



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Specyficzny objaw (psycho)somatyczny jako sygnał restymulacji traumy - perspektywa psychoterapeutyczna

Author: Renata Kleszcz-Szczyrba

Citation style: Kleszcz-Szczyrba Renata. (2011). Specyficzny objaw (psycho)somatyczny jako sygnał restymulacji traumy - perspektywa psychoterapeutyczna. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), "Psychologia zdrowia : konteksty i pogranicza" (S. 305-320). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



Specyficzny objaw (psycho)somatyczny jako sygnał restymulacji traumy — perspektywa psychoterapeutyczna

Renata Kleszcz-Szczyrba

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Psychologii

Polski Instytut Ericksonowski. Filia w Katowicach

ABSTRACT: One of the causes of a sudden appearance of a specific somatic symptom can be trauma experienced years ago. During it, an individual can initiate a series of unconscious defensive mechanisms serving an emotional management, which can lead to a dissociative reaction which provides a relative posttraumatic adaptation. Current important life events, unconsciously (strongly) associated with trauma from the past can lead to its restimulation, which can be observed only in the form of a medically unexplained somatic complaint. When it happens, we often search for psychological causes and recommend psychotherapy. The publication discusses the very mechanism in the temporal context and supports it with two case studies from the author's psychotherapeutic practice (psychotherapy of a male patient suffering from a psychogeneously runny nose and a female one with psychogeneously stammer). In both cases a therapeutic going through trauma (which in the former case was disappearance and in the latter sexual violence experienced years ago) led to a permanent disappearance of psychosomatic symptoms.

KEY WORDS: psychotherapy, trauma, psychosomatic symptoms, stress

Wszelki ból i wszelkie cierpienie nie są niczym innym, jak tylko intensywną energią krzyczącą, że coś potrzebuje naszej uwagi

(Colin P. Sisson)

Wprowadzenie

Pojawienie się i utrzymywanie określonego objawu somatycznego sprawia, że prędzej czy później człowiek poszukuje pomocy medycznej w celu odzyskania dobrego samopoczucia fizycznego. Poddaje się medycznej procedurze diagnostycznej, której efektem jest postawienie rozpoznania, stanowiącego z kolei podstawę do zastosowania określonego leczenia, i oczekuje poprawy stanu zdrowia.

Czasami zdarza się, że pomimo szeroko zakrojonej procedury diagnostycznej medyczne wyjaśnienie objawu, decydujące o określonym rozpoznaniu, okazuje się niemożliwe. Wówczas podejmowane jest leczenie — zamiast przyczynowego — objawowe, mniej lub bardziej skuteczne.

Coraz częściej lekarze, nie znajdując medycznego wytłumaczenia utrzymujących się objawów somatycznych, rozszerzają diagnostykę poza obszar medycyny — przywiązują wagę do psychicznych aspektów funkcjonowania człowieka oraz ich zwrotnego wpływu na funkcjonowanie somatyczne. Decyzji takiej bez wątplenia towarzyszy przekonanie, że objaw somatyczny, będący przejawem toczącego się nieświadomego procesu psychicznego, będzie oporny lub zupełnie niepodatny na leczenie farmakologiczne.

Doświadczenia praktyczne wielu psychoterapeutów pokazują, że jedną z przyczyn nagłego pojawienia się objawu somatycznego, który nie znajduje medycznego wytłumaczenia, może być doświadczona przed laty trauma (por. WOJTYNA, DOSIAK, 2007). W nawiązaniu do przebiegu i okoliczności traumy objaw (psycho)somatyczny może być bardzo specyficzny w swym obrazie i przebiegu. Jest on w pewnym sensie zastępczą formą radzenia sobie z bolesnymi emocjami, jakie niesie z sobą doświadczenie traumatyczne — tak, jakby ciało było w stanie unieść ból, cierpienie, niewygodę uczuć, jakich dana osoba nie chce (nie potrafi, nie jest w stanie) przyjąć na poziomie świadomym. Osoba chora nieświadomie decyduje się na cielesną konfrontację z problemami emocjonalnymi, bo tylko takąż jest w danym momencie możliwa.

W okresie trwania traumy jednostka może uruchamiać szereg nieświadomych psychologicznych obron służących emocjonalnemu poradzeniu sobie, które mogą prowadzić do reakcji dysocjacyjnej. Dysocjowanie (rozszczepianie się) jest dla doświadczających traumy cennym narzędziem przetrwania (por. FARBER, 2006). Aktualne wydarzenia, do których doszło w życiu danego człowieka i które nasuwają silne nieświadome skojarzenia z przeszłą traumą, mogą doprowadzić do jej restymulacji, co na zewnątrz

może objawiać się jedynie w postaci niewyjaśnionej medycznie dolegliwości somatycznej.

W niniejszym artykule prezentacja tegoż psychologicznego mechanizmu zostanie poparta dwoma studiami przypadków z praktyki psychoterapeutycznej (psychoterapia pacjenta z katarem psychogennym oraz psychoterapia pacjentki z jękaniem psychogennym). W obu przypadkach terapeutyczne przepracowanie traumy doprowadziło do trwałego ustąpienia objawów (psycho)-somatycznych.

Co jest (a co nie jest) traumą?

Każdy człowiek niemal każdego dnia uczestniczy w sytuacjach, które wywołują u niego (bądź nie) specyficzną (bądź niespecyficzną) psychologiczną reakcję stresową (prowadzenie samochodu w korku, śmierć bliskiej osoby, przyjmowanie krytyki, spóźnienie na zebranie, zaciąganie kredytu, wystąpienie publiczne, wypadek komunikacyjny, przebiegnięcie przez jezdnię na czerwonym świetle, pobicie itp.). Jakie czynniki powodują, że stres staje się urazowy? Co sprawia, że człowiek przestaje sobie radzić w sposób naturalny i płynny z wyzwaniami, jakie stawiają przed nim poszczególne zdarzenia i okoliczności życiowe?

