanie do nich oraz znamy ich zachowania, muzyka oraz oprawa wizualna. Poczucie bezpieczeństwa i zaufania jest istotnym czynnikiem zmniejszającym lęk i niepokój mogący pojawiać się w trakcie doświadczenia. Obrazowym przykładem braku poczucia kontroli podczas doświadczenia psychodelicznego może być pobudka nad skrajem przepaści, dryfowanie pośrodku oceanu albo wspomnienie emocjonalnego opuszczenia

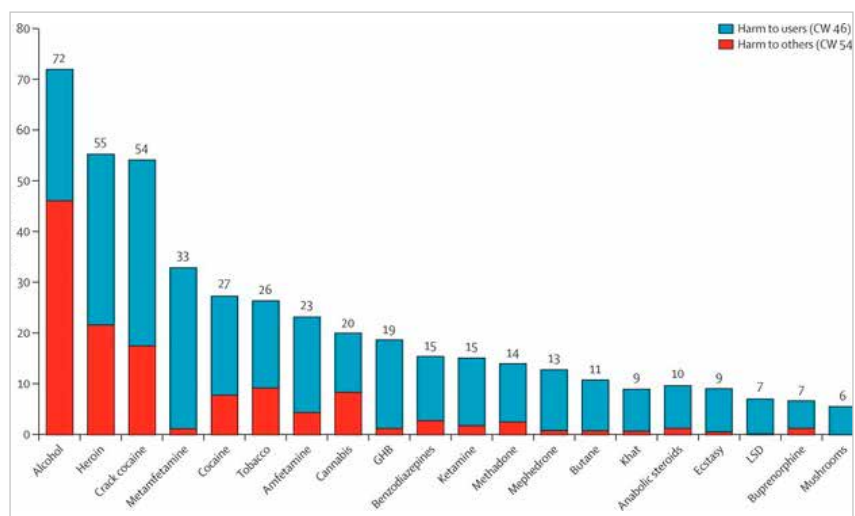


Foto 2.



w dzieciństwie, dlatego to ważne, aby mieć wtedy bezpieczną przestrzeń i zaufaną relację.

Czynnikiem wpływającym na przebieg doświadczenia, zwiększającym jego potencjalne terapeutyczne korzyści jest obecność trzeźwego i empatycznego opiekuna podczas całego procesu psychodelicznego; również w okresie przed oraz po doświadczeniu. Nastawienie użytkownika może mieć wpływ na radzenie sobie z trudnym doświadczeniem poprzez wcześniejszą intencję dotyczącą tego, co doświadczenie miałoby zmienić lub usprawnić. Poczucie ugruntowanej tożsamości dotyczącej tego, kim się jest, co jest ważne oraz kierunku osobistego rozwoju pomaga w zachowaniu balansu podczas poczucia dezorientacji, jakie towarzyszy dynamice doświadczenia psychodelicznego. Przeżycie to kontrolowany kryzys, którego chaos może przytłoczyć osoby o większej dezorganizacji osobowości, natomiast odświeżyć umysły spętane neurotycznymi schematami i nałogami.

Chwytlive medialne nagłówki donoszą o „halucynogennych grzybach leczących depresję”, tworząc oczekiwania wobec konkretnych rezultatów po przyjęciu magicznej pigułki mającej uzdrowić cierpienia duszy. W warunkach klinicznych niekorzystne efekty są zminimalizowane poprzez kontrolowany kontekst badania, opiekę terapeutyczną oraz warunki wykluczające z eksperymentu: historia epizodów psychotycznych, zaburzenia psychotyczne w rodzinie, aktualnie przeżywany kryzys czy zaburzenia osobowości typu borderline. Część tych warunków nie jest spełniona lub niemożliwa do spełnienia dla zainteresowanych przeżyciem „leczącej podróży psychodelicznej” i efekty zawodzą oczekiwania, co może prowadzić do obniżenia nastroju.

## DOŚWIADCZENIE JEST NARZĘDZIEM

Pisząc o obiecującej perspektywie wykorzystania substancji psychodelicznych w psychoterapii, muszę podkreślić, że istotny element to umieszczenie doświadczeń powodowanych przez te substancje w odpowiednim kontekście – w procesie psychoterapeutycznym. Psychodeliki są narzędziem i stosowane bez umiejętnego posługiwania się nim nie naprawią problemu w dłuższej perspek-

tywie. Samo doświadczenie może przynieść ulgę od negatywnej autonarracji czy odświeżyć perspektywę, ale wglądy bez odpowiedniego osadzenia w szerszym kontekście i bez zaangażowania ich w integrację z codziennym życiem mogą nie przynieść rzeczywistej zmiany.

Świeżość wynikająca z psychofizjologicznego wpływu substancji psychodelicznych i okno terapeutyczne spowodowane uelastycznieniem psy-



chologicznym daje szansę na przyjrzenie się sobie z miejsca zaciekawienia się sobą i dostrzeżenie szerszej, bardziej całościowej perspektywy na historię osobistą i funkcjonowanie w świecie. To okazja na wzrost osobisty, ale też i zagrożenie dla mniej stabilnych struktur osobowości, które w wyniku konfrontacji mogą się lękowo wycofać. Wtedy psychodeliczne doznanie zamieni się w naśladujące psychozę przeżycie.

Szczegółnej uwagi wymaga kontekst doświadczenia psychodelicznego, odpowiedni „set and setting” może być opoką chroniącą przed trudnymi doświadczeniami i retraumatyzacją wynikającą z braku emocjonalnego przyjęcia w sprzyjających warunkach. Nie ma co oczekiwać cudów po odmiennym stanie świadomości, jeśli funkcjonuje się w środowisku podtrzymującym konflikt wewnętrzny, dlatego jako terapeuci uzależnień powinniśmy mieć świadomość co do rzeczywistych ryzyk, jak i korzyści, które płyną z doświadczenia psychodelicznego i entaktogennego – nie pato-

logizując go, ale wspierając w wydobywaniu profitów, nie demonizując go, ale przestrzegając przed zagrożeniami. Opór przed otwartością na nowe sposoby psychoterapii opartej na dowodach naukowych, zamiast na moralności i obawach, kształtuje narkopolitykę oraz wizerunek psychoterapii uzależnień.

Pomimo obiecujących wyników badań w leczeniu lekoopornej depresji i terapii traum oraz statusu przełomowych terapii należy zachować ostrożność. Niekontrolowane przyjmowanie jakiegokolwiek substancji otwiera pole do potencjalnych nadużyć, dlatego istotne jest stworzenie bezpiecznego kontenera zdolnego pomieścić i przyjąć doświadczenie wyniesione z podróży psychodelicznych oraz uświadamianie o możliwym ryzyku. Należy mieć na uwadze efekt oczekiwań, który na fali pozytywnych doniesień z aktualnych badań może tworzyć wyidealizowany obraz wpływu doświadczenia psychodelicznego na wrażliwy umysł ludzki. Nadal potrzeba w tym zakresie badań na większej próbie badawczej, aby precyzyjniej określić profil bezpieczeństwa dla poszczególnych grup.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lorenc, M. (2019) *Czy psychodeliki uratują świat?* Wydawnictwo: Krytyka Polityczna
2. Nutt, D. (2021) *Narkotyki bez paniki. Co trzeba wiedzieć o legalnych i nielegalnych substancjach psychoaktywnych.* Wydawnictwo: Krytyka Polityczna
3. Passie, T. (2020) *Terapia z użyciem MDMA i innych entaktogenów.* Wydawnictwo: Ciężki kształt
4. Pollan, M. (2021) *Jak zmienić swój umysł. Czego nowe badania nad psychodelikami uczą nas o świadomości, umieraniu uzależnieniu, depresji i transcendencji.* Wydawnictwo: Krytyka Polityczna

### STANISŁAW PAWLAK



psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień w trakcie procesu certyfikacji. Konsultant Polskiego Towarzystwa Psychodelicznego i współzałożyciel inicjatywy PsychodelicznaIntegracja.pl.

## Magdalena Krzywotulska

*Trwa wojna w Ukrainie. Z rozrzewnieniem śledzę historię pieska Rambo, która obiegła Internet. Żołnierze, wskazując na małego szczeniaka, z humorem mówią: chroni nas, na tym polega jego praca. Potem jeszcze dodają, że ma bardzo dobry słuch, więc reaguje, gdy ktoś się zbliża*

# PIES NA STRES

Pies i człowiek byli już nieraz razem na wojnie. Źródła historyczne podają, że zwierzęta często towarzyszyły marynarzom na okrętach podczas II wojny światowej. Psy stróżowały, ale z czasem aspekty pragmatyczne schodziły na drugi plan. Pies stawał się towarzyszem podróży, dawał namiastkę domu i odrobinę wytchnienia ludziom, którzy od wielu miesięcy nie mieli kontaktu ze swoimi rodzinami i nie schodzili z pokładów statków. Zwierzęta swoim zachowaniem pomagały odciągnąć uwagę marynarzy od okrucieństwa wojny. Stanowiły tzw. „wspólne dobro”, wokół którego koncentrował się czas wolny na statku.

Psy zostały udomowione około 20–40 tysięcy lat temu. Zwierzęta te początkowo były strażnikami domostw, wykorzystywano ich umiejętności w tropieniu zwierzyny, w końcu stały się towarzyszami życia. Dzisiaj już nikogo nie dziwi, że niektórzy ludzie określają psa jako członka rodziny. Liczba psów w Polsce i Europie nieustannie rośnie. Z danych CBOS (2003) wynika, że co drugi Polak ma pod swoim dachem jakieś zwierzę domowe, najczęściej psa (36%).

Nic więc dziwnego, że relacja człowieka z psem stała się przedmiotem zainteresowania naukowców z różnych dziedzin. W tym artykule chciałabym Państwa zapoznać z badaniami, które pokazują, jak relacja z psem wpływa na zdrowie człowieka i w jaki sposób osoby z urazami psychicznymi mogą zdrowieć między innymi dzięki psom.

