

## UWAGI NA TEMAT PRACY Z TRAUMĄ I WSPÓŁCZESNYCH NIEPOKOJÓW. WPLYW TRAUMATYCZNYCH WYDARZEŃ NA OŻYWIANIE KOPERT WRAŻLIWOŚCI

Joanna Górniak

Funkcjonowanie psychiki z doświadczeniem traumy można rozumieć na wiele sposobów. W niniejszym artykule zaprezentowane zostaną niektóre teorie naświetlające post-traumatyczną dynamikę oraz wyzwania terapeutyczne w pracy z traumą, które wydają się aktualne w świetle współczesnych niepokojów społeczno-politycznych związanych z pandemią koronawirusa oraz wybuchem wojny na Ukrainie.

Słowo trauma pochodzi od greckiego słowa „przebić”. Freud postrzegał traumę jako skutek doświadczenia sytuacji zagrożenia życia własnego lub osoby bliskiej, któremu towarzyszą poczucie bezsilności i lęku przed śmiercią. Freud postrzegał jako traumatyczne „*takie podniety z zewnątrz, które są dostatecznie silne, by przelamać barierę ochronną*” (2012, s. 30). Na skutek zewnętrznej katastrofy dochodzi do przerwania tarczy ochronnej w sytuacji, w której zbyt dużo lęku zalewa aparat psychiczny i nic z tym stanem nie można zrobić. Zadaniem tarczy ochronnej jest przesiewanie, wyhamowywanie, rozróżnianie i relokacja materiału napływającego z zewnętrznych i wewnętrznych bodźców po to, abyśmy mogli być stale zorientowani w zewnętrznej i wewnętrznej rzeczywistości oraz na przestrzeni czasu. Znaczący dla rozmiaru naruszenia tarczy jest stopień bliskości poczucia, że jednostka lub ktoś jej bliski umrze, a także intensywność lęku oraz poczucia bezsilności, jakie czuła wobec tego zdarzenia.

Przebicie tarczy ochronnej ego pociąga za sobą ogromne konsekwencje. Pomieszanu ulegają wszystkie treści psychiczne, podczas gdy rzeczywistość zaczyna być postrzegana w sposób niezrozumiały, pomieszany, a nawet psychotyczny. Załamane, a czasem nawet zniszczone, zostają kategorie i umysłowe podziały różnicujące i porządkujące rzeczywistość, w tym przetwarzanie zalewających nas bodźców. Z jednej strony psychika zostaje zalana intensywnymi bodźcami pochodzącymi z zewnątrz (na skutek doświadczenia traumatycznego zdarzenia), a z drugiej zostaje ona zalana bodźcami pochodzącymi z wewnątrz. Bodźce pochodzące z zewnętrznego wydarzenia bywają tak potężne i intensywne, że psychika nie jest w stanie poradzić sobie z ich przepracowywaniem za pomocą dotychczasowych, znanych jej sposobów przetwarzania i mechanizmów obronnych. Judith Herman pisze, że emocje, jakie pojawiają się u ocalańców wykraczają poza przestrzeń przeciętnych reakcji emocjonalnych i przerastają przeciętną wydolność emocjonalną (2015, s.42). Zredukowana aktywność psychiczna zostaje zorganizowana wokół zarządzania traumą, przenikającą wszystkie struktury aparatu psychicznego, a jej celem staje się ochrona przed rozpadem. Herman przytacza opisanie przez poetę Roberta Graves’a doświadczenie zdominowania jego psychiki przez traumę wywołaną doświadczeniem I wojny światowej:

*„Nadal byłem mentalnie i nerwowo przygotowany na wojnę. Pociski wybuchały na moim łóżku w nocy, pomimo iż dzieliła je ze mną Nancy; za dnia obcy przybierali twarze przyjaciół, którzy zostali zabici. Kiedy byłem na siłach, żeby wspiąć się na wzgórze za Harlech i odwiedzić mój ulubiony kraj, nie byłem w stanie postrzegać go inaczej, aniżeli jako potencjalnego pola bitwy”* (2015, s.35).