Określone zdarzenie czy sytuacja stają się traumatyczne wówczas, gdy przekraczają możliwości adaptacyjne człowieka; przekraczają owe możliwości z dwóch powodów: ze względu na swoją siłę (np. śmierć bliskiej osoby, utrata domu w wyniku pożaru, wypadek samochodowy) lub z uwagi na czas trwania (np. doświadczanie mobbingu, pozostawanie w związku z osobą stosującą przemoc fizyczną) (por. BOMBA, 2002). Przyjmując jako kryterium czas trwania zdarzenia / sytuacji, można wyróżnić dwa typy traumy: typ I obejmuje ostre pojedyncze zdarzenia, które są nagłe i niespodziewane, typ II dotyczy zdarzeń chronicznych, powtarzających się doświadczeń, które mogą być przez osobę przewidywane i z niepokojem oczekiwane (por. TERR, 1991). Prezentowane studia przypadku dotyczyć będą zarówno I, jak i II typu traumy.

Pośród wielu definicji zdarzenia traumatycznego proponowanych w literaturze przedmiotu (np. McCANN, PEARLMAN, 1990; JOSEPH, WILLIAMS, YULE, 1997; ROTHSCHILD, 2000) najszersze ujęcie prezentowane jest w DSM — IV — TR (klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). Według definicji tam zawartej zdarzeniem urazowym jest sytuacja, kiedy jednostka bezpośrednio doświadcza lub staje się świadkiem wydarzenia, niosącego zagrożenie śmiercią, niebezpieczeństwo uszkodzenia

ciała bądź ryzyko utraty integralności fizycznej lub innej oraz wywołuje intensywny strach, bezradność i przerażenie. Wydarzenie to następnie wielokrotnie powraca w natrętnych wspomnieniach i snach oraz może być wyzwalane przez zewnętrzne wskazówki symbolizujące aspekty przeżytej traumy. O doświadczeniu traumy świadczy — przejawiane przez jednostkę — trwałe unikanie przez nią bodźców związanych ze zdarzeniem urazowym (unikanie rozmów, działań, miejsc, ludzi kojarzonych z traumą) oraz utrzymywanie się zwiększonego pobudzenia. Czas trwania wymienionych zakłóceń przekracza miesiąc, powodując znaczne cierpienie oraz upośledzając funkcjonowanie społeczne, zawodowe lub inne (APA, 2002).

Zważywszy, że jedno z przedstawianych tu studiów przypadku dotyczyć będzie dziecka, należy podkreślić, że dla dzieci urazem, obok wymienionych powyżej zdarzeń traumatycznych, może być: zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychologiczna, porzucenie lub odrzucenie przez rodzica, zgubienie się, srogie kary, przemoc fizyczna lub seksualna bądź obserwowanie przemocy w domu (por. WIDERA-WYSOCZAŃSKA, 2001: 229).

Dlaczego tak się dzieje, że zdarzenia życiowe, które z obiektywnego punktu widzenia przekraczają możliwości adaptacyjne człowieka, a więc arbitralnie mogą zostać uznane za traumatyczne, nie u wszystkich w jednakowym stopniu prowadzą do zaburzeń w funkcjonowaniu i nie zawsze stają się urazowe dla konkretnej jednostki? Jest to spowodowane indywidualną reakcją na traumę. To samo zdarzenie nie musi być urazowe dla każdego. Obiektywne stwierdzenie zdarzenia traumatycznego w życiu danej jednostki nie jest wystarczające do uznania go za urazowe. Należy wziąć pod uwagę, w jaki sposób jednostka subiektywnie interpretuje to zdarzenie — indywidualna interpretacja stanowi wyznacznik obecności psychicznego urazu w następstwie danego zdarzenia traumatycznego.

Nie sposób jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o to, co jest (a co nie jest) doświadczeniem traumatycznym. Można zaryzykować stwierdzenie, że określone zdarzenie traumatyczne staje się doświadczeniem urazowym wówczas, gdy jednostka — z jej indywidualnego punktu widzenia — nada mu takie znaczenie. Można przyjąć, że określenia „zdarzenie traumatyczne” i „doświadczenie traumatyczne” mają się tak do siebie, jak popularne „patrzyć” i „widzieć”, albo „słuchać” i „słyszeć”. Nie można jednak wykluczyć, że coś w pierwszej kolejności musi zaistnieć jako fakt (zdarzenie), aby możliwy był indywidualny psychologiczny odbiór tegoż faktu (doświadczenie). Z kolei w konstruktywnym (bądź destruktywnym) przeżyciu doświadczenia traumatycznego decydującą rolę odegra potencjał zaradczy danej osoby, stanowiący psychologiczną reakcję na traumę.

Psychologiczna reakcja na traumę

Relatywnie często można zaobserwować, że dana osoba w momencie trwania traumy wydaje się silna emocjonalnie, zaradna, konstruktywnie funkcjonująca, zmobilizowana do działania, a „rozsypuje się”, kiedy trauma mija. Czym spowodowany jest ten swoisty paradoks? Pytanie to niech będzie przyczyną do poznania specyfiki psychologicznej reakcji na traumę.

Ludzka reakcja na traumę oznacza nadmierne fizjologiczno-behawioralne pobudzenie przy jednoczesnym odrętwieniu emocjonalnym i odłączaniu się od doświadczenia (HERMAN, 1992). Jest to powszechnie znane w psychologii zjawisko dysocjacji. Aktywizowane są te funkcje, które służą przetrwaniu, a wyłączane te, które mu nie służą (w sytuacji nagłego zagrożenia życia czy zdrowia nie ma czasu na emocjonalną refleksję, ale jest czas na obronę lub ucieczkę; emocjonalna reakcja możliwa staje się później, kiedy świadomość jest w stanie zintegrować całość tego doświadczenia). Dla przykładu warto przywołać w pamięci własną reakcję na wiadomość o śmierci bardzo bliskiej osoby — to nie płacz jest tą pierwszą reakcją, ale fizjologiczne odrętwienie, znieruchomienie, czasem omdlenie (*to się na raz nie mieści w głowie*). Potrzebny jest czas na zintegrowanie tego wydarzenia w swojej świadomości, przyjęcie go w całości. „Jeżeli wydarzenie traumatyczne nie zostanie skutecznie zintegrowane, ale wypchnięte ze świadomości — istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że pierwotny czynnik stresujący będzie ciągle powracał w postaci różnorodnych objawów przez wiele lat” (JAMES, GILLILAND, 2005: 176).