## CZYM JEST TRAUMA?

Według klasyfikacji ICD – 10 stres pourazowy może wystąpić, kiedy pacjent został narażony na stresujące

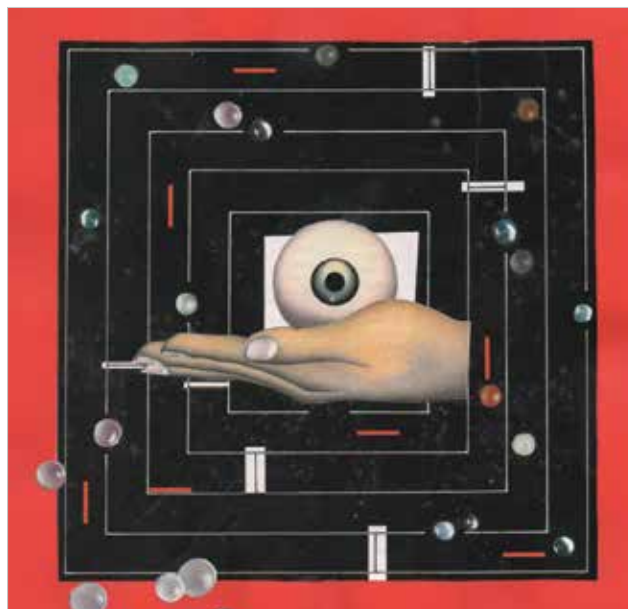
wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko albo długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłoby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie u niemal każdego. Taki sposób definiowania PTSD, z naciskiem na wydarzenia zewnętrzne, nie pozwala zrozumieć wyników badań, w świetle których jedynie 20 % tych, którzy mieli do czynienia z takimi zdarzeniami, będzie się zmagalo z PTSD. Co wyróżnia tych, u których zaburzenie się nie rozwija, nadal pozostaje kwestią sporną, ale istnieje wiele wskazówek. Wydaje się, że do pozaklinicznych czynników, które są mediatorami stresu traumatycznego, należą: przygotowanie na oczekiwany stres (jeśli to możliwe), udane reakcje walki lub ucieczki, historia rozwoju, system przekonań, wcześniejsze doświadczenia, wewnętrzne zasoby oraz wsparcie (od rodziny, społeczności i sieci społecznych).

Pracując jako terapeutka, u wielu osób zgłaszających się na psychoterapię rozpoznawałam symptomy traumy np. nadmierne pobudzenie, chroniczne stany dysocjacyjne, drażliwość lub wybuchy gniewu czy zaburzenia kon-

centracji, pomimo tego, że podczas procesu terapeutycznego nie udało się znaleźć wydarzenia o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych. W świetle współczesnych badań wiemy, że rutynowe zabiegi medyczne, jak usunięcie zęba czy migdałów mogą być przyczyną objawów traumy, choć nie umieszcza się ich w kategorii wydarzeń katastroficznych. Dlatego rozumienie traumy jako zjawiska psychofizjologicznego wydaje mi się więcej wnoszące do praktyki terapeutycznej, o czym będą Państwo mogli przekonać się w kolejnych rozdziałach.

## TRAUMA JEST W UKŁADZIE NERWOWYM, A NIE W WYDARZENIU

W rozumieniu traumy niezwykle inspirująca wydaje mi się teoria Petera Levina, który pisze, że *symptomy traumatyczne nie są wywołane przez samo wydarzenie. Powstają wtedy, kiedy energia pozostała z doświadczenia nie zostanie usunięta z ciała. Energia ta zostaje uwięziona w układzie nerwowym, skąd może powodować spustoszenie w ciele i umyśle*. Innymi słowy, trauma jest w układzie nerwowym, a nie w wydarzeniu. Koncepcja Levina poprzedzona była wnikliwymi obserwacjami świata zwierzęcego. Levin zauważył, że zwierzęta, mimo że w ciągu dnia wielokrotnie doświadczają sytuacji zagrażających życiu, nie rozwijają symptomów PTSD. Dlaczego tak się dzieje? W sytuacji zagrożenia system nerwowy mobilizuje energię. Zarówno zwierzęta, jak i ludzie w reakcji na zagrożenie mogą uruchomić reakcję walki, ucieczki lub znieruchomienia, podczas której energia zostanie skumulowana, a następnie uwolniona i rozładowana.



Dzikię zwierzęta instynktownie rozładowują tę energię i bardzo rzadko mają objawy traumy.

Dlaczego u ludzi ten proces może ulec zaburzeniu? Jedną z przyczyn jest to, że nasza wysoce rozwinięta i złożona kora nowa, lękiem i nadmierną kontrolą potrafi zakłócać instynktowne impulsy kierujące uzdrawianiem traumy za pomocą wyładowania energii. U ludzi objawy PTSD rozwijają się, kiedy naturalny proces rozładowania energii zostaje zablokowany. System nerwowy osoby, która uległa traumie, jest wtedy zamrożony, jakby zatrzymany w ruchu. Dokończenie tego procesu zapobiega przekształcaniu się reakcji pourazowych w chroniczne. Powolne rozładowywanie napięcia zatrzymanego w układzie nerwowym, poprzez metody Somatic Experiencing, prowadzi do wyregulowania układu nerwowego, co przekłada się na istotne obniżenie objawów PTSD i tym samym polepszenie funkcjonowania pacjenta. Ale skąd się bierze ta energia?

## FUNKCJONOWANIE UKŁADU NERWOWEGO W SYTUACJI ZAGROŻENIA

Układ limbiczny oraz ściśle powiązany z nim autonomiczny układ

nerwowy (AUN) to kluczowe struktury odpowiadające za reakcje na zagrożenie. W normalnych okolicznościach funkcje przywspółczulnej i współczulnej części AUN równoważą się wzajemnie. Współczulny układ nerwowy pobudzany jest w stanach stresu, zarówno pozytywnego jak i negatywnego. Przywspółczulny układ jest pobudzany głównie w stanach spoczynku, odprężenia, przyjemności czy podniecenia seksualnego. Oba te układy są zawsze włączone – jeden jest zwykle bardziej pobudzony, a drugi stłumiony. W ten sposób równoważą się one wzajemnie.

W sytuacji skrajnego zagrożenia dzieje się inaczej. Najpierw układ limbiczny nakazuje układowi współczulnemu przygotowanie ciała do walki lub ucieczki. Wówczas oddech i praca serca ulegają przyspieszeniu, skóra blednie, gdyż krew odpływa z jej naczyni w kierunku mięśni i ciało przygotowuje się do wykonania szybkiego ruchu. Jeśli jednak nie ma możliwości jego wykonania – brakuje czasu, siły lub odporności, żeby mogło się to powieść, układ limbiczny nakazuje ciało, aby znieruchomiało.

Prawdopodobnym mechanizmem łączącym u podłoża tej reakcji hipotonicznej (tonicznego bezruchu) jest

rzadko spotykana nierównowaga w AUN. W tych skrajnych okolicznościach układ współczulny pozostanie pobudzony, a jednocześnie silnemu pobudzeniu ulega układ przywspółczulny, co maskuje aktywność układu współczulnego.

W świecie dzikich zwierząt znieruchomienie służy celom ewolucyjnym – drapieżnik może stracić zainteresowanie ofiarą, co czasami pozwala jej uciec. Inną ważną funkcją jest analgezja, powodująca utratę czucia w ciele i umyśle. Jeśli drapieżnik postanowi zjeść ofiarę, w stanie odrętwienia ból, groza i śmierć nie będą dla niej tak odczuwalne.

Kiedy układ limbiczny pobudza AUN w obliczu groźby traumatycznego zdarzenia, jest to normalna, zdrowa, adaptacyjna reakcja samozachowawcza. Natomiast, **kiedy AUN pozostaje w stanie chronicznego pobudzenia, nawet gdy zagrożenie minęło i jednostka przeżyła, mamy do czynienia z PTSD.** Osoby z PTSD żyją w stanie przewlekłego nadmiernego pobudzenia, co prowadzi do objawów fizycznych, które są podłożem lęku, paniki, słabości, wyczerpania, sztywności mięśni, problemów z koncentracją i zaburzeń snu. Dodatkowo u osób z PTSD przedmioty, dźwięki, barwy, ruchy, które mogłyby być neutralnymi bodźcami, zostają na drodze warunkowania klasycznego skojarzone z traumatycznym zdarzeniem, co powoduje pourazowe nadmierne pobudzenie. Bodźce te stają się zewnętrznymi bodźcami wyzwalającymi, które są wewnętrznie odbierane jako niebezpieczeństwo.

## DLACZEGO PRZESZŁOŚĆ NIE MOŻE BYĆ PRZESZŁOŚCIĄ U OSÓB Z PTSD?

Wydaje się, że traumatyczne zdarzenie zamiast zająć miejsce wśród minionych doświadczeń osoby, nadal swobodnie płynie w czasie i często pojawia się nieproszone w bieżącej percepcji, tak jakby rzeczywiście występowało obecnie. Do układu limbicznego należą dwie powiązane ze sobą struktury, które odgrywają główną rolę w przechowywaniu wspomnień: **hipokamp i ciało migdałowe**. Te dwie części mózgowia pełnią zasadniczą funkcję w rejestrowaniu, przechowywaniu

## TRAUMA WETERYNARZY

Trauma może być związana z wykonywanym zawodem i dotyczy to nie tylko służb mundurowych. Ciekawe badanie przeprowadzono w listopadzie 2018 r. podczas XXVII Międzynarodowego Kongresu Medycyny Weterynaryjnej Małych Zwierząt, we współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Lekarzy Weterynarii Małych Zwierząt i przy wsparciu Centrum Szkoleń Weterynaryjnych Etovet. Objęto nim 203 lekarzy weterynarii małych zwierząt, 151 kobiet (74%) i 46 mężczyzn (23%), sześć osób nie określiło płci.

W literaturze uznaje się, że na wtórną traumatyzację bardziej podatne są kobiety. W tym badaniu to mężczyźni nieco częściej wskazywali, iż w pracy często zdarza im się unikać pewnych działań lub sytuacji ze względu na trudne doświadczenia zwierząt bądź klientów. Stwierdzono, że cierpienie zwierząt wpływało częściej na samopoczucie uczestniczek badania niż jego uczestników. Również w przypadku trudnych emocji klientów więcej kobiet deklaroowało smutek. Największe dysproporcje dotyczyły częstego przygnębienia z powodu cierpienia istot, którym weterynarz niesie pomoc, a także doświadczania nieprzyjemnych, natrętnych myśli związanych z zaangażowaniem w niesienie pomocy.

American Veterinary Medical Association (AVMA) już jakiś czas temu uznała, że wtórna traumatyzacja jest problemem zawodowym weterynarzy. Jako formy radzenia sobie z wtórną traumatyzacją oraz minimalizacji zagrożenia STSD wskazano: uzyskanie osobistego wsparcia społecznego, zorganizowanie wsparcia zawodowego.