Wobec niemożności skorzystania z mechanizmu walki/ucieczki, jednostka pozostaje w stanie bezradności również wobec napływającego intensywnego lęku. Nagromadzona energia nie może w tej sytuacji zostać aktywnie przekierowana, a zamiast tego nagromadzona w

organizmie adrenalina zaczyna wywoływać stan silnego pobudzenia i niepokoju oraz lęku, co dodatkowo obciąża ego.

Doświadczenie traumatyczne zawsze prowadzi do zmian, a nawet spustoszeń. Przede wszystkim wydaje się, że podziurawiona tarcza ochronna funkcjonuje po traumie na zasadzie sita, nie spełnia już swojej ochronnej i selekcyjnej funkcji. Następuje załamanie poczucia kategoryzacji i konceptualizacji rzeczywistości oraz self. Załamaniu ulega dotychczasowy system kategoryzowania, porządkowania i rozumienia rzeczywistości, powstaje totalne pomieszanie, w którym miesza się przeszłość z teraźniejszością, treści zewnętrzne z wewnętrznymi, oraz dobro ze złem. Jak to opisała jedna z pacjentek, *„jest to jak puzzle, dla których trzeba na nowo stworzyć obrazek i je według niego poukładać”*.

Psychika, zalewana treściami traumatycznego zdarzenia, aktywuje struktury limbiczne mózgu oraz reakcję obronną organizmu. Niejako „wyłączone” z obiegu przetwarzania informacji zostają obszary mózgu odpowiedzialne za myślowe i symboliczne opracowywanie przeżyć oraz tworzenie dla nich narracji. W zamian pojawiają się sekwencje akcji-reakcji, traumatycznych odtworzeń, mechanizmy rozszczepiania, dysocjacji i fragmentacji przeżyć, ewakuacja niestrawialnych dla psychiki treści na zewnątrz, a także komunikowanie ich za pomocą projekcji i identyfikacji projekcyjnej. Ogromną rolę w komunikowaniu oraz kontenerowaniu traumy odgrywa ciało i psychosomatyka. Załamana zostaje zdolność do refleksji i kontenerowania wewnętrznego chaosu. Załamane zostaje funkcjonowanie struktur psychicznych, których zadaniem jest porządkowanie doświadczeń i ochrona przed dezintegracją.

Teoria Melanie Klein na temat istnienia „dobrej i złej piersi” sugeruje iż poczucie braku obecności „dobrej” matki zostaje zastąpione obecnością jej „złego” odpowiednika, a wewnątrzpsychiczne reprezentacje dobrych obiektów zostają zastąpione złymi. Podobnie na skutek traumy obiekty, które w czasie sprzed katastrofy były przeżywane jako dobre, po katastrofie zaczynają być przeżywane jako złe. Często pojawia się w narracji pacjentów z doświadczeniem traumy poczucie, że wcześniejsze dobre obiekty są złe ponieważ zawiodły i nie zdołały ochronić przed traumatycznym wydarzeniem. Podobnie zaczyna być postrzegany w wyniku katastrofy świat w ogóle. W fantazji ocalańca wcześniejszy wspierający, bezpieczny i dobry świat oraz ludzie zostają zrównani z przekonaniem o istnieniu ich złych, okrutnych, niebezpiecznych, niechroniących i niewspierających odpowiedników. Utracone zostaje poczucie nadziei i wiary w przyszłość oraz dostęp do karmiących relacji z wydolnymi dobrymi obiektami. Ocaleniec nieustannie funkcjonuje w stanie podwyższonego lęku i zaalarmowania.