Symptomy wynikające ze zdarzenia urazowego mogą pojawiać się zaraz po zdarzeniu traumatycznym lub początek specyficznych i niespecyficznych objawów może wystąpić w formie odroczonej — co najmniej sześć miesięcy po czynniku urazowym (za: JOSEPH, WILLIAMS, YULE, 1997). Praktyka terapeutyczna pokazuje, że odroczenie to może być nawet wieloletnie.

Okazuje się, że bardzo odległe traumy, np. doświadczenia wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, przypominają o sobie poprzez pamięć somatyczną, nazywaną też pamięcią ciała lub wspomnieniami ciała. Wiele ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie skarży się na bóle miednicowe, których organicznej przyczyny nie udaje się wykryć. Pamięć ciała może być dla terapeutów tropem prowadzącym do odszczepionych doświadczeń urazowych związanych z daną częścią ciała (por. FARBER, 2000).

Wielu badaczy podaje, że dysocjacja stanowi obronę przed psychologicznym, emocjonalnym lub fizycznym bólem pochodzącym z traumatycznych doświadczeń (GOLEMAN, 1985; GREEN, 1992). Nazywana jest „sposobem ucieczki, gdy nie ma ucieczki” (PUTNAM, 1992: 104). Bez wątpienia okazuje się cennym narzędziem przetrwania w momencie doświadczania traumy —

bo skoro niemożliwe jest przyjęcie danego doświadczenia w całości (z uwagi na jego jakościowe i czasowe nasilenie), niech możliwe będzie przyjęcie tego, co może być możliwe i konieczne — tak w prosty sposób można określić typowe dla dysocjacji rozszczepienie, oddzielenie, fragmentaryzację doświadczenia.

Trauma nie tylko oddziela sferę poznawczą od sfery afektywnej, ale także duszę (psyche) od ciała (soma). Wielu pacjentów cierpi na symptomy fizyczne, które mają w istocie naturę dysocjacyjną. Oznacza to, że ciężkie zdarzenia, które nie mogły być zintegrowane psychicznie (zasocjowane), zostały odłączone od psychiki, odciskając się z czasem na somatyce (VAN DER HART, 2008; NIJENHUIS, 2004). Przykładowo, badacze zajmujący się tzw. zespołem wojny w zatoce zauważyli, że u weteranów wojen występują liczne niewyjaśnione medycznie dolegliwości: stan przewlekłego zmęczenia, bóle głowy, bóle mięśni, objawy ze strony układu pokarmowego, oddechowego oraz krążenia. Objawy te określone zostały jako zespół medycznie niewyjaśnionych objawów fizykalnych (MUPS, *Medically Unexplained Physical Symptoms*) (HUNT, RICHARDSON, 2002). Ich związek z traumą wojny może jedynie stanowić wytłumaczenie.

Ponieważ trauma odłącza myślenie od uczuć oraz psychikę od ciała, ciało może ożywiać na nowo to, co umysł chce zapomnieć. Dzieje się to poza świadomym udziałem jednostki.

Dysocjacja, na początku adaptacyjna, z czasem staje się nieprzystosowawcza — może utrudniać życie codzienne, powodując izolację jednostki, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do rozszczepiennych zaburzeń tożsamości (por. JAMES, GILLILAND, 2005). Relatywnie łagodniejszym (od rozszczepiennych zaburzeń tożsamościowych) przejawem utrzymywania się posttraumatycznej dysocjacji są objawy somatyczne, które nie znajdują medycznego wytłumaczenia. W kontekście wydarzenia traumatycznego objaw psychosomatyczny jest przejawem tego, czego (na razie) nie daje się wyrazić słowami, a co dochodzi do głosu w taki sposób, jaki na ten czas jest możliwy (por. FARBER, 2000).

Zaburzenia psychosomatyczne, różnie rozumiane w różnych podejściach psychoterapeutycznych, są także specyficznie ujmowane w nurcie ericksonowskim — podejściu, które stosuję w swej praktyce psychoterapeutycznej.

W podejściu ericksonowskim objawy są postrzegane jako nieskuteczne próby adaptowania się jednostki do zmieniających się warunków życiowych, nieskuteczne próby radzenia sobie z określonymi sytuacjami (por. ZEIG, MUNION, 2005). Objaw psychosomatyczny stanowi bardzo cenny komunikat nieświadomości („ciało chce powiedzieć coś ważnego”). Celem terapeutycznym jest rozpoznanie tego komunikatu, przewartościowanie, odkrycie możliwości (nie ograniczeń), jakie za sobą niesie, spożytkowanie dla lepszej przyszłości. Objaw somatyczny wypowiada się w języku metaforycznym (np. choroby skóry mogą sygnalizować potrzebę zadbania o własne granice, astma

może być przejawem nierównomiernej relacji między dawaniem i braniem, nowotwory sygnałem agresji skierowanej przeciw sobie itp.). Ericksonowski metaforyczny język objawów tak naprawdę jest bardzo zindywidualizowany (dostosowywany do osoby, jej historii, kontekstu pojawienia się objawu, sposobu funkcjonowania oraz adaptowania się).