Źródło: Michał Piotr Pręgowski, „Ekspozycja na cierpienie i skutki przemocy a wtórny zespół stresu pourazowego w pracy lekarzy weterynarii”

i przypominaniu traumatycznych zdarzeń. Z jednej strony ciało migdałowate pomaga w zapamiętywaniu doświadczeń o dużym ładunku emocjonalnym, takich jak przerażenie i groza, i jest w wysokim stopniu aktywne zarówno podczas traumatycznego zdarzenia jak i w czasie jego przypominania. Hipokamp nadaje zdarzeniu kontekst czasowo-przestrzenny, umieszczając nasze wspomnienia w odpowiedniej perspektywie i miejscu na osi czasu naszego życia. Przetwarzanie hipokampalne określa początek, środek i koniec zdarzeń. To bardzo ważne w odniesieniu do PTSD, gdyż jedną z jego cech jest poczucie, że trauma jeszcze się nie zakończyła. Aktywność hipokampa zostaje stłumiona podczas traumatycznego zagrożenia; nie pomaga on jak zwykle w przetwarzaniu i przechowywaniu zdarzenia. Kiedy tak się dzieje, traumatyczne zdarzenie nie może zająć właściwego mu miejsca w historii jednostki i nadal narzuca się w chwili obecnej. Brakuje percepcji, że zdarzenie już minęło, a ofiara przeżyła. To przypuszczalny mechanizm, który leży u podłoża flashbacków (epizodów ponownego przeżywania traumy w umyśle i/lub w ciele).

## CO NA TO PIES?

Następstwa urazu psychicznego i PTSD są bardzo zróżnicowane w zależności od wieku ofiary, charakteru traumy, reakcji na traumę oraz wsparcia udzielonego ofierze po zakończeniu traumatycznego zdarzenia. Osoby z PTSD mają zdecydowanie gorszą jakość życia z powodu natarczywych objawów, które ograniczają ich zdolność funkcjonowania, do których należą:

- naprzemienne występowanie okresów nadmiernej aktywności i okresy wyczerpania (ponieważ ich organizm doświadcza skutków traumatycznego nadmierne-go pobudzenia),
- napady paniki na skutek pojawiających się nagłych wspomnień traumy,
- reakcje zniecieruchomienia/dyso-cjacja – jeśli codzienne sygnały przypominające o traumie osią-gają skrajne nasilenie,
- ograniczony styl życia, będący skutkiem unikania.

W Stanach Zjednoczonych szkole-nie i wykorzystywanie psów asystują-cych w terapii PTSD ma długą tradycję, podczas gdy w Europie to nadal temat mało popularny. Zapotrzebowanie na tego typu psy jak i sama świadomość ich pozytywnego wpływu na poprawę komfortu życia stale wzrasta. Pies asystujący to taki, który przeszedł wielo-etapowe, specjalistyczne szkolenie do-stosowane pod potrzeby osoby, której ma pomagać. Wiarygodność i rzetel-ność pracy psa asystującego powinny potwierdzać kompetencje trenera oraz akredytacja ośrodka szkoleniowego, z którego dane zwierzę pochodzi. Pies asystujący różni się od psów terapeutycznych (wykorzystywanych np. w do-goterapii) tym, że posiada kompetencje i ustawowe przywileje, które przysłu-gują psom certyfikowanym, takie jak: zgoda na przebywanie w miejscach publicznych, nieodpłatna możliwość podróżowania środkami transportu publicznego. Psy asystujące w terapii PTSD mają swoje zadania, do których należą:

- wybudzanie swojego przewodnika z koszmarów oraz uspokajanie go w trakcie snu,
- reagowanie w momencie nawrotu wspomnień i zapobieganie eskalacji negatywnych emocji,
- reagowanie na wzrost napięcia nerwowego i zmiany nastrojów przewodnika poprzez obserwację zmiany jego zachowania i zapachu,
- tworzenie strefy buforowej, czyli blokowanie swoim ciałem strefy osobistej przewodnika podczas przebywania w miejscach publicznych.

Szkolenie psa asystującego jest za-wsze dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta i może obejmować dodatkowe zadania takie jak: pomoc w poruszaniu się na wózku inwalidzkim, podnoszenie i przenoszenie róż-nych, drobnych przedmiotów osobom np. po wypadkach komunikacyjnych, reagowanie na objawy innych chorób np. napady drgawkowe, stany hipoglik-emii w cukrzycy.

Przede wszystkim pies asystujący jest przyjacielem osoby cierpiącej na PTSD, który towarzyszy jej w codzien-nych aktywnościach i pomaga wró-cić do normalnego funkcjonowania.

W tym miejscu warto przytoczyć bada-nia Odendaal'a (2000), który monitoro-wał u badanych zmiany zachodzące na poziomie molekularnym i fizjologicz-nym pod wpływem obecności psa. Za-uważył, że już sama obecność zwierzę-cia ma znaczący wpływ na organizm człowieka. Zbadał kluczowe składniki neurochemiczne, pobierając od osób badanych krew po interakcji z psem. Badanie wykazało wzrost następują-cych wskaźników:

- 2-fenyletyloaminy, która jest produkowana przy pozytywnej interakcji między ludźmi i two-rzeniu więzi, a także podczas wy-siłku fizycznego. Objawia się po-prawą nastroju, zwiększeniem wytrzymałości i odporności na ból,
- dopaminy, regulującej m.in. pro-cesy emocjonalne, odpowiedzialnej za odczuwanie przyjemności,
- beta-endorfiny, odpowiedzialnej za redukcję stresu,
- oksytocyny, zwanej hormonem szczęścia, która również związana jest z interakcjami społecznymi.

Obniżeniu uległ natomiast poziom kortyzolu, uznawanego za wskaźnik stresu.

Strefa wpływu, jaki pies ma na na-sze życie, nie ogranicza się do samej biologii w postaci neuroprzekazników czy zdrowia fizycznego. Kolejny aspekt tej więzi dotyczy interakcji społecznych, wsparcia społecznego i poczucia wła-snej wartości. Allen i inni (2001) oprócz wskaźników fizjologicznych, zbadali również poczucie wsparcia społeczne-go, które jest wyższe u właścicieli zwie-rząt. To samo zauważyli McConnell i in. (2011), dodając do obserwacji jeszcze to, że posiadanie psa zwiększa poczucie własnej wartości. Pies może więc być dla człowieka psychologiczną podporą, taką jak bliska rodzina lub przyjaciele. Badania są bardzo obiecujące, ale pies asystujący nie może zastąpić terapii i nie należy oczekiwać, że sama jego obecność rozwiąże wszystkie problemy wynikające z PTSD.

Wdrażanie psa do terapii powinno się odbywać w porozumieniu z leka-rzem prowadzącym. Współpraca z le-karzem i psychologiem oraz trenerami jest niezbędnym warunkiem osiągnię-cia korzyści przy wykorzystaniu specja-listycznego psa.

Badania przeprowadzone na 45 weteranach, posiadających psy asystujące oraz 28, którzy byli na liście oczekujących na psa przez Wydział Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Purdue (2015-2016), wykazały, że u weteranów, którzy posiadali psy asystujące, obserwowano:

- niższe ogólne objawy zespołu stresu pourazowego,
- niższy poziom depresji,
- niższy poziom niepokoju,
- lepszą jakość snu,
- wyższy poziom zadowolenia z życia,
- wyższe ogólne samopoczucie psychiczne,
- niższy poziom izolacji społecznej i większą zdolność do uczestniczenia w działaniach społecznych,
- wyższy poziom odporności,
- rzadsze nadużywanie alkoholu,
- mniej absencji w pracy ze względu na zdrowie wśród osób zatrudnionych.

Takie wyniki nie są zaskakujące. Pozytywny wpływ posiadania psa na zdrowie został potwierdzony w licznych badaniach prowadzonych wśród właścicieli zwierząt. W 2002 roku Allen i współpracownicy wykonali badania, które pokazały, że właściciele psów mają niższe tętno i ciśnienie w stosunku do osób nieposiadających psa w domu. W innych badaniach DeMello (1999) monitorował pracę serca osób badanych podczas rozwiązywania różnorodnych zadań poznawczych przy obecności lub nieobecności zwierząt. Wyniki pokazały, że po wykonaniu zadań, ciśnienie i tętno szybciej powracały do normy w grupach z obecnymi zwierzętami. Zauważono również, że podczas samego rozwiązywania zadań, wskaźniki pracy serca były wyższe w grupie ze zwierzętami.



Efekt posiadania psa nie kończy się jednak na chwilowych zmianach ustrojowych w ciele człowieka. Obiektywnym wynikiem, który sugerowałby pozytywny wpływ kontaktu z psem na ogólną kondycję i zdrowie człowieka, są długoterminowe badania przeprowadzone w Niemczech i Australii pokazujące, że ludzie, którzy posiadają zwierzęta dłużej niż pięć lat deklarowali mniejszą liczbę wizyt u lekarza średnio o około 10%. Badania, które udowadniają długofalowy wpływ interakcji z psem, jak np. zmniejszenie nasilenia objawów depresji po regularnych zajęciach z psami (Souter i Miller, 2007) lub większe poczucie własnej wartości u właścicieli psów (McConnell i in., 2011), można tłumaczyć poprzez efekt procesu terapeutycznego lub długotrwały kontakt między danym psem a człowiekiem i wytworzenie się więzi społecznej.

## SKĄD WZIĄĆ PSA?

Fundacja na rzecz Osób Niewidomych Labrador – Pies Przewodnik od

2005 roku wyszkoliła i nieodpłatnie przekazała osobom niewidomym 61 psów przewodników. W roku 2019 Fundacja we współpracy z PFRON rozpoczęła projekt, którego nazwa brzmi Alert Dog – Sygnalizujący Pies Asystent. W ramach projektu do pracy z osobami zmagającymi się z PTSD przygotowywane są psy asystujące, które po ukończonym szkoleniu przekazują się nieodpłatnie osobom z PTSD. Warunkiem otrzymania psa asystującego jest zdiagnozowane zaburzenie stresowe pourazowe, pozostawanie pod opieką psychiatry i uczestniczenie lub ukończenie terapii. Psa nie mogą otrzymać osoby, które w wyniku doznanych traum prezentują zachowania agresywne wobec innych lub siebie (aktywnie podejmują próby samobójcze).

Wymagany jest co najmniej dwuletni okres abstynencji w przypadku osób uzależnionych.

U osób ubiegających się o psa, badane jest nastawienie wobec zwierząt oraz stosunek rodziny i gotowość do pomocy w opiece nad psem. Takie wymagania mają na celu zabezpieczenie również potrzeb zwierzęcia oraz ochronę przed przemocą i innymi nadużyciami. Dotychczas Fundacja wyszkoliła i przekazała cztery psy asystujące.

Posiadanie psa asystującego i związana z tym codzienna rutyna opieki nad psem wymaga od pacjenta konsekwencji w pewnych zachowaniach takich jak: wyjście z domu, codzienne spacerowanie czy interakcja z innymi ludźmi. Posiadanie psa to odpowiedzialność za istotę żywą, wywołuje poczucie bycia potrzebnym, wspomaga samodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności takich jak: zakupy, podróż do pracy, odprowadzenie dzieci do szkoły.