Caroline Garland (1991) przyrównała opisany przez Freuda poziom ekstremalnego obciążenia połączonego z przerażeniem i poczuciem bezradności, powstały na skutek zewnętrznego katastroficznego wydarzenia, do opisanego przez Klein stanu niemowlęcego, w którym dominują agresywne i destrukcyjne impulsy, lęk przed unicestwieniem oraz stan bezsilności. Koncepcja Garland zakłada, że zewnętrzne traumatyczne zdarzenie rozbudza potężne, prymitywne wczesne stany psychiczne, w tym lęki prześladowcze, lęki przed rozpadem oraz pokłady agresji, wściekłości i sadyzmu, a także prymitywne mechanizmy radzenia sobie z rzeczywistością wewnętrzną i zewnętrzną, polegające na ewakuowaniu na zewnątrz wszystkiego, co dla jednostki jest nie do zniesienia. Znaczenie, jakie zostaje odtąd nadawane przez ocalańca traumatycznemu doświadczeniu powstaje w oparciu o uaktywnione wczesne stany umysłu i prymitywne kategorie rozumienia rzeczywistości i self oraz wiązanie z nimi traumatycznych doświadczeń.

Garland odwołuje się również do teorii Hanny Segal na temat formacji symboli. Przytoczyła ona za Segal, że jeżeli nastąpiło jedynie częściowe osiągnięcie pozycji depresyjnej oraz częściowe postrzeganie całościowych obiektów, to efektem może być rozszczepienie takich obszarów, w których przechowywane są wcześniejsze niezintegrowane doświadczenia ego. Te niezintegrowane doświadczenia przechowywane są w zamkniętych przestrzeniach i

„stanowią nieustanne zagrożenie dla równowagi. W najgorszym wypadku następuje załamanie psychiczne i wczesne lęki oraz poddane rozszczepieniu treści zrównania symbolicznego atakują ego” (1991, s.520). Pod wpływem zewnętrznego, przerażającego doświadczenia szczelnie zamknięta, być może na wiele lat, kapsuła zostaje rozerwana, a jej zawartość zalewa ego od wewnątrz, mieszając się z bodźcami pochodzącymi z zewnętrznego zdarzenia. Zewnętrzne i wewnętrzne treści wzajemnie na siebie oddziałują. Garland zaproponowała, że „trauma w bezpośredni sposób uruchamia obszary postrzegane przez Biona za psychotyczną część osobowości, lub co Segal nazwałaby „wyizolowaną kieszenią schizofrenii” (1991, s. 520). Garland (1991) sugeruje również za Segal, że na każdym etapie rozwoju jednostki może, przy pojawieniu się zbyt silnych lęków, nastąpić regresja do funkcjonowania w pozycji schizo-paranoidalnej oraz do używania identyfikacji projekcyjnej jako obrony przed lękiem.

Segal (1957) postrzegала formowanie symboli jako przejście od myślenia konkretnego, charakterystycznego dla pozycji schizo-paranoidalnej, do symbolizacji właściwej. Uważała, że za pomocą funkcji symbolizacji, będącej osiągnięciem rozwojowym należącym do pozycji depresyjnej, a zatem do bardziej zintegrowanego ego, zostają rozwiązane wcześniejsze nierozwiązane konflikty oraz obniżony poziom lęku. Lęki, z którymi wcześniej psychika nie była w stanie sobie poradzić z powodu konkretności doświadczenia obiektu i jego zamienników w formie zrównań symbolicznych, zostają stopniowo opracowywane za pomocą symboli i jako takie mogą zostać zintegrowane.