Jako że objaw stanowi sygnał nieświadomości, potrzebne stają się narzędzie terapeutyczne, które skutecznie i bezpiecznie potrafi docierać do nieświadomych treści — tym narzędziem jest hipnoza ericksonowska. Zjawisko dysocjacji — typowe dla doświadczeń traumatycznych — jest jednocześnie zjawiskiem hipnotycznym osadzonym na kontinuum: asocjacja — dysocjacja. Integracja doświadczenia prowadzi do skutecznego poradzenia sobie z traumą, a hipnoza ericksonowska pozwala właśnie na łagodne asocjowanie (integrowanie) pacjenta ze wszystkimi aspektami doznanej traumy tak, aby w bardzo bezpieczny sposób mogła być ona włączona w całość doświadczenia życiowego — wpisana w całość różnych życiowych wspomnień, gwarantując ciągłość przeszłości.

Terapię ericksonowską charakteryzuje bardzo zindywidualizowane podejście do klienta. Milton Erickson, szanując niepowtarzalność każdego człowieka, starał się poznać jego model świata, dla każdego kreując nową teorię i nową terapię („terapia szyta na miarę”). Uważał, że terapia skrepowana założeniami teoretycznymi nie respektuje jednostki i jej wewnętrznych zasobów (por. ZEIG, MUNION, 2005). Bardzo ważna w tym podejściu jest praca z nieświadomą częścią psychiki; nieświadomość to bardzo istotne narzędzie w kierowaniu procesem terapeutycznym. Uznaje się, że problemy, z jakimi zgłaszają się klienci, powinny być postrzegane nie jako patologia, ale jako wynik prób adaptacji do zmieniających się wymogów życia. Docenia się osobisty potencjał klienta, opierając się na przekonaniu, że dysponuje on odpowiednimi zasobami, siłą i doświadczeniem, aby rozwiązać swój problem. Spożytkowuje się wszystkie aspekty problemu klienta, jego życia, zachowania i funkcjonowania (ZEIG, MUNION, 2005: 48—49). Oczywiście, wymaga to od terapeuty kreatywności.

Nie sposób poznać specyfiki pracy terapeutycznej w tym podejściu, nie odwołując się do indywidualnych praktycznych doświadczeń terapeutów, a przede wszystkim do doświadczeń samego Milтона Ericksona, który pozostawił po sobie zdumiewającą liczbę opisanych przypadków terapeutycznych, stanowiących skarbnicę wiedzy o tym ogromnie skutecznym sposobie pracy terapeutycznej (patrz: HALEY, 1995; ZEIG, 1997).

Na koniec rozważań teoretycznych warto zadać pytanie: Co to znaczy konstruktywnie przejść przez doświadczenie traumatyczne? Okazuje się, że jeżeli człowiek może skutecznie zintegrować uraz w swojej świadomości i przeorganizować go tak, aby wydarzenie to stało się już tylko częścią jego przeszłości (niezależnie od tego, jak nieprzyjemne byłoby to wspomnienie),

to powraca homeostaza, poczucie uporania się z problemem i gotowość do dalszego zmagania się z codziennością (JAMES, GILLILAND, 2005: 176). Oddziaływania psychoterapeutyczne mogą w tym względzie okazać się jedyną skuteczną drogą pomocy.

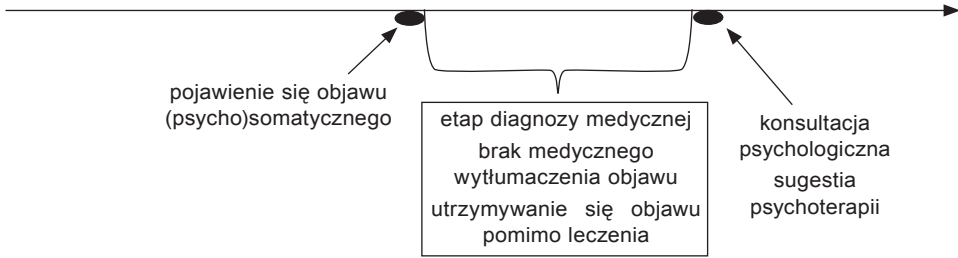
Studia przypadków

Omówione tu zostaną równoległe — dla przejrzystości przekazu — dwa studia przypadków: przypadek 27-letniej pacjentki z jękiem psychogenym oraz przypadek 12-letniego pacjenta z katarą psychogennym. Terapia pacjentki trwała 2 lata (etap pracy z traumą obejmował pierwsze 10 spotkań; około 2,5 miesiąca). Z kolei terapia pacjenta trwała 7 miesięcy i była prowadzona — głównie ze względu na wiek pacjenta — dodatkowo w kontekście systemowym (z udziałem rodziców).

Kontekst zgłoszenia

Powodem zgłoszenia się 27-letniej pacjentki na konsultację psychologiczną było utrzymujące się od 4 tygodni jękanie. Zanim się pojawiło, pacjentka — po epizodzie omdlenia i utrzymujących się zawrotów głowy — została skierowana do szpitala z podejrzeniem zapalenia opon mózgowych. Diagnoza neurologiczna (m.in. EEG, TK, MR, punkcja szpiku) wykluczyła medyczną przyczynę objawów oraz postawione na wstępie rozpoznanie. Pacjentka została wypisana z rozpoznaniem: naczyniowe bóle głowy. Zastosowano leczenie farmakologiczne (Tolperis, Pramolan, Cloranxen, Messilat, Asentra). Pacjentka otrzymała 5 dni zwolnienia lekarskiego, po tym czasie zalecono jej kontrolę w Poradni Neurologicznej. Na wizytę kontrolną zgłosiła się z objawami jękania. Lekarz prowadzący przyjął, iż jękanie może mieć charakter poplekowy i zlecił odstawienie wszystkich leków. Po odstawieniu leków jękanie nie ustąpiło. Po wykluczeniu podłoża neurologicznego i farmakologicznego zalecono konsultację psychologiczną (rys. 1).

Powodem zgłoszenia się 12-letniego pacjenta na konsultację psychologiczną był utrzymujący się od 6 tygodni katar (całkowita niedrożność nosa uniemożliwiająca swobodne oddychanie tą drogą). Zastosowane leczenie objawowe nie przyniosło pozytywnego rezultatu. Prowadzona diagnostyka medyczna — w kierunku laryngologicznym i alergologicznym — stopniowo wykluczała medyczne podłożę utrzymującego się objawu, dlatego lekarze zgodnie zasugerowali konsultację psychologiczną (rys. 1).