Udało mi się nakłonić dwie osoby, beneficjentów Fundacji, aby podzieliły

się swoimi doświadczeniami wynikającymi z posiadania psa asystującego. Tak przedstawiają korzyści płynące z współpracy z psem:

**Kobieta, lat 25, posiada psa asystującego od marca 2022:** *Z moją dziewczynką jesteśmy razem nieco ponad miesiąc. Niby trudno stwierdzić coś po tak krótkim czasie... ale mam wrażenie, że pies już zaczął spełniać powierzoną mu funkcję. Przede wszystkim wzrosła moja samodzielność i odpowiedzialność.*

*Po pierwsze, chodzę z psem wszędzie. Jeśli ogarnie mnie niemoc, patrzę psu w oczy, a pies to spojrzenie wiernie odwzajemnia. I co? Biorę smycz i idziemy, załatwiamy co trzeba albo podnoszę się i idę na ten spacer. Psu nie odmówię, a potem już pranie, zmywanie jakoś się staje łatwiejsze po takim spacerze. Bez tego bym tkwiła w bezruchu do przyjazdu męża.*

*Po drugie, pies jest dla mnie, ale ja też dla psa. Ona jest w pełni ode mnie zależna. Mąż jest osobą niewidomą, więc tak za daleko z nią nie pójdzie na spacer. Zostaje jej ja i tylko ja. A to ogromna odpowiedzialność i wyzwanie dla mnie.*

*Jeśli chodzi o stany, które pies ma wyczuwać, to wciąż się tego uczymy, mimo to, już jestem w szoku. Jej uważność, spostrzegawczość i tempo, w jakim się uczy dotąd nawet niezauważalnych dla mnie sekwencji zachowań, jest niesamowite. Dotarło to do mnie, kiedy znieruchomiałam w lekkiej panice, a ona położyła się pod moimi stopami. To było coś rozbrajającego, oczywiście nagrodziłam ją natychmiast i wróciłam do obowiązków.*

*Początkowo mój mąż był sceptycznie nastawiony do psa. Przekonał się już po tygodniu, kiedy pojechał do pracy na weekend, a ja nie zadzwoniłam do niego przez pół dnia. Dawniej zdarzało mi się to godzinę... ale to dawniej...*

**Kobieta, lat 27, posiada psa asystującego od marca 2021:** *Pies pomaga swoją obecnością. W przypadku osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia związane z traumatycznym wydarzeniem, plan dnia i harmonia jest mocno zaburzona. Pies jako żywa istota wymaga od opiekuna podstawowej opieki i systematyki.*

*W moim wypadku był to pierwszy krok w powrocie do funkcjonowania. Co-*

*okie motywuje mnie do podniesienia się z łóżka i rozpoczęcia dnia, nawet jeśli nie mam na to najmniejszej ochoty.*

*W momencie wypadku straciłam wszystko i wszystkich. Nie miałam najmniejszej kontroli nad swoim życiem, nie czułam się odpowiedzialna. Posiadając psa, poczułam, że jestem odpowiedzialna za czyjeś życie, że mam w jakimś stopniu nad nim kontrolę i mam dla kogo żyć. Myślę, że dzięki temu odczuwam duży komfort psychiczny.*

*Pies zachęcił mnie też do wyjścia z domu, nawiązania kontaktu z ludźmi. Cookie jest mistrzem rozpraszania uwagi. Kiedy jestem w sytuacji nerwowej, potrafi zareagować, wyciszając mnie lub rozpraszając zachętami do zabawy i sztuczkami, jednak często też wykorzystuje to jedynie na swoją korzyść.*

*Efekt posiadania psa na PTSD rasy Labrador to niesamowita ilość sierści w domu, wielokrotne poszukiwanie kundla w całej wiosce, zjedzone wszystko, co pozostawione zostało bez opieki itd. Jednak jego obecność rekompensuje wszystko. Pies jest bardzo pomocny. Nie mogę jednoznacznie określić, na czym polega ta pomoc, ale jego obecność sprawia, że czuję się bezpieczniej i pewniej. Cookie jest mistrzem w rozpraszaniu uwagi, natomiast za smaczek zrobi wszystko od podawania przedmiotów po gaszenie światła, więc ciągle uczę jej nowych rzeczy, ona pomaga też w niepełnosprawności ruchowej.*

*Podstawową zaletą, dającą mi też pewnego rodzaju komfort psychiczny, jest fakt, że pies nie ocenia, nie ma dla niego znaczenia, jak chodzę, co mówię, jak wyglądam, jak się czuję – zwyczajnie jest. Ostatnio przechodziłam przez mocną re-traumatyzację. Wydarzenia, jakie miały miejsce w moim życiu, sprawiły, że miałam uporczywe myśli suicydalne. Pies nie potrafił mi pomóc, jednak wciąż wymagał ode mnie rutynowej opieki, dzięki której wychodziłam z domu i nawiązywałam kontakt z ludźmi. Wizja tego, że trafi do kogoś kolejnego właściciela, też trzymała mnie przy życiu... I fakt, że jest mój i zwyczajnie nie może podjąć decyzji, że mnie zostawia i sobie zwyczajnie odejść, więc ja, wiedząc, jak to boli, nie umiałabym mu tego zrobić.*

Kończąc, chciałabym podziękować beneficjentkom Fundacji na rzecz Osób Niewidomych Labrador – Pies Przewodnik za wypowiedzi, które stały się żywą

częścią tego artykułu oraz Irenie Semmler oraz trenerom psów za wspólną pracę przy Projekcie Alert Dog.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allen K., Shyloff B., Izzo J.: *Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. Hypertension*, 2001, 38, 815 – 820.
2. Allen K., Blascovich J., Mendes W.: *Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. Psychosom. Med.*, 2002, 64, 727-739.
3. DeMello, L. R. (1999). *The effect of the presence of a companion-animal on physiological changes following the termination of cognitive stressors. Psychology and health*, 14, 859-868.
4. Gałazka A., *Towarzysze wojennej poniewierki marynarzy. Psy i koty na polskich statkach i okrętach w czasie II Wojny Światowej [w:] Buliński T., Linda-Grycza K., Kot/pies/człowiek. O relacjach międzygatunkowych i kulturowych tego konsekwencjach (109-125), Gdańsk 2019.*
5. Gill J., *Rola psów asystujących w terapii zespołu stresu pourazowego u weteranów i w innych służbach mundurowych, SPECIAL OPS 4/2018*
6. Headey B., Grabka M., *Pets and human health in Germany and Australia: National Longitudinal Results*, 2007.
7. Levine P. A., *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*. 2012.
8. Levine P. A., *Trauma i pamięć. Mózg i ciało w poszukiwaniu autentycznej przeszłości*. 2017.

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

## MAGDALENA KRZYWOTULSKA



psycholog kliniczny,  
psycholog zwierząt,  
certyfikowany specjalista  
psychoterapii uzależnień,  
psychoterapeutka  
psychodynamiczną, w trakcie  
szkolenia leczenia traumy  
metodą Somatic Experiencing.  
Współpracuje z Fundacją  
na rzecz Osób Niewidomych  
Labrador – Pies Przewodnik.

**Magdalena Rowicka**

*Warto zwrócić uwagę na to, że oglądanie pornografii i granie w gry hazardowe czy kupowanie online stanowią grupę zachowań, w których internet jest tylko (lub aż) narzędziem – artykuł o zmianach wprowadzonych w klasyfikacjach DSM 5 i ICD 11*

# CZY OD INTERNETU MOŻNA SIĘ UZALEŻNIĆ?

Odpowiedź na postawione w tytule pytanie nie jest, wbrew pozorom, łatwa. Czy od internetu można się uzależnić? Z jednej strony, uzależnienie czy zaburzenie korzystania z internetu nie zostało włączone do żadnej z klasyfikacji (DSM-5 ani ICD 11), z drugiej – istnieje w przestrzeni publicznej (wpisując ten termin do popularnej przeglądarki otrzymujemy ponad czterysta tysięcy wskazań).

Pod pojęciem uzależnienie od internetu (ang. internet addiction disorder, IAD) mieści się szereg zaburzeń, z czego tylko jedno zostało formalnie opisane w klasyfikacjach (DSM 5 i ICD 11) – zaburzenie związane z graniem w gry komputerowe (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019).

W połowie lat dziewięćdziesiątych Kimberly Young (Young, 1996, 1998) – pionierka w obszarze badań i terapii tzw. uzależnień behawioralnych, zaproponowała listę zaburzeń o charakterze uzależnień, która wiąże się ściśle z używaniem internetu:

- cyberseks (w tym oglądanie pornografii);
- socjomania internetowa (w tym nawiązywanie i podtrzymywanie znajomości online);
- e-hazard, aukcje internetowe;
- przeciążenie informacyjne (kompulsywne surfowanie po sieci);
- uzależnienie od komputera (można je rozumieć jako prekursor zaburzenia związanego z graniem w gry komputerowe).

Warto zwrócić uwagę na to, że oglądanie pornografii i granie w gry hazardowe czy kupowanie online stanowią grupę zachowań, w których internet jest tylko (lub aż) narzędziem. Natomiast socjomania internetowa, kompulsywne surfowanie po sieci i granie w gry kom-

puterowe są względnie nowymi zjawiskami w dużej mierze zależnymi od internetu i w zasadzie nie występują poza siecią.

Zatem nie spodziewaliśmy się, aby w ramach zaburzenia grania w gry hazardowe, występującego pod nazwą hazardu patologicznego, zostało wyłonione zaburzenie związane graniem online i stacjonarnie. Jednak w przypadku socjomanii czy grania w gry komputerowe było już inaczej – zespół ekspertów pracujący nad ostatecznym kształtem klasyfikacji DSM 5 rozważał włączenie uzależnienia od internetu, ostatecznie zrezygnowano z tego kroku ze względu na niewystarczające dowody naukowe. Jednocześnie podjęto decyzję o włączeniu zaburzenia związanego z graniem w gry komputerowe (ang. internet gaming disorder) (APA, 2013) do tzw. sekcji III, czyli jako zaburzenia – kandydata.

Zgodnie z klasyfikacją DSM 5, zaburzenie związane z graniem w gry komputerowe charakteryzuje się powtarzającym się korzystaniem z gier internetowych, często z innymi graczami, które prowadzi do istotnych problemów z funkcjonowaniem. Spełnienie pięciu z dziewięciu kryteriów (w ciągu jednego roku) świadczy o zaburzeniu (American Psychiatric Association, 2013; Block, 2008; Rowicka, 2018):

1. Zaabsorbowanie lub obsesja na punkcie gier internetowych.
2. Objawy odstawienne, gdy osoba nie gra w gry internetowe.
3. Zwiększenie tolerancji – więcej czasu musi spędzić, grając w gry.
4. Osoba próbowała powstrzymać się lub ograniczać granie w gry internetowe, ale zakończyło się to niepowodzeniem.
5. Osoba ta straciła zainteresowanie innymi aktywnościami życiowymi, takimi jak hobby.