Garland przyrównuje funkcjonowanie na poziomie schizo-paranoidalnego stanu umysłu i zrównania symbolicznego do funkcjonowania psychiki po traumie. Matka, jako pierwotny obiekt, jak i inne obiekty i świat w ogóle, są przeżywane przez ocalańca jako złe i niebezpieczne obiekty, nierozróżnialne od niebezpieczeństwa, przed którym nie zdołały uchronić ocalańca. Zewnętrzna katastrofa jest według niej przeżywana na nieswiadomym poziomie jako porażka matczynego obiektu i zostaje połączona z porażką pierwotnego matczynego obiektu. Pracując z osobami z doświadczeniem traumy możemy zauważyć przeżywanie obiektów jak i wszelkich osób reprezentujących zewnętrzną rzeczywistość jako złych, niedobrych, tych które przyzwoliły na tragedię lub nie zdołały przed nią uchronić, nawet jeżeli na poziomie racjonalnym uchronienie przed zewnętrzną katastrofą byłoby realnie niemożliwe. Załamuje się ponadto podstawowe zaufanie w bezpieczeństwo i przewidywalność świata oraz wiara w to, że przy kolejnej katastrofie zewnętrzne obiekty nie zawiodą. Załamaniom tym towarzyszy szereg intensywnych, nieskontenerowanych uczuć wściekłości, potrzeby odwetu i sadystycznego triumfu. Często poczucie bycia ofiarą miesza się z identyfikacją z agresorem, która w połączeniu z rozszalałą wściekłością, potrzebą zemsty i potrzebą odzyskania kontroli i sprawczości, przyczynia się do podejmowania agresywnych działań. Potężnym projekcjom podlegają zarówno stany bezradności, bezsilności, przerażenia czy paraliżu, jak i okrucieństwa, sadyzmu i nienawiści.

### **Uwagi na temat pracy terapeutycznej**

Pod wpływem traumatycznego wydarzenia ulega załamaniu całe dotychczasowe wyobrażenie o otaczającym świecie i sobie samym. Powrót do „zdrowia” po traumie polega na integracji tego doświadczenia w obrębie psychiki, przeżyciu żałoby po wszystkim, co w wyniku zdarzenia zostało bezpowrotnie utracone, oraz wypracowaniu nowego sposobu postrzegania i rozumienia rzeczywistości. Na skutek traumy nic już nigdy nie będzie takie samo. Pomoc osobie z doświadczeniem traumy polega na przywróceniu jej zdolności do zarządzania własnymi doświadczeniami i symptomami, mentalizacji własnych stanów, wypracowania dla nich nowego znaczenia i narracji.

Z pacjentem z doświadczeniem traumy pracujemy na dwóch przenikających się i wzajemnie oddziałujących na siebie płaszczyznach. W obrębie pierwszej płaszczyzny praca jest skoncentrowana na objawach stresu pourazowego wynikających bezpośrednio z

doświadczenia zewnętrznej katastrofy. Praca na drugiej płaszczyźnie obejmuje dynamikę wewnątrzpsychiczną, jaka uaktywniła się pod wpływem zewnętrznego traumatycznego wydarzenia oraz znaczenia, jakie pod wpływem uaktywnionych pierwotnych stanów zostało nadane traumie i post-traumatycznej rzeczywistości.

Trauma sprowadza funkcjonowanie psychiczne jednostki do przetrwania i redukcji funkcjonowania do prostych i często prymitywnych sposobów zarządzania psychiką. Ponieważ zdolność myślenia przy użyciu słów jako symboli i budowania narracji na temat traumatycznego doświadczenia ulega załamaniu, dominujące stają się wszelkiego rodzaju traumatyczne odtworzenia i rozegrania w konkretnej formie, freudowski mechanizm wiązania traumatycznych treści, rozszczepienie oraz komunikacja niewerbalna za pomocą potężnych projekcji i identyfikacji projekcyjnej.

W początkowym etapie pracy, istotne jest uznanie i walidacja doświadczenia zewnętrznego horroru oraz jego realnego wpływu na funkcjonowanie jednostki. Opracowując zewnętrzną traumę uczymy pacjenta zarządzania post-traumatycznymi symptomami oraz kontenerujemy i uznajemy stany związane z realnym zewnętrznym przeżyciem.