RYSUNEK 1. Kontekst zakwalifikowania pacjenta z objawem (psycho)somatycznym do konsultacji psychologicznej (aspekt czasowy)

Pacjenci zostali skierowani na konsultację psychologiczną w wyniku sekwencji następujących zdarzeń: pojawienie się objawu somatycznego, etap diagnozy medycznej, brak medycznego wytłumaczenia obecności objawu, nieskuteczne leczenie objawowe, podejrzenie psychosomatycznej natury objawu, konsultacja psychologiczna. Należy podkreślić, że przytoczona sekwencja zdarzeń jest bardzo charakterystyczna (typowa) i każdego psychoterapeutę powinna skłaniać do przyjęcia hipotezy o obecności doświadczeń urazowych w przeszłości danego pacjenta.

Mechanizm psychologiczny pojawienia się objawu (psycho)somatycznego

Pacjentka ujawniła fakt, iż przed 5 laty była molestowana seksualnie przez swojego bezpośredniego przełożonego. Wypowiedzi pacjentki typu: *jak jechałam do pracy, to myślałam o tym, żeby wjechać w drzewo, żeby tam nie dojechać; jak był obok, to przestawałam czuć; wmawiałam sobie, że to się nie dzieje*, świadczyły o uruchomionej w momencie trwania traumy dysocjacji — cennego mechanizmu przetrwania.

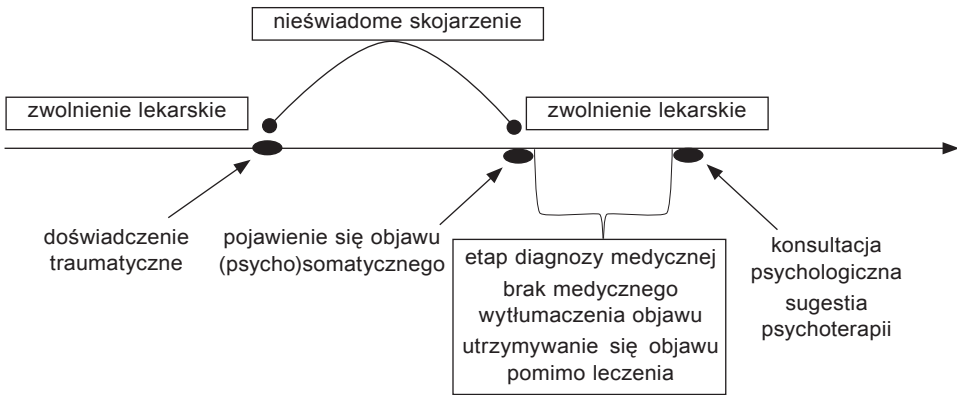
Pacjentce zależało na pracy, potrzebowała bowiem pieniędzy na edukację. Unikała zwolnienia z własnej inicjatywy, gdyż bała się utraty należnych wynagrodzeń. Trauma zatem miała charakter przewlekły (por. opisywaną wcześniej traumę II typu).

Nie mogąc znieść ciągłego ponizenia, po raz pierwszy w życiu skorzystała ze zwolnienia lekarskiego (załatwiła je sobie). Z czasem zwolniła się. Nikomu nie ujawniła faktu molestowania seksualnego.

Pacjentka, osoba sumienna, obowiązkowa i odpowiedzialna, w chwili rozpoczęcia terapii przebywała na zwolnieniu lekarskim — po raz drugi w życiu, czyli po raz pierwszy od czasu zwolnienia lekarskiego, które zorganizowała sobie 5 lat wcześniej w pierwszym miejscu pracy, aby chronić siebie. Pracowała już w innej branży, w zupełnie innym miejscu, a swego

aktualnego pracodawcę oraz pracę bardzo ceniła. Można przyjąć, że dla osoby wybitnie dyspozycyjnej korzystanie ze zwolnienia lekarskiego było trudne do zaakceptowania.

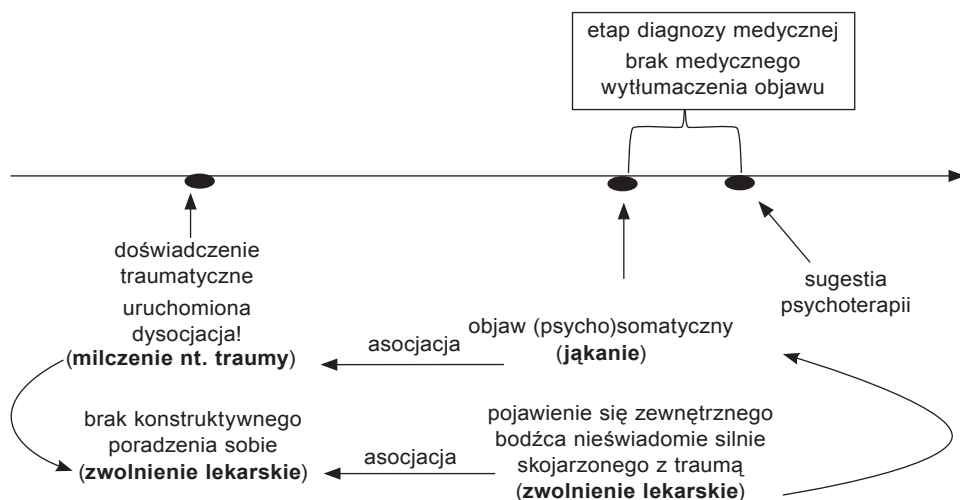
Aktualne okoliczności życiowe (przebywanie na zwolnieniu lekarskim), silnie (nieświadomie) skojarzone z przeszłą traumą, prawdopodobnie doprowadziły do jej restymulacji, co można było obserwować na zewnątrz jedynie w postaci pojawienia się niewytłumaczalnego medycznie objawu somatycznego (rys. 2.). Jest to proces, który nie podlega świadomej kontroli.