6. Osoba nadal nadużywała gier internetowych, nawet wiedząc, jak bardzo negatywnie wpływają one na nią.

7. Osoba kłamała innym na temat czasu spędzonego na graniu w gry internetowe.

8. Osoba używa gier internetowych w celu złagodzenia niepokoju lub poczucia winy – jest to sposób na ucieczkę.

9. Osoba straciła lub naraziła na stratę związek lub okazję na związek z inną osobą ze względu na gry internetowe.

Warto zwrócić uwagę na to, że kryteria te zostały osadzone na kanwie sześciu podstawowych kryteriów (zgodnie z sześćcio-elementowym modelem uzależnień opisanym przez Marka Griffithsa (Griffiths, 2005):

1. zaabsorbowanie,
2. wzrastająca tolerancja,
3. symptomy odstawienne,
4. angażowanie się w celu modyfikacji nastroju (angażowanie się w ramach mechanizmu ucieczki),
5. konflikt – negatywne konsekwencje dla funkcjonowania jednostki,
6. nawrót.

Pozostałe kryteria są związane z okłamywaniem i rozszerzeniem negatywnych konsekwencji i utraty kontroli. Warto również zwrócić uwagę na to, że w przypadku zaburzenia grania w gry komputerowe (podobnie jak w przypadku zaburzenia grania w gry hazardowe) nie znajdziemy jasno określonego kryterium czasu. W przypadku zaburzeń związanych z używaniem internetu (czy szerzej, tzw. uzależnień behawioralnych), trudno jest ustalić, ile godzin dziennie lub w tygodniu oznacza wystąpienie zaburzenia.

W klasyfikacji ICD 11 zaburzenie związane z graniem w gry komputerowe zostało opisane w tej samej kategorii,

w której opisano zaburzenia używania substancji (ale w podkategorii dotyczącej zachowań). Do kluczowych charakterystyk zaburzenia grania w gry komputerowe według ICD 11 należą: ograniczona kontrola na zachowaniem związanym z graniem (w tym: częstość czy intensywność), zwiększenie ważności grania (dominacja grania nad innymi sferami życia), kontynuacja grania mimo wystąpienia negatywnych konsekwencji w obszarze społecznym, rodzinnym, szkolnym, związanym z pracą czy zdrowiem.

\* \* \*

Nieformalnie możemy wyróżnić dwa rodzaje zaburzeń związanych z używaniem internetu: zgeneralizowane i specyficzne.

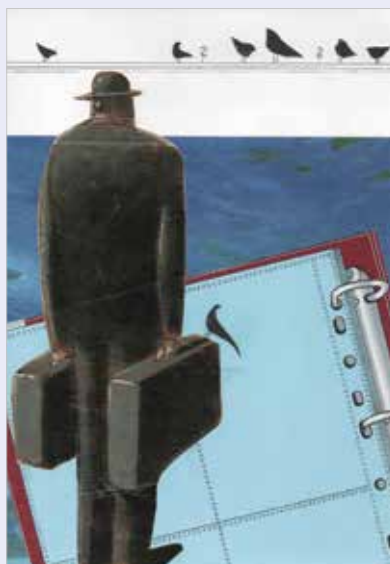
Zaburzenie o charakterze zgeneralizowanym polega na nieadaptacyjnym korzystaniu z internetu bez preferencji jednego konkretnego zachowania. Osoba przejawiająca cechy zgeneralizowanego problemowego używania internetu może przeglądać różne strony internetowe, w tym media społecznościowe, portale informacyjne, ale także oglądać filmy czy nagrania. Zachowanie takiej osoby może być postrzegane jako bezcelowe przeglądanie sieci (Rowicka, 2015).

W ramach specyficznego problemowego korzystania z internetu możemy wyróżnić przynajmniej kilka kategorii:

1. problemowe korzystanie z sieci społecznościowych,
2. problemowe korzystanie z telefonu i aplikacji,
3. zaburzenie grania w gry komputerowe.

Mimo, iż tylko jedno z nich zostało oficjalnie opisane w klasyfikacjach, badacze opierają się na wspomnianym powyżej sześć-komponentowym modelu uzależnień (Griffiths, 2005), aby opisać kryteria pozostałych zaburzeń.

Do pomiaru każdego z opisanych zaburzeń służą opracowane narzędzia – kwestionariusze. Do najczęściej stosowanych należy kwestionariusz opracowany przez Kimberly Young – IAT Internet Addiction Test). Natomiast do pomiaru zaburzenia grania w gry komputerowe można zarekomendować test Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form (IGDS9-SF)<sup>1</sup>, który posiada oficjalne polskie tłumaczenie. Podobnie: do pomiaru problemowego korzystania z sieci społecznościowych (np. BFAS) czy aplikacji w telefonie (np.



SABAS). Narzędzia te jednak mogą posłużyć jedynie pomocniczo do diagnozy, ponieważ nie zostały zwalidowane pod tym kątem. Zgodnie z klasyfikacją DSM-5, diagnoza zaburzenia grania w gry ma miejsce w przypadku spełnienia przynajmniej 5 z 9 kryteriów, ale w przypadku pozostałych zaburzeń związanych z internetem – nie jest to łatwe. Potrzebne są badania nad specyfiką pozostałych zaburzeń, w tym nad diagnozowaniem ich w oparciu o wywiad i narzędzia (kwestionariusze).

## PRAKTYKA TERAPEUTYCZNA

Co te zmiany – zarówno w klasyfikacji DSM – 5 jak i ICD 11 – niosą dla praktyków? Zaburzenie grania w gry komputerowe jest nowym zaburzeniem, prawdopodobnie oficjalnie możliwym do diagnozy w Polsce od 2024 roku (wtedy spodziewamy się polskiego tłumaczenia ICD-11). Badania międzynarodowe sugerują, że poziom rozpowszechnienia tego zaburzenia sięga 3% oraz dwu i półkrotnie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (Stevens i in., 2021). W Polsce zaburzenie to może sięgać nawet nieco ponad 6% w grupie graczy (niepublikowane badania autorki).

Jedną z ważniejszych kwestii dla terapii jest zrozumienie, czy zaburzenie to współwystępuje z innymi (jakimi?) – czy zaburzenie jest pierwotne w stosunku do innych czy wtórne? Innymi słowy, czy zaburzenie grania w gry może doprowadzić w konsekwencji do zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, czy to one leżą u podłoża, a angażowanie się w gry jest przejawem kompensacji. Wyniki badań sugerują, że współwystępowanie zaburzenia grania w gry i zaburzeń

nastroju, zaburzeń lękowych i ADHD są wysokie, ale badania te nie ukazują kierunku zależności (González-Bueso i in., 2018).

Kwestią otwartą pozostaje także, jaki model terapii wybrać. Warto podkreślić, że jednym z oddziaływań rekomendowanych na poziomie światowym jest zmodyfikowana terapia poznawczo-behawioralna składająca się z trzech elementów: modyfikacja zachowania, rekonstrukcja poznawcza i redukcja szkód zaburzeń współwystępujących (Young, 2013). Obecnie w Polsce realizowany jest program pilotażowy oddziaływań terapeutycznych kierowany do dzieci młodzieży problemowo korzystających z urządzeń cyfrowych (a także ich rodziców). W pilotażu tym bierze udział dziesięć placówek z dziewięciu województw. Każda placówka pracuje w oparciu o autorski program (czy programy). Ewaluacja programu pilotażowego przybliży nas do utworzenia rekomendacji dotyczących zawartości i długości trwania programów dla dzieci i młodzieży. Na wyniki potrzebujemy poczekać do końca 2023 roku.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th wyd.)*.
2. Block, J. J. (2008). *Issues for DSM-V: Internet addiction. The American Journal of Psychiatry, 165(3), 306–307.*
3. González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., & Ribas, J. (2018). *Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. International journal of environmental research and public health, 15(4), 668. https://doi.org/10.3390/ijerph15040668*
4. Griffiths, M. D. (2005). *A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use, 10(4), 191–197.*

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

### MAGDALENA ROWICKA



psycholog, doktor nauk humanistycznych, pracuje w Instytucie Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

<sup>1</sup><https://www.halleypontes.com/igds9sf>



**KATARZYNA NOWAKOWSKA-DOMAGAŁA**

Pracując z osobami z uzależnieniami, już dawno zauważyłam, że to problem interdyscyplinarny wymagający zintegrowanego podejścia do pacjenta na etapie diagnozy i procesu leczenia

# PRZEŁAMAĆ STEREOTYP

**W listopadzie odbędzie się I Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja pt. „Psychoterapia, Psychologia Kliniczna i Psychiatria – między dyskursem humanistycznym a biomedycznym”. Bardzo ciekawa idea. Skąd pomysł na organizowanie konferencji?**

Kiedy rozpoczęłam pracę jako kierownik Kliniki Nerwic Zaburzeń Osobowości i Odżywiania w IpiN, wiedziałam, że to miejsce z wieloletnią tradycją i ugruntowaną pozycją placówki wykorzystującej psychoterapię jako metodę leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i odżywiania. Autorytety w dziedzinie psychoterapii, które tworzyły Klinikę, prof. Leder, a potem prof. Kobayashi, bardzo dbały o interdyscyplinarność zespołu, a także o stwarzanie możliwości wymiany wiedzy i doświadczeń w służbie pacjenta. Także dziś zespół Kliniki stanowią specjaliści w różnych dziedzinach. To psychologowie, psychoterapeuci, specjaliści psychoterapii uzależnień i oczywiście psychiatrzy, ale także specjalistka od psychodramy, muzykoterapeutka, choreoterapeutka i instruktorka terapii zajęciowej. Idea interdyscyplinarności jest nam bardzo bliska.

Któregoś dnia w rozmowie z prof. Tadeuszem Pietrasem, który kieruje II Kliniką Psychiatryczną w IPIN, a który jest równocześnie specjalistą psychiatrą, psychologiem i psychoterapeutą, doszliśmy do wniosku, że potrzebna byłaby konferencja pokazująca znaczenie interdyscyplinarności, tak bardzo potrzebnej w procesie leczenia pacjentów.