Stopniowo eksplorujemy wewnątrz świat pacjenta przez pryzmat doświadczeń pacjenta sprzed katastrofy. Jeżeli nadmiernie i zbyt szybko skupimy się na rozumieniu wewnętrznej dynamiki pacjenta oraz znaczeniu, jakie nadaje on traumatycznemu wydarzeniu i samemu sobie przez pryzmat doświadczeń sprzed katastrofy, pacjent może czuć się niezrozumiany i niewspierany w realnym radzeniu sobie z symptomami urazu post-traumatycznego. W zarządzaniu i przetwarzaniu objawów post-traumatycznych wykorzystywane są psychoedukacja na temat traumy i PTSD, normalizacja post-traumatycznych reakcji, elementy interwencji kryzysowej, praca z ciałem oraz techniki przepracowywania traumatycznego zdarzenia. Już samo rozumienie sposobu, w jaki organizm i psychika reagują na traumę obniża poziom lęku oraz jest pomocne przy nauce zarządzania symptomami. To z kolei wspiera integrację traumatycznego doświadczenia. Rozumienie, jak działają mózg i umysł pod wpływem traumy wspiera radzenie sobie z flashbackami i post-traumatycznym załamaniem kategorii poczucia czasu, na skutek którego przeszłe traumatyczne doświadczenie zaczyna, pod wpływem nagłego bodźca, być przeżywane jakby działo się „tu i teraz”.

Garland podkreśla potrzebę „*dobrego zewnętrznego obiektu (...) z którym mogą zacząć się łączyć, oraz przez który będą utrzymane pofragmentowane elementy wcześniejszych dobrych doświadczeń, w czasie, kiedy ocalenie jest w najbardziej zregresowanym lub załamanym stanie.*” (1991, s.525). Następuje regresja do prymitywnego funkcjonowania psychicznego, obejmującego powrót do myślenia konkretnego, w którym doświadczenia nie mogą być „pomyślane o”, a zamiast tego zostają ewakuowane na zewnątrz i odtwarzane w rzeczywistości. Bycie nieustannie wciągany w traumatyczne odtworzenia jest nieuniknione dla terapeuty. Wydaje się, że ten etap prymitywnego, często niewerbalnego opowiedzenia przez pacjenta jego tragicznego doświadczenia przy jednoczesnym wytrzymaniu i kontenerowaniu bardzo silnych projekcji przez terapeutę, stanowi - obok pracy nad symptomami pourazowymi, nieunikniony, a zarazem niezbędny etap pozwalający na powstanie przestrzeni dla dalszej pracy terapeutycznej.

Traumatyczne zdarzenie jest przepracowywane dopóty, dopóki nie zostanie zintegrowane przez psychikę pacjenta. Niezbędnym aspektem jest zewnętrzny obiekt, który będzie w stanie przyjąć, wytrzymać i skontenerować potężne projekcje horroru, przerażenia, paraliżującej bezsilności, czy agresji powstałej zarówno w wyniku identyfikacji z agresorem, jak i z wściekłości i żalu z powodu realnie wyrządzonej krzywdy, czy też z powodu rozbudzonych pokładów agresji i okrucieństwa pacjenta. Często zalanie projekcjami pacjenta prowadzi do niezmiernie utrudnionego, a wręcz niemożliwego, myślowego opracowywania

projektowanych treści przez terapeuta; wówczas najtrudniejszym dla terapeuty zadaniem staje się wytrzymywanie i kontenerowanie tych stanów.

Psychiczne opracowywanie i przetwarzanie traumy oraz budowanie nowej narracji i rozumienia dla traumatycznego wydarzenia jak i post-traumatycznej rzeczywistości może nastąpić dopiero w późniejszym etapie pracy terapeutycznej. Zwiększona wydolność aparatu psychicznego, uelastycznione okno tolerancji emocjonalnej i bardziej wydolny poziom funkcjonowania symbolicznego przyczyniają się do zwiększonej zdolności pomieszczenia lęków prześladowczych i lęków przed rozpadem.

Istotnym elementem pracy terapeutycznej jest zbudowanie post-traumatycznej rezyliencji, wewnętrznych zasobów i stanu równowagi oraz doświadczenia dobrych obiektów i zaufania do świata, które zostały w brutalny sposób zniszczone. Odbudowanie poczucia, że warto żyć i wiary, że możliwe jest poradzenie sobie w potencjalnej przyszłej zagrażającej sytuacji, stanowią ważne zadania pracy terapeutycznej.