RYСУNEK 2. Mechanizm pojawienia się objawu (psycho)somatycznego u pacjentki (aspekt czasowy)

Pozytywny aspekt uruchomionego nieświadomie objawu — zgodny z ideą ericksonowską — jest taki, że stanowi on pierwszy krok do dojrzałej asocjacji z traumą („stawienie jej czoła”, sprostanie emocjom, trudnym wyzwaniom). Ukazana na rysunku restymulacja jest zatem jednocześnie asocjacją, a objaw — nieświadomym sygnałem, że człowiek jest gotowy rozpocząć (w procesie terapii) konstruktywne radzenie sobie z nią. Może też oznaczać, że doświadczenie traumatyczne „domaga się” domknięcia (dysocjacja może się zakończyć) i włączenia w nieprzerwany strumień wspomnień, w którym są wszystkie inne (przyjemne i nieprzyjemne) przeszłe doświadczenia. Powyższe mechanizmy ukazane zostały na rysunku 3.

Symbolika objawu — metaforyczne znaczenie objawu jękania — w odniesieniu do indywidualnego doświadczenia pacjentki mogła oznaczać: niewypowiedzianą krzywdę, nienazwane przeżycia, nieujawnione zło i bez wątpienia pozostawała w silnej symbolicznej (nieświadomej) relacji do dotychczasowego milczenia na temat traumy; można stwierdzić, że „nadszedł nareszcie czas i siła, aby zacząć o niej mówić”.



RYSUNEK 3. Mechanizm pojawienia się objawu (psycho)somatycznego u pacjentki (aspekt czasowy)

W przypadku pacjenta kilka istotnych szczegółów, zdarzeń, kontekstów miało znaczenie dla pojawienia się objawu (psycho)somatycznego. Poniżej przedstawione zostaną dwa z nich.

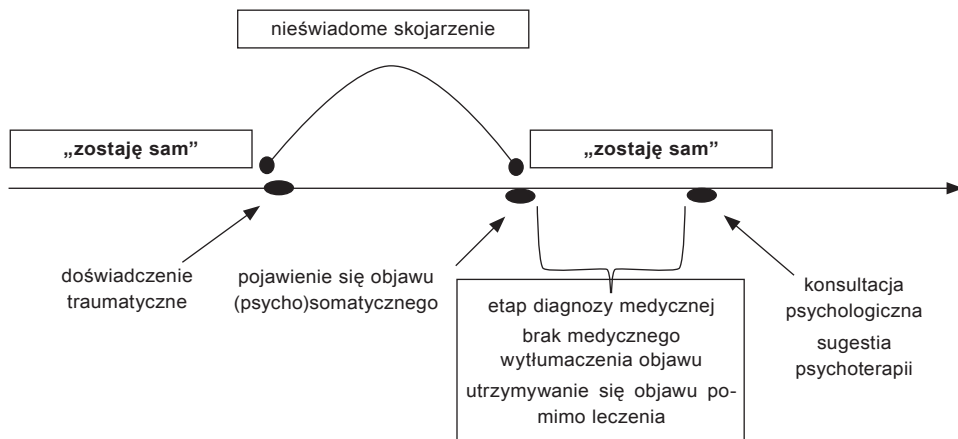
W pierwszej kolejności była to śmierć bliskiej dla pacjenta osoby — jego babci. W chwili rozpoczęcia terapii mijały 2 miesiące od śmierci babci, a 1,5 miesiąca od pojawienia się objawu, którego specyfika mogła sugerować zablokowanie procesu żałoby.

Drugi wątek — istotniejszy z punktu widzenia głównego celu terapii — ujawnił się na dalszym etapie pracy terapeutycznej w relacji wspomnieniowej rodziców pacjenta. Pacjent w wieku 7 lat, podczas rodzinnego wyjazdu wakacyjnego za granicę, zgubił się na plaży (opisywana wcześniej trauma I typu). Był poszukiwany przez rodziców, służby ratownicze i policję. Odnalazł się cały i zdrowy, jednak zagubienie samo w sobie było dla niego doświadczeniem traumatycznym.

Pacjent, wracając do doświadczenia traumatycznego, podkreślał: *starałem się nie płakać, chciałem być dzielny*, co wskazywało na reakcję dysocjacyjną w momencie traumy. Dodał: *bałem się, że zostanę sam, że wszyscy mnie opuścili*, co świadczyło o ryzyku uruchomienia błędnego przekonania — silnego, gdyż utrwalonego poprzez silne emocje towarzyszące traumie. Podczas sesji obserwowano u pacjenta silną reakcję emocjonalną na wspomnienie tamtego wydarzenia (wyraźnie tłumiony płacz) i specyficzne zachowanie ojca, który starał się zbagatelizować to, co się dzieje: *no przestań, pani patrzy*.

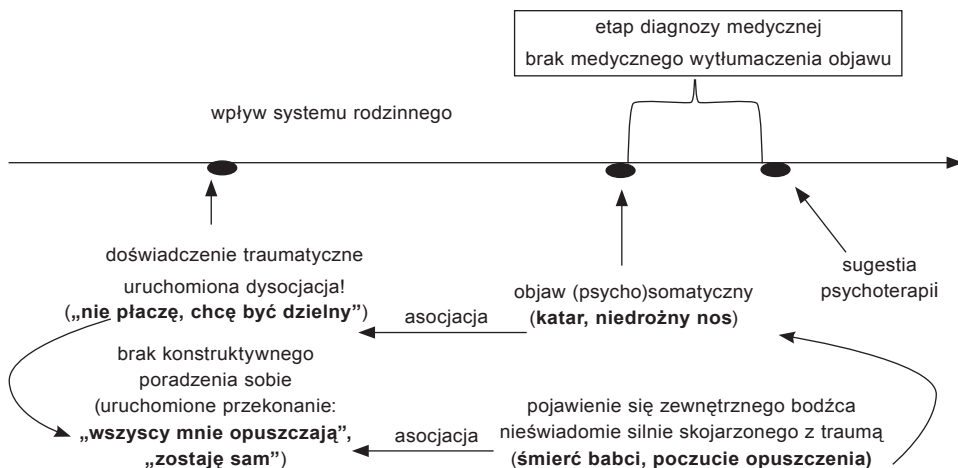
Śmierć babci — dotychczas najistotniejsza dla pacjenta strata osoby bliskiej — urealniła jego obawy i wyparte lęki z momentu traumy (rzeczywi-

ście zaczyna zostawać sam, babcia jako pierwsza opuszcza go na zawsze). Aktualne wydarzenie życiowe (śmierć bliskiej osoby), silnie (nieświadomie) skojarzone z traumą prawdopodobnie doprowadziło do jej restymulacji, co na zewnątrz objawiło się jedynie w postaci niewytłumaczalnego medycznie objawu (rys. 4.).