**Dlaczego taka tematyka konferencji i dlaczego ważny element stanowi uzależnienia?**

Pracując z osobami z uzależnieniami, już dawno zauważyłam, że to problem interdyscyplinarny, wymagający zintegrowanego podejścia do pacjenta na etapie

diagnozy i procesu leczenia. Widać wyraźnie, że uzależnienie współwystępuje z innymi chorobami i zaburzeniami psychicznymi, pojawia się jako pierwsze i stanowi podłoże dla rozwoju innego zaburzenia albo też pojawia się wtórnie w przebiegu innej choroby np. jako element samoleczenia zaburzeń nastroju czy bezsensowności.

Teraz, pracując w Klinice Nerwic Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, także widzę wyraźnie jak nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienia



towarzyszą pacjentom. Dlatego wydaje mi się szczególnie ważne propagowanie idei rozumienia psychoterapii uzależnień w bardzo szeroki sposób, tak by nie zajmować się tylko uzależnieniami, ale patrzeć na pacjenta szerzej z perspektywy jego dobrostanu a nie tylko zdrowia psychicznego.

**Dlaczego teraz? Czemu to ważne?**

W leczeniu uzależnień wiele się dzieje, od lat zachodzi ewolucja w rozumieniu tego, czym uzależnienie jest, jak skutecznie pomagać pacjentowi. Do głosu dopuszczone zostały szkoły dla terapeutów uzależnień uczące pracy z pacjentem w oparciu o różne paradygmaty. Zaszły duże zmiany, połączono PARPĘ i KBdSPN, powstało Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i nowa specjalizacja me-

dyczna, wkrótce kształceni będą specjaliści w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Wydaje się, że nareszcie pojawiła się szansa, żeby leczenie uzależnień zyskało należną pozycję w systemie ochrony zdrowia. Niestety nadal nawet specjalistom niepracującym w obszarze uzależnień leczenie uzależnienia czasami kojarzy się z „odwykiem, AA”, pracą nad abstynencją według ściśle określonego programu jedynkowego dla wszystkich pacjentów.

**Na co liczycie jako organizatorzy konferencji? Co byłoby celem krótko – i długoterminowym?**

Chcemy przełamać ten stereotyp i w trakcie naszej konferencji pokazać szerszy kontekst psychoterapii uzależnienia, która de facto niewiele różni się od psychoterapii pacjentów z depresją, lękiem czy zaburzeniami odżywiania. Instytut Psychiatrii i Neurologii jest dobrym miejscem dla rozwijania tego typu idei.

Postanowiliśmy zaprosić praktyków, a jednocześnie autorytety w swojej dziedzinie, psychiatrów, psychologów, terapeutów uzależnień i psychoterapeutów.

Chcemy, żeby Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja „Psychoterapia, Psychologia Kliniczna i Psychiatria – między dyskursem humanistycznym a biomedycznym” na stałe weszła do kalendarza wydarzeń i stała się wydarzeniem cyklicznym.

rozm. I.K.

**DR N. MED. KATARZYNA NOWAKOWSKA-DOMAGAŁA**



Certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, specjalistka psycholog kliniczny, psychoterapeutka, p.o. Kierownika Kliniki Nerwic Zaburzeń Osobowości i Odżywiania w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, adiunkt w Instytucie Psychologii UŁ.

Kamienica w centrum Warszawy to jeden z najbardziej znanych adresów na stołecznej mapie leczenia uzależnienia od narkotyków. Tutaj mieści się Poradnia Monar-Hoża, kiedyś biuro Monaru i punkt konsultacyjno-leczniczy dla osób doraźnie potrzebujących pomocy, dziś nowoczesna placówka terapeutyczna

# HOŻA, CZYLI NOWA TWARZ MONARU

Idąc do placówki na Hożę, mija się eleganckie sklepy, stylowe restauracje, między którymi budują się ekskluzywne mieszkania. To ścisłe centrum, które jeszcze pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku nie wyglądało tak światowo jak dziś. Kamienice były obdrapane, zieleń zaniedbana, towarzystwo zamieszkujące mieszkania z oknami na podwórka-studnie nieco szemrane. I do tego ci narkomani na ulicy – wzdychali przechodnie. Na Hożę przychodzili oni tłumnie, blisko tu z Dworca Centralnego, na którym często rezydowali głęboko uzależnieni heroiniści, a w Monarze zawsze można było z kimś pogadać, załatwić sobie leczenie w ośrodku albo detoks, czy chociażby wymienić „sprzet”, czyli igły i strzykawki, na nowe. To tutaj uruchomiono pierwszy w Polsce program redukcji szkód, polegający na bezpłatnym rozdawaniu igieł i strzykawek, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się HIV i innych chorób zakaźnych.

## W POKOIKACH PO KOTAŃSKIM

Trudno jednak było przyjmować coraz liczniej przychodzących pacjentów w pokojach biurowych, między księgowością a gabinetem Marka Kotańskiego. Ludźmi, którzy z ulicy przychodzili do Monaru, zajmował się często Adam Nyk, dzisiejszy kierownik placówki i jej założyciel.

– Kiedy na warszawskim rynku narkotykowym zaczęło pojawiać się coraz więcej różnych narkotyków, od amfetaminy po browna, zaczęliśmy myśleć o tym, że skończył się już dawny model leczenia narkomanii, gdzie wszyscy szli najpierw na detoks, potem na dwa lata do stacjonarnego ośrodka – wspomina Adam Nyk.

Pojawiła się też potrzeba innej oferty, dopasowanej do zmieniającej się



Adam Nyk

sceny narkotykowej. Pomysł utworzenia poradni zaczął powstać na przełomie 1998/99, kiedy Adam Nyk, świeżo po ciężkim wypadku, poszukiwał dla siebie nowych form rozwoju i aktywności w obrębie Monaru.

– Utworzenie poradni na Hożej stało się moim celem i napędem do działania, a nie było tak luksusowo jak teraz, kiedy cały parter kamienicy to poradnia. Zaczynaliśmy w trzy osoby w jednym pokoiku, potem Marek Kotański przeniósł się na Marywilską, żeby rozbudowywać tam ośrodek dla bezdomnych i udostępnił nam kolejne dwa pokoiki – mówi Adam Nyk.

Ówczesny szef Monaru nie spodziewał się zupełnie, że poradnia będzie cieszyła się taką popularnością wśród osób uzależnionych.

– Do 2002 roku, roku śmierci Marka Kotańskiego, poradnia zaczęła działać pełną parą, my przestaliśmy być w niej wolontariuszami, podpisaliśmy umowy z kasami chorych, a początek działalności poradni zbiegł się z boomem na heroinę w proszku, tzw. brown sugar, czy po prostu brown – mówi Adam Nyk. Z roku na rok liczba pacjentów uzależnionych od browna w poradni na Hożej skoczyła z kilkudziesięciu do dwóch tysięcy osób

i wciąż ich przybywało. Wtedy jeszcze zespół poradni nie prowadził psychoterapii w takim kształcie, w jakim robi to dzisiaj. Była to raczej praca motywująca do podjęcia leczenia, wyjazdu do ośrodka, trochę pracy edukacyjnej z rodzinami, zwłaszcza matkami, gdyż to one najczęściej pojawiały się w poradni, szukały wsparcia w funkcjonowaniu z dzieckiem uzależnionym od heroiny.

## POMAGANIE W NOWYCH CZASACH

Wizja tego, jak powinna działać poradnia, kształtowała się od wielu lat.

– Zaczynałem swoją pracę trzydzieści lat temu na detoksie i w poradni w Krakowie, już wtedy zaczynała kiełkować idea, że terapia uzależnień powinna pójść nieco głębiej niż tylko prosta terapia przez pracę, że potrzebujemy terapeutów wykształconych w różnych nurtach psychoterapii. Ważnym dla mnie doświadczeniem była też praca w służbie więziennej, w oddziale terapeutycznym. Pokazała mi, jak łatwo sądy szafują karą więzienia wobec osób uzależnionych, dla których być może lepszym wyjściem byłoby działania terapeutyczne i resocjalizacyjne na wolności – wspomina Adam Nyk.

Dziś w poradni najważniejsze wartości to indywidualne podejście do każdego pacjenta, podążanie za jego potrzebami, praca z rodziną, wreszcie brak nacisku na to, że abstynencja jest jedyną słuszną drogą.

Kierownikowi placówki udało się dobrać zespół, który pracuje ze sobą od wielu lat.

– Od początku ogromne znaczenie miała dla nas superwizja. Dzisiaj to już standard, ale kiedy zaczynaliśmy, niewiele zespołów miało dostęp do superwizji. My zaczęliśmy superwizję zespołową na etapie kształtowania zespołu, dopasowywania się do siebie kadry. To nam bardzo

*pomogło w budowie stabilnej, mającej do siebie zaufanie i umiejącej radzić sobie z kryzysami ekipy. Ja za to nabrałem wtedy dużo pokory jako szef placówki – mówi z uśmiechem Adam Nyk.*

Choć Hoża działa w strukturach Monaru, jest całkowicie niezależna, zarówno finansowo, jak i w dziedzinie psychoterapii czy zarządzania zespołem. Tylko kierownik placówki podlega nadzorowi technicznemu zarządu Stowarzyszenia Monar, ale już w ramach swojej placówki „rządzi” samodzielnie. Tak jest w każdym ośrodku czy domu Monaru. Kadra placówki została więc dobrana przez jej szefa. Zespół poradni cały czas regularnie korzysta z supervizji – raz w miesiącu z indywidualnej i w kolejnym miesiącu – z zespołowej, prowadzonej obecnie przez supervisora Krzysztofa Parusińskiego.

*– W ogóle nie wyobrażam sobie, żebyśmy mieli bez tego funkcjonować, to integralna część pracy zespołu terapeutycznego – mówi Adam Nyk.*

Raz w miesiącu odbywają się zebrania zespołu, na których omawiane są najróżniejsze sprawy techniczne, organizacji poradni, planowanych zmian, ale też relacji w zespole i tego, jak zespołowi pracuje się z szefem.

*– Staram się zawsze o to pytać – zapewnia kierownik placówki.*

Wszyscy zatrudnieni na Hożej terapeutycy mają certyfikat specjalisty terapii uzależnień. Kierownik poradni, Adam Nyk, z wykształcenia jest socjologiem, podobnie jak jego zastępczyni, Mariola Jaczewska, która jest też certyfikowaną psychoterapeutką psychoanalityczną. W tym samym nurcie pracuje psycholog Paweł Siłakowski, zaangażowany również w działania streetworkingowe w Społecznym Komitecie ds HIV/AIDS. Ogromne doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi ma też Janusz Tytman, który zaczynał pracę w 1993 roku w Ośrodku Wczesnej Rehabilitacji Przytulisko przy ul. Wenedów w Warszawie. W kadrze poradni znalazły się jeszcze terapeutki Sylwia Minda-Grzyb i Marta Walichnowska, psycholog Damian Szestopałko oraz psychiatra Elżbieta Dżisiewicz.