Kolejnym aspektem w pracy z traumą jest przepracowanie żałoby po licznych, nieuniknionych utratkach będących konsekwencją przeżycia traumy. Utraty te dotyczą bardzo wielu aspektów życia dotyczących m.in. obszaru zmian fizycznych, sposobu przeżywania siebie i swojego ciała, utrat materialnych, bliskich osób, utrat w obszarze fantazji, przekonań, pragnień, uczuć i potrzeb.

Pod wpływem traumy agresja pochodząca z zewnętrznego zdarzenia lub od sprawców tragedii miesza się z pierwotną prymitywną agresją ocalańca. Trauma przyczynia się do ataku na bliskość i zaufanie w relacji, na wszystko co daje poczucie rezyliencji, na miłość i wsparcie. W zamian pojawia się nienawiść i chęć zemsty, które koloryzują relacje z ludźmi, zarówno na poziomie świadomym jak i nieświadomym. Obiekt jest przeżywany jako okrutny i sadystycznie triumfujący nad pacjentem. Tworzenie tego typu relacji może z kolei prowadzić do powstania silnego poczucia winy oraz lęków prześladowczych. Podejmowanie z ocalańcem agresywnych aspektów jego funkcjonowania pełni funkcję ogromnie kontenerującą oraz ochronną, szczególnie przed zachowaniami suicydalnymi i samookaleczeniami.

Na skutek wtargnięcia traumatycznego wydarzenia w psychikę oraz jej pofragmentowania następuje załamanie zdolności do symbolizacji właściwej. Załamanie funkcji symbolizacji może stanowić jednocześnie ochronę przed myśleniem o traumatycznym wydarzeniu i łączeniem go z bolesnymi stanami. Podobnie, chroniczne trwanie przez ocalańca w objawach PTSD czy stanie wściekłości i poczucia uzasadnionego żalu, również mogą stanowić formę azylu psychicznego. Jakkolwiek bolesne, stany te mogą wydawać się dla ocalańca łatwiejsze do wytrzymania aniżeli stan przerażenia, horroru czy bezradności. Ta adaptacyjna umiejętność psychicznego przeżycia wspierana jest przez funkcję dysocjacji w traumie. Judith Hermann (2015) pisze, że pomimo, iż wydobyć się z traumy wydaje się oferować przestrzeń na wydobyć się z jej obciążenia na rzecz odzyskania poczucia kontroli i sprawczości, uwalnianie traumatycznego doświadczenia jest procesem o tak intensywnym emocjonalnym dystresie, że wiele osób ucieka się do wszelkich metod unikania ponownego przeżywania tego doświadczenia.

### **Mechanizmy traumy w aktualnych czasach niepokoju**

Moją intencją w pisaniu tego artykułu było naświetlenie pewnych istotnych procesów wewnątrzpsychicznych, jakie wydają się być uruchamiane przez katastroficzne wydarzenie, oraz ich implikacji dla pracy z traumą. Jednocześnie nieuniknione wydaje się tworzenie połączeń pomiędzy stanami obserwowanymi w traumie z postawami i stanami, jakie można było zaobserwować w reakcji na współczesne niepokoje.

Czas silnego, długotrwałego lęku o bezpieczeństwo oraz lęku przed śmiercią spowodowane aktualną wojną na Ukrainie i poprzedzającą ją pandemią koronawirusa, to czas bezprecedensowo trudny, a dla wielu osób traumatyzujący. Zarówno pandemia, jak i wojna

pokazały nam, jako jednostkom i jako społeczeństwu, granice naszej tolerancji na lęk i niepewność.

Freud łączył traumę z przerwaniem tarczy ochronnej, której zadaniem jest ochrona przed napływem nadmiernej stymulacji pochodzącej zarówno z zewnętrznego wydarzenia jak i ze stanów wewnętrznych. Dodatkowo, za centralne doświadczenie w traumie uważał on stan bezsilności. Zagrożenie zarówno koronawirusem jak i wojną bezsprzecznie aktywowało tego rodzaju lęki o przetrwanie.