RYSUNEK 4. Mechanizm pojawienia się objawu (psycho)somatycznego u pacjenta (aspekt czasowy)

Objaw (psycho)somatyczny u pacjenta dodatkowo został wzmocniony pewnymi uwarunkowaniami systemowymi. Podczas spotkań terapeutycznych system prezentował wyraźne problemy z otwartą komunikacją, a konkretnie — kłopoty z przyjmowaniem i okazywaniem trudnych emocji, wynikające



RYSUNEK 5. Mechanizm pojawienia się objawu (psycho)somatycznego u pacjenta (aspekt czasowy + kontekst systemowy)

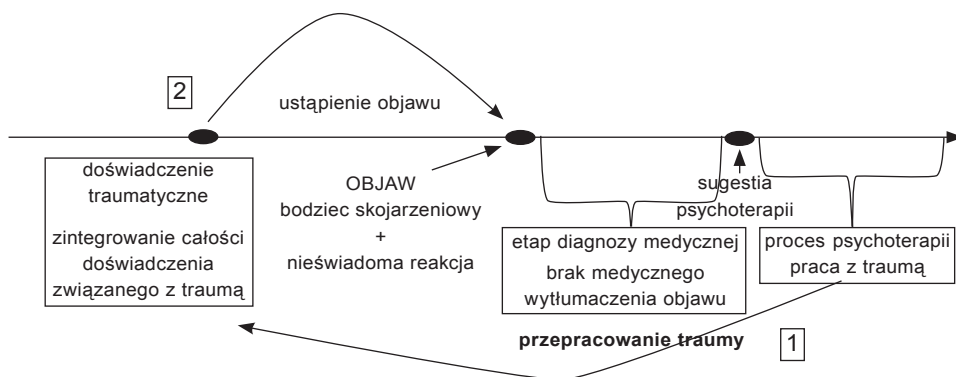
z wielopokoleniowego przekonania, że trudnych emocji po prostu nie należy ujawniać. Można stwierdzić, że swoista dysocjacja była wpisana w sposób funkcjonowania tego systemu. Proces ten jest w całości nieświadomy dla pacjenta i jego systemu (rys. 5).

Metaforyczny język objawu w odniesieniu do indywidualnego doświadczenia pacjenta mógł oznaczać: zablokowane emocje, niewypłakaną stratę, blokadę emocji, zaprzeczanie im oraz niemożność zrozumienia i zaakceptowania sytuacji. Specyfika objawu ma podwójne wytłumaczenie: pierwsze wynika z uruchomienia reakcji dysocjacyjnej w momencie traumy, drugie — z uwarunkowań systemowych.

W obu przypadkach — pacjentki i pacjenta — objaw (psycho)somatyczny stanowił ważny sygnał. Był wskazówką, że mamy do czynienia z traumą, która nie została włączona w całość doświadczenia, była wyzwaniem zbyt ogromnym dla możliwości adaptacyjnych tych konkretnych osób. Czasem potrzeba wielu lat, aby emocjonalne poradzenie sobie z traumą stało się możliwe.

Uruchomienie procesu psychoterapii

W obu przypadkach terapeutyczne przepracowanie traumy, a nie skupienie na objawie (psycho)somatycznym, stało się nadrzędnym celem terapii (rys. 6).



RYSUNEK 6. Terapeutyczne przepracowanie traumy [1], wtórne ustąpienie objawu (psycho)somatycznego [2]

Praca terapeutyczna była prowadzona w nurcie ericksonowskim, ze szczególnym zastosowaniem hipnozy ericksonowskiej, i — w przypadku terapii 12-letniego pacjenta — uwzględniała kontekst systemowy.

Opisanie przebiegu procesów psychoterapeutycznych obu pacjentów nie jest głównym celem tegoż artykułu, gdyż wykracza poza tematykę zawartą

w tytule. Przypadki te były tematem wystąpień konferencyjnych (KLESZCZ-SZCZYRBA, 2008a; 2008b) i będą tematem odrębnych publikacji. W literaturze przedmiotu można znaleźć także inne opisy o charakterze *case report*, opisujące terapie pacjentów ze specyficznymi objawami (psycho)somatycznymi. W tych przypadkach trauma również przynosi potrzebne wyjaśnienie, a przepracowanie jej — poprawę stanu zdrowia (np. WOJTYNA, DOSIAK, 2007).

W prezentowanych przeze mnie przypadkach terapeutyczne przepracowanie traumy (zintegrowanie całości doświadczenia związanego z doznaną traumą i włączenie w naturalny system wspomnieniowy, zapewniający ciągłość przeszłości) spowodowało wtórne, co ważniejsze — trwałe, ustąpienie objawów (psycho)somatycznych.

Podsumowanie

Okazuje się, że objaw (psycho)somatyczny może być jedynym sygnałem (tudzież dowodem) doświadczonej w przeszłości traumy. Przepracowanie traumy powinno być zatem priorytetowym celem podejmowanego leczenia, a jego wtórnym efektem — ustąpienie objawu. Jeśli objaw (psycho)somatyczny stanowi o toczącym się intrapsychicznym, nieświadomym procesie, to leczenie farmakologiczne okaże się nieskuteczne. Trudno jednak wnioskować o psychicznej naturze objawu somatycznego z pominięciem etapu diagnozy medycznej, która owo psychiczne tło zasugeruje. Wzajemna współpraca medycyny i psychologii może więc w znacznym stopniu przysłużyć się poprawie jakości życia pacjentów (i ich rodzin).