## CELE PACJENTÓW, CELE TERAPEUTÓW

Na Hożą pacjenci przychodzą od rana do wieczora.

*– To osoby używające problemowo narkotyków oraz uzależnione od nich. Najczęściej są to uzależnienia mieszane, również połączone z uzależnieniem od alkoholu. Praktycznie każdy nasz pacjent ma jakąś styczność czy problem z alkoholem – mówi Marta Walichnowska, terapeutka. – Jeżeli chodzi o narkotyki, pacjenci to głównie użytkownicy mefedronu, marihuany, widzimy też powrót opiatów, w tym morfiny, oraz dużo uzależnień lekowych. Często to osoby wysokofunkcjonujące, wcale nieprzypominające heroinistów sprzed lat.*

I nie zawsze ich celem jest abstynencja. Przeciwnie – chcą w dalszym



ciągu palić „ziół”, zażywać mefedron rekreacyjnie, ale robić to rzadziej i mieć nad tym większą kontrolę. Terapeuci pozostają otwarci również na takie cele terapeutyczne.

*– Monar i w ogóle leczenie narkomanii mocno wiąże się z ideą redukcji szkód, każdy pacjent przychodzi ze swoim pomysłem na leczenie, na swoje życie, a my jesteśmy od tego, aby pomóc mu wykonać nawet mały krok w stronę zdrowia – tłumaczy Marta Walichnowska. Jak dodaje Sylwia Minda-Grzyb, pacjenci po jakimś czasie pracy nad redukcją używania sami dochodzą do wniosku, że te próby ograniczania kosztują ich dużo więcej niż utrzymywanie abstynencji.*

Poradnia czynna jest we wszystkie robocze dni od 9.00 do 21.00, a zatrudnieni tu terapeuci mają codziennie wypełnione grafiki. Bazują przede wszystkim na sesjach indywidualnych, które z reguły odbywają się raz w tygodniu, w ustalonym dniu i godzinie. W wyjątkowych przypadkach sesje mogą odbywać się częściej, dwa, trzy razy w tygodniu lub rzadziej – raz na dwa tygodnie.

Podczas pierwszych sesji terapeutycznych terapeuta ustala oczekiwania i cele, z jakimi osoba zgłasza się na terapię. W trakcie tych sesji przekazywane są zasady obowiązujące w ramach terapii, przeprowadzany jest wywiad,

## DEPRESJA I OPIOIDY

Wśród osób z zaburzeniami używania opioidów (OUD) współwystępująca depresja wiąże się z większym ryzykiem nadużywania opioidów, przedawkowania i samobójstwa. Mniej wiadomo na temat cech i innych współwystępujących schorzeń osób ze współwystępującym zażywaniem opioidów i zaburzeniami depresyjnymi. W badaniu wykorzystano spotkania z elektronicznymi kartotekami zdrowia (EHR) z Systemu Opieki Zdrowotnej Geisinger przed jesienią 2019 r. Czterdzieści siedem procent pacjentów z OUD miało diagnozę depresji przez całe życie. Osoby ze współwystępującą depresją częściej to kobiety cierpiące na przewlekły ból lub inne schorzenia. Współwystępująca depresja wiązała się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia innych zaburzeń zdrowia psychicznego i używania substancji psychoaktywnych, a także przedawkowania opioidów i/lub prób samobójczych lub myśli samobójczych. Chociaż ustalono, że współwystępująca depresja wiąże się ze zwiększonym ryzykiem przedawkowania i samobójstwa, to badanie pokazuje, że inne schorzenia, w tym przewlekły ból i powszechne schorzenia, są bardziej rozpowszechnione wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi. Wyniki podkreślają potrzebę uwzględnienia tych złożonych potrzeb zdrowotnych podczas opracowywania planów leczenia i usług.

Źródło: Współwystępujące zażywanie opioidów i zaburzenia depresyjne: charakterystyka pacjenta i współwystępujące schorzenia; <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2021.1979349>

a także ustala się realne cele do zrealizowania w terapii. Kadra placówki stara się, aby oferta była systemowa.

– *Prowadzimy także terapię grupową dla osób współuzależnionych, dla rodziców i osób bliskich. Obecnie funkcjonują dwie takie grupy o charakterze półotwartym* – mówi Janusz Tytman. W planach jest także uruchomienie grupy motywacyjnej dla osób uzależnionych oczekujących na miejsce w terapii.

Standardowo terapia indywidualna w poradni trwa około dwóch lat, ale w razie potrzeby bywa wydłużana.

– *Młodzi ludzie często tego potrzebują. Miałam pacjenta, który rozpoczął terapię w wieku piętnastu lat, a zakończyliśmy ją, kiedy miał dziewiętnaście* – wspomina Marta Walichnowska.

## MIEJSCE DLA WSZYSTKICH

Do poradni są w tej chwili ogromne kolejki. Nie ma szans na to, żeby zostać przyjętym interwencyjnie, choć, jak przyznaje Janusz Tytman, gdyby była taka możliwość, miałoby to ogromne znaczenie i dla pacjentów, i dla terapeutów, którzy w tej chwili muszą ludzi „z ulicy” albo w kryzysowej sytuacji odsyłać.

– *Na przyjęcie czeka obecnie 580 osób i cały czas zapisują się nowe* – mówi Janusz Tytman. Tak duże zainteresowanie podjęciem terapii na Hożej sprawia, że klienci na pierwszą konsultację zazwyczaj muszą czekać kilka miesięcy.

– *To dla mnie ogromne psychiczne obciążenie, bo wiem, że te osoby potrzebują pomocy szybciej niż za pół roku, a ja mam do dyspozycji tylko określoną liczbę godzin zakontraktowanych przez NFZ. Leczenie w naszej poradni jest wyłącznie bezpłatne* – tłumaczy Adam Nyk. Poradnia zrobiła wszystko, co mogła, aby przyjmować jak najwięcej potrzebujących osób.

W ostatnim czasie wyremontowano dwa dodatkowe pomieszczenia w kamienicy na pokoje terapeutyczne, zatrudniono dwie nowe osoby, jedną specjalnie pod kątem młodzieży, bo trafiają tu już dzieci urodzone w latach 2007-2008.

– *Piętnastolatek już nikogo u nas nie zaskakuje, ostatnio jakaś mama prosiła o pomoc dla dwunastoletniego dziecka, palącego intensywnie marihuanę* – mówi Adam Nyk, który mimo nawału obowiązków związanych z szefowaniem placów-



ce, również regularnie przyjmuje pacjentów. Około sześćdziesiąt, osiemdziesiąt procent z nich to ludzie bardzo młodzi. Praca z nieletnimi musi uwzględniać również kontakt z ich rodzicami, nie tylko pod kątem leczenia ich dziecka, ale też uświadomienia dorosłym, że najczęściej i oni potrzebują terapii.

– *Bo przecież najczęściej rodzice przychodzą do nas tylko z dzieckiem, do naprawy, a sami nie widzą w swoim zachowaniu nic do skorygowania* – mówi Adam Nyk. Podobne spostrzeżenia ma Sylwia Minda-Grzyb, terapeutka zajmująca się najmłodszymi pacjentami na Hożej.

– *To najczęściej nie są dzieciaki z patologii, ale z tak zwanych dobrych rodzin, takich, które rozpieszczają materialnie, ale nie dbają specjalnie o emocjonalne potrzeby dziecka. Bywają dzieci zarówno rodziców nieobecnych całymi dniami w domu, jak i tych bardzo nadopiekuńczych i kontrolujących* – mówi terapeutka.

Na początku, w czasie pierwszych konsultacji diagnostycznych, terapeuci oceniają, czy danemu pacjentowi lepiej posłuży terapia ambulatoryjna czy stacjonarna. Kiedy zachodzi taka potrzeba, terapeuci kierują podopiecznych do ośrodka stacjonarnego, których Monar ma wciąż w Polsce całą sieć. Jednak dzieje się tak coraz rzadziej.

– *Dziś pacjentów, którzy kwalifikują się do ośrodka stacjonarnego, jest dużo mniej, niewielu jest też takich, którzy dąliby się do tego nakłonić, bo dla młodego dziecka pójdzie na rok do ośrodka*

*to abstrakcja* – mówi kierownik Hożej. Bardzo często tak radykalne kroki nie są konieczne. Większość pracy terapeutycznej odbywa się więc ambulatoryjnie, zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów. Jednak czasami rzeczywiście przychodzą ludzie, którzy proszą o załatwienie detoksu czy ośrodka.

– *My jako terapeuci nie możemy tego robić, ale mamy naszą panią Justynę w sekretariacie, która pomaga osobom w takiej sytuacji, daje kontakty, namiary, doradza odpowiednie placówki, umożliwia wykonanie od nas telefonu. Tyle że osoba zainteresowana terapią stacjonarną albo w szpitalu, ze względów prawnych musi tam zadzwonić osobiście* – tłumaczy Marta Walichnowska.

Choć na Hożej mają wciąż pełne ręce roboty, planów na przyszłość nie brakuje.

– *Marzy mi się stworzenie miejsca dla najmłodszych pacjentów, takich, którzy jeszcze nie są uzależnieni, ale są już po inicjacji narkotykowej. Wyobrażam sobie to jako bezpieczne miejsce dla nich, grupę ze wsparciem terapeutycznym, gdzie oddziaływania byłyby bardziej korekcyjne, wspierające, żeby zatrzymać te dzieciaki przed coraz głębszym wchodzeniem w branżę. A takich dzieci jest całe mnóstwo* – mówi Adam Nyk.

Wkrótce więc na mapie dostępnej w Warszawie pomocy może pojawić się całkiem nowe i nowatorskie w swoim zamyśle miejsce. Takie, jakim w 1998 roku była poradnia na Hożej.

Agata Łato



Trawestując powiedzenie Św. Augustyna o śpiewie i modlitwie, można stwierdzić, że uczy się ten, kto czyta nasz kwartalnik, a uczy się dwa razy ten, kto do niego pisze.

Pisanie zachęca do pogłębiania wiedzy, doskonalenia umiejętności, docierania do źródeł oraz aktualizacji treści, o których chcemy pisać. Zmusza do hierarchizowa-

nia i systematyzowania posiadanych informacji, precyzyjnego i odpowiedzialnego formułowania tego, co uznajemy w przekazie za ważne i godne podzielenia się z innymi. Rodzi też refleksję nad tym, czy nasz sposób komunikowania się z innymi jest czytelny, dostosowany do potrzeb i możliwości odbiorcy. Związły i konkretny.