Wydaje się, że obie sytuacje przyczyniły się do rozerwania zaklejonych w obrębie naszej psychiki kopert, z których wylewające się wczesne lęki w połączeniu z realnym zagrożeniem poczucia bezpieczeństwa i długotrwałym stanem napięcia, bywały dla wielu, nawet dla profesjonalistów, ogromnie trudne do skontenerowania.

Obie sytuacje aktywowały również rodzaj prymitywnych obron opisanych przez Klein i innych. W sytuacji, kiedy świat wydaje się niebezpieczny, chaotyczny i przytłaczający, mechanizm rozszczepienia pomaga w pokategoryzowaniu doświadczeń w sposób bardzo fundamentalny, mianowicie rozdzielenia ich jak i społeczeństwa lub nawet całych narodowości na dobre i złe. Pojawiły się lęki prześladowcze, w tym np. bycia prześladowanym przez wirusa oraz inne teorie spiskowe na temat istnienia grup osób lub nacji, którym przypisywano odpowiedzialność za wywołanie pandemii lub celowe rozprzestrzenianie wirusa. Podobne silnie spolaryzowana kategoryzacja na dobrych i złych nastąpiła wobec sytuacji wojny. W obu okolicznościach, obranie wspólnego wroga może dawać poczucie zjednoczenia i wspólnotowości przy jednoczesnej projekcji w tego wroga wszystkich niemożliwych do wytrzymania przez self stanów psychicznych.

W obu sytuacjach, szczególnie w początkowych etapach szoku, przerażenia, niezrozumienia, bezsilności i poczucia winy powszechna wydawała się projekcja tych stanów w innych. Często osoby podejmujące rolę pomagaczy, w tym nierzadko przedstawiciele zawodów pomagających, lokowali strach i bezsilność w osobach którym pomagali, podczas gdy sami dzięki temu identyfikowali się z postawą sprawczości, zaradności i kontroli.

Dramat okoliczności pandemii w interesujący sposób naświetla teoria poliwalgalna Stephena Porges'a. Teoria ta zakłada, że w sytuacji lęku i zagrożenia aktywowana zostaje część układu nerwowego związana z naturalną potrzebą człowieka do tworzenia więzi z innymi ludźmi oraz szukania poczucia bezpieczeństwa i ukojenia w relacjach z innymi. Wobec naturalnej potrzeby kojenia lęku za pomocą więzi społecznych, paradoksem pandemii w świetle tej teorii wydaje się przymus izolacji społecznej. Porges uważa, że strategie społeczne mające na celu obniżenie transmisji zakażenia za pomocą przymusowego dystansu społecznego i kwarantanny mają negatywny wpływ na zdolność radzenia sobie z psychologicznymi skutkami pandemii.

Dodatkowo, jeżeli jednostka ma traumatyczne wcześniejsze doświadczenie związane z bezsilnością w stanie izolacji i braku możliwości ucieczki, wówczas doświadczenie przymusowej izolacji lub braku ucieczki może mieć wymiar silnie retraumatyzujący. Ma to znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do obciążających lub traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Badania z 2017 roku (Radulovic, Jovasevic, Meyer) nad neurobiologicznymi mechanizmami występującymi w sposobie przechowywania i odzyskiwania informacji w określonych stanach pokazują, że przypominamy sobie najwięcej wspomnień w takich okolicznościach, które przypominają okoliczności powstania pierwotnych doświadczeń stanowiących źródło tych wspomnień. Obserwacja ta koresponduje z doświadczeniem klinicznym pracy z traumatycznymi wspomnieniami, które zostają aktywowane pod wpływem bodźców i okoliczności silnie korespondujących z, lub wręcz odzwierciedlających pierwotne doświadczenie traumatyczne.

## Posttraumatyczny wzrost i poczucie rezyliencji

Freud uważał, że psychoanaliza oferuje przestrzeń do stymulacji myśli, aniżeli działania pod jej wpływem. W podobny sposób można rozumieć pracę z pacjentem z doświadczeniem traumy, uwikłanym w traumatyczne odtworzenia i z załamaną zdolnością do psychicznego opracowywania doświadczeń.