Należy podkreślić, iż zaprezentowane przypadki dotyczyły traum stosunkowo łatwych do zidentyfikowania. Jednak nie zawsze jednoznaczna identyfikacja traumy jest w ogóle możliwa, szczególnie jeśli została bardzo głęboko wyparta ze świadomości albo wystąpiła w okresie przedwerbalnym. Wówczas tylko pamięć ciała może być dowodem jej istnienia w przeszłości. W podejściu ericksonowskim wychodzi się z założenia, że jeśli coś pozostaje w nieświadomości, to widocznie jest to najlepsze dla tegoż miejsce. W podejściu tym, dzięki hipnozie, możliwe jest komunikowanie się z nieświadomą częścią i praca z pominięciem terapeutycznego wglądu. Staje się to powodem częstych zarzutów ze strony przedstawicieli innych podejść (por. ZEIG, MUNION, 2005).

Wpisując się w temat przewodni niniejszej monografii który brzmi: *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, nie sposób nie podkreślić, że skuteczna pomoc w powrocie do zdrowia osób opisanych w artykule była możliwa dzięki wyjściu medycyny „poza granice medycyny” i — jednocześnie

— wyjściu psychologii „poza granice psychologii”. To na styku — na „pograniczu” właśnie — tych dwóch nauk możliwe stało się zbudowanie skutecznej i szybkiej strategii pomocy.

Nieprzypadkowo określenie „objaw psychosomatyczny” zostało w tekście zapisane z członem „psycho” ujętym w nawiasie. Służyło to dodatkowo wzmocnieniu myślenia o „pograniczu” właśnie. Wzajemna wymiana (swoista „półprzepuszczalność granic”) pomiędzy medycyną i psychologią była gwarancją skutecznej pomocy.

Współczesna medycyna, a także psychologia — mimo oczywistych różnic metodologicznych — traktują człowieka niemalże *a priori* jako całość somatopsychiczną. Oznacza to, że granice między sferami soma i psyche są płynne i niewyraźne. Obie sfery oddziałują na siebie wzajemnie — w każdym aspekcie istnienia człowieka. Znajduje to wyraz w definicji zdrowia z 1948 roku, zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia — pojęcie zdrowia oznacza pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a nie tylko brak choroby. Rozwój psychologii zdrowia doprowadził jednak do znacznego ubogacenia tego pojęcia, wyjścia poza traktowanie go wyłącznie w kategoriach stanu. Obecnie akcentowane są jego zmienność, dynamika i dyspozycyjność (por. HESZEN, SEK, 2008). Tak jak specyfika owej dynamiki stwarza ryzyko utraty zdrowia, tak też otwiera możliwości jego odzyskiwania, co znalazło wyraz w prezentowanych opisach przypadków.

Należy raz jeszcze podkreślić, że integracja medycyny z psychologią otworzyła pełnię możliwości pomocy, tak jak integracja doświadczenia stanowi nadrzędny cel pracy terapeutycznej z osobami po traumie. Użyteczność psychoterapii okazała się w tej kwestii niezaprzeczalna.

Bibliografia

- APA, 2002: DSM — IV — TR Criteria for PTSD. *Psychiatric News*, 37: 20, s. 25.
- BOMBA J., 2002: Trauma i stres — znaczenie dla medycyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2 (4), s. 225—228.
- FARBER S., 2000: *When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- FARBER S.K., 2006: The inner predator: trauma and dissociation in bodily self-harm. In: *Trauma: Obvious and Hidden. Possibilities for Treatment*. APA Panel. New Orleans.
- GOLEMAN D., 1985: *Vital lies, simple truths: The psychology of self-deception*. New York: Simon & Schuster.
- GREEN L., 1992: *Ordinary wonders: Living recovery from sexual abuse*. Toronto, Ontario: Women's Press.
- HALEY J., 1995: *Niezwykła terapia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- HART VAN DER O., 2008: Relations Among Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress: A Critical Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(4), s. 481—505.
- HERMAN J., 1992: *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence, From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- HESZEN I., SĘK H., 2008: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- HUNT S.C., RICHARDSON R.D., 2002: Clinical management of Gulf War veterans with medically unexplained physical symptoms. *Military Medicine*, 167, s. 414.
- JAMES R.K., GILLILAND B.E., 2005: *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- JOSEPH S., WILLIAMS R., YULE W., 1997: *Understanding post-traumatic stress. A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York: Jon Wiley & Sons.
- KLESZCZ-SZCZYRBA R., 2008a: „Nikomu o tym nie mówiłam” — psychoterapia pacjentki z jankaniem psychogennym (etap pracy z traumą w ujęciu ericksonowskim). W: *Życie godnie... XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 80 (abstrakt).
- KLESZCZ-SZCZYRBA R., 2008b: „Prawdziwy mężczyzna nigdy nie płacze” — psychoterapia pacjenta z katarem psychogennym w kontekście systemowym. W: *Życie godnie... XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 127 (abstrakt).
- MCCANN L., PEARLMAN L., 1990: *Psychological trauma and the adult survivor. Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner.
- NIJENHUIS E.R.S., 2004: *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: Norton.
- PUTNAM F., 1992: Discussion: Are alter personalities fragments or fiction? *Psychoanalytic Inquiry*, 12, s. 95—111.
- ROTHSCHILD B., 2000: *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- TERR L., 1991: Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 10—20.
- WIDERA-WYSOCHAŃSKA A., 2001: Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie. W: DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., red.: *Podstawy psychologii i zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 227—243.
- WOJTYNA E., DOSIAK M., 2007: Łysienie plackowate jako przejaw nieświadomionej traumy