Pisanie to gotowość do ujawniania się, sprawdzania, czym i w jakim stopniu możemy się dzielić z innymi. Wymaga badania i definiowania obszarów i granic tej gotowości. Sprzyja odkrywaniu własnych zasobów i odważnemu mierzeniu się z ograniczeniami, których doświadczamy w trakcie tworzenia tekstu. Opisywanie pomaga przetwarzać i uwewnętrzniać przeżyte doświadczenia, którymi pragniemy się dzielić, i z których wnioski chcemy implementować do naszej praktyki pracy z pacjentami. Tworzenie artykułów, tekstów uczy nas oddzielać opis od oceny, wiedzę od opinii, unikać uogólnień i uproszczeń.

Pisząc z zamiarem udostępnienia tego czytelnikom, spotykamy się z naszym wewnętrznym krytykiem, obawą przed ocenianiem przez odbiorców lub niezgodą na to, co przekazujemy. Tworząc teksty do publikacji, dogadujemy się z wewnętrzną cenzurą i strażnikami naszej strefy komfortu.

Pisanie potwierdza naszą obecność i nieobojętność. Zostawia ślad, który sytuuje nas w czasie i przestrzeni. Ślad, który może być inspiracją, potwierdzeniem lub punktem odniesienia albo otwarciem, etapem lub domknięciem. Dla nas samych i dla naszych czytelników.

Dlatego zachęcam do tworzenia Terapii, początki mogą być czasem trudne, ale to przecież my, terapeuci, uczymy, jak przełamywać lęki, strach i pokonywać bariery.

*David Farnsworth*



## OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO



**S**zanowne Koleżanki i Koledzy, dorobek współczesnej wiedzy w dziedzinie harmonijnego rozwoju podpowiada, że adekwatna i wrażliwa wymiana energii i reakcji staje się podwaliną wystarczająco dobrej relacji z drugim człowiekiem. Eksperyment Edwarda Tronicka „Stiil face” ukazał nam potencjalne zaburzenia mogące być efektem nieodzwierciedlenia dziecka w adekwatny sposób.

Nie chcę przez to powiedzieć, że redakcja TERAPII jest narażona na zaburzenia rozwojowe, ale tym pozornie absurdalnym zestawieniem, chciałbym zachęcić Państwa do wy-

miany myśli między autorami piszącymi w TOUiB a Czytelnikami. Jest na to szansa w postaci spontanicznych reakcji i komentarzy na fanpagu TERAPII oraz w nieco dłuższych formach na stronie internetowej [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

Zakładka „zasady publikacji” wyjaśnia, w jaki sposób można współtworzyć nasze wspólne, bądź co bądź przedsięwzięcie.

Wymiana myśli między autorami a Czytelnikami może mieć charakter rozwojowy dla naszego pisma. Jak każda wymiana ;)

Przypominamy jednocześnie, że autorzy wypowiedzi, które zostaną opublikowane na stronie internetowej bądź fanpagu, otrzymają książki Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wkrótce zaprezentujemy tytuły do wyboru.

Dbajmy o siebie, dobrych wakacji!

**Piotr Cholerzyński**  
– redaktor wydania internetowego

# LABORATORIUM PSYCHOEDUKACJI

Zapraszamy do udziału w IV edycji Szkoły Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia!  
(IX 2022 – VI 2024)



Szkoła Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia (SPOPU) to kompleksowe interdyscyplinarne szkolenie oferujące wyjątkowe podejście do pracy z pacjentami. Łączy ono teorię więzi z teorią psychodynamiczną, czerpiąc również z dokonań neuronauki. Integracja narzędzi z tych dziedzin daje szerokie możliwości pracy z osobami uzależnionymi. Podstawą szkolenia jest nauka stosowania tych narzędzi w praktyce klinicznej.

**Pomysłodawczynią, kierowniczką i główną superwizorką Szkoły jest Bożena Maciek-Haściło** – certyfikowana superwizorka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, superwizorka psychoterapii uzależnień i członkini Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.

## W trakcie szkolenia poruszane będą następujące zagadnienia:

- Teoria więzi i neuronauka jako podstawa rozumienia uzależnienia.
- Diagnoza problemów wynikających z nadużywania i uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych oraz ich klinicznych źródeł
- Dynamika rodziny z problemem nadużywania
- Kontraktowanie pracy z osobami uzależnionymi zgodnie z ideami psychoterapii psychodynamicznej
- Założenia psychoterapii psychodynamicznej w pracy z osobami uzależnionymi opartej na doświadczaniu i więzi
- Możliwości ISTDP oraz terapii doświadczeniowych (EFT, Focusing) w oparciu o dokonania neuronauki
- Uzależnienia w oparciu o teorie psychodynamiczne i teorię więzi – techniki pracy
- Rozumienie uzależnień i trudności w pracy z nimi z perspektywy wewnętrznych struktur osobowości
- Techniki psychodynamiczne stosowane w pracy z osobami uzależnionymi
- Psychodynamiczna psychoterapia grupowa i jej zastosowanie w pracy z pacjentami uzależnionymi
- Trauma a uzależnienia – skutki i proces adaptacji

Gościem specjalnym będzie Jon Frederickson, wybitny trener i superwizor ISTDP, który specjalnie dla słuchaczy SPOPU poprowadzi warsztaty „Projekcja woli u pacjentów uzależnionych”, oraz „Ocena i regulacja leku u pacjenta uzależnionego”, „Superego u pacjenta uzależnionego”



Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

## ŚLĄSKA FUNDACJA „BŁĘKITNY KRZYŻ” ZAPRASZA TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ I LEKARZY na szkolenie pn. PRZYWIĄZANIE CZY UWIĄZANIE

Szkolenie będzie miało formę warsztatowo-wykładową w wymiarze 60 godzin. Zajęcia będą odbywały się w dwóch sesjach zjazdowych o tematyce:

- 1 zjazd (3-dniowy) - Wykłady i warsztaty dotyczące przywiązania i traumy.
- 2 zjazd (4-dniowy) - Wykłady i warsztaty dotyczące uzależnień behawioralnych w powiązaniu z przywiązaniem i traumą.

### Wymagania dla uczestników:

1. Wypełniona ankieta zgłoszeniowa [ANKIETA ZGŁOSZENIOWA](#)
2. Zatrudnienie w Ośrodku Leczenia Uzależnień (informujemy, że wg wytycznych KBPN pierwszeństwo uczestniczenia w szkoleniu mają osoby zatrudnione w placówkach świadczących bezpłatną pomoc dla osób uzależnionych)
3. Wykonywany zawód terapeuty uzależnień lub lekarz
4. Uiszczenie opłaty rekrutacyjnej w wysokości 200,00 zł na konto numer: 39 8111 0009 2001 0034 8519 0033

### ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA!!!

INFORMUJEMY, ŻE PRZYJMujemy ZAPISY TYLKO NA CAŁOŚCIOWE SZKOLENIE A NIE NA WYBRANY MODUŁ.

### TERMIN SZKOLENIA

- ZJAZD 1 - 16-18 wrzesień 2022  
ZJAZD 2 - 13-16 październik 2022

### MIEJSCA SZKOLENIA:

Ośrodek Błękitnego Krzyża im. Matki Ewy  
ul. Paderewskiego 3,  
43-200 Pszczyna  
woj. śląskie

### KONTAKT:

telefon: 501-399-178  
e-mail: [granty@bk-europe.pl](mailto:granty@bk-europe.pl) w temacie e-mail: „szkolenie przywiązanie czy wiązanie 2022”

ANNA  
DODZIUK VAN KOOTEN

## JUREK

Trudno uwierzyć, że tyle mogło się zdarzyć dzięki jednemu człowiekowi: na lepsze zmieniło się życie setek tysięcy pojedynczych osób i rodzin, ale też całych grup i kategorii społecznych oraz zwykle bardzo opornych na zmianę instytucji, również państwowych. To są czasy bez bohaterów, ale z tej zasady wyłamał się – czy to możliwe? – psycholog. Zwołał innych ludzi, żeby dokonać radykalnych przekształceń w bodaj najbardziej ponurym wycinku rzeczywistości społecznej: w leczeniu alkoholików, pomocy dla ich żon i dzieci oraz dla ofiar przemocy domowej.

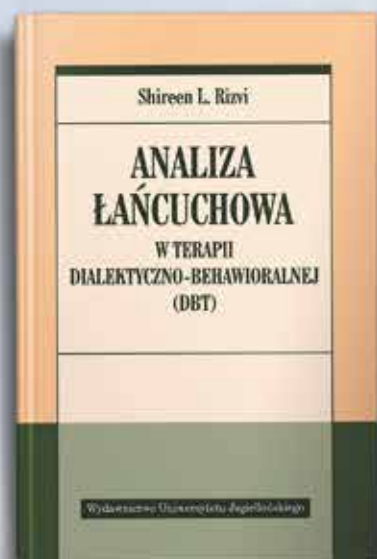
Do nabycia:



Instytut Psychologii  
Zdrowia Polskiego  
Towarzystwa  
Psychologicznego

## Seria PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Podręczniki autorstwa światowej klasy specjalistów przeznaczone dla psychiatrów i psychoterapeutów opisujące techniki terapii oraz monografie na temat konkretnych zaburzeń psychicznych i poszczególnych szkół terapeutycznych. Zaletą publikowanych w serii tytułów jest przede wszystkim ich bardzo wysoki poziom merytoryczny. Wszystkie publikacje powstają we współpracy ze specjalistami z ośrodków naukowych w całej Polsce.



Poznaj możliwości analizy łańcuchowej w terapii DBT



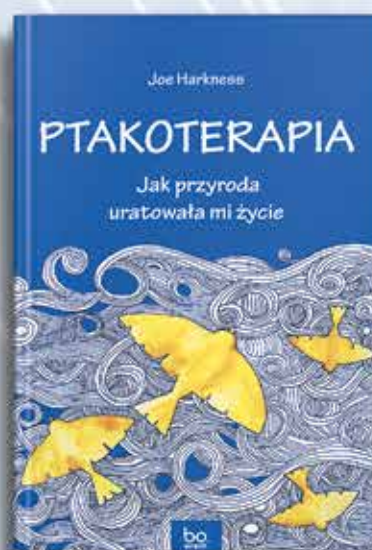
Oryginalna monografia dostarczająca materiału, który zmusza do przemyślenia, czym jest koncept diagnozy psychoterapeutycznej



Klarowny opis podstawowych pojęć i technik DM, uzupełniony o dialogi, ćwiczenia i praktyczne zadania



Kompleksowy podręcznik poświęcony zespołom konsultacyjnym w DBT



Po dogoterapii i hipoterapii nadszedł czas na ptakoterapię!



WYDAWNICTWO  
UNIwersYTETU  
JAGIELLOŃSKIEGO

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