Hanna Segal pisała, że pochodzące z języka greckiego słowo “symbol” oznacza scalanie, integrowanie. Pisze ona, że „proces formowania symbolu stanowi nieustanny proces scalania i integrowania tego co wewnętrzne z tym, co zewnętrzne, podmiotu z obiektem, oraz wcześniejszych doświadczeń z późniejszymi.” (1957, s.396). Za pomocą przepracowywania i integracji traumatycznego wydarzenia, odbudowywania przestrzeni do symbolicznego opracowywania przeżyć oraz stworzenia nowego rozumienia i narracji traumatycznego doświadczenia, pomagamy pacjentowi w wypracowaniu narzędzi dla zbudowania nowego, bardziej adaptacyjnego sposobu rozumienia post-traumatycznej rzeczywistości, siebie samego i relacji z innymi.

Niezmiernie ważne w ochronie przed rozwojem symptomów urazu post-traumatycznego jak i w post-traumatycznym wzroście jest subiektywne poczucie posiadania wsparcia społecznego i przynależności społecznej. Herman pisze, że „dzielenie się traumatycznym doświadczeniem z innymi stanowi warunek dla odtworzenia poczucia sensu i znaczenia świata.” (2015, s.70). Odtworzenie wspólnie z pacjentem na poziomie indywidualnym poczucia sensu w rzeczywistości naznaczonej traumą wydaje się zadaniem zawierającym pewne elementy wspólne z procesem odbudowywania przez jednostki oraz przez społeczeństwa poczucia sensu i zrozumienia w rzeczywistości popandemicznej oraz tej, brutalnie dotkniętej tragedią wojny.

### Literatura:

Garland, C. (2009). *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*. Warszawa: Oficyna Ingenium.

Garland, C. (1991). *External disasters and the internal world: An approach to psychotherapeutic understanding of survivors*. *Textbook of psychotherapy in psychiatric practice*. London: Elsevier Health Sciences.

Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.

Klein, M. (2021). *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946-1963*. Pisma - tom III. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Freud, S. (2012). *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.

Freud, S. (1924). *Remembering, Repeating and Working-Through* (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). Standard Edition. Translation 1924 C.P., 2, 366-76. (Tr. Joan Riviere.)

Porges, S. W. The Covid-19 Pandemic is a Paradoxical Challenge to Our Nervous System: A Polyvagal Perspective. *Clin Neuropsychiatry*. 2020 Apr; 17(2): 135–138. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8629069/>

Porges, S. W. *The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108032/>

Radulovic, J., Lee, R., & Ortony, A. (2018). State-dependent memory: Neurobiological advances and prospects for translation to dissociative amnesia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, Article 259. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00259>

Segal, H. (1957). Notes on Symbol Formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38:391-397.

Swinburne, M. (2022). Helping the heroes: psychoanalytic work with military veterans. *Complex Trauma. The Tavistock Model*. Routledge.

Stubley, J. (2022). *Complex trauma in the times of crisis: the COVID-19 pandemic. Complex Trauma. The Tavistock Model.* Routledge.

Stubley, J. (2013). Trauma. In: Peter Hobson (ed.) *Consultations in Dynamic Psychotherapy.* London: Routledge. EBSCO Publishing: eBook Collection (EBSCOhost). TAVISTOCK AND PORTMAN NHS TRUST.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Mind. Brain and Body in Transformation of Trauma.* Penguin books.

\*\*\*

**Joanna Górniak** – psycholog, psychotraumatolog, psychoterapeutka traumy, terapeutka EMDR II stopnia. Absolwentka szkolenia z terapii traumy w Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii w Gdańsku i w Klinice Tavistock and Portman NHS Foundation Trust w Londynie. Absolwentka studiów podyplomowych z psychologii klinicznej na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz szkolenia z terapii opartej na mentalizacji (MBT) w Centrum Anny Freud w Londynie. Aktualnie współpracuje z Fundacją Pomorskie Centrum Psychotraumatologii oraz Fundacją Ernest & Young. Prowadzi prywatną praktykę w Gdańsku i Gdyni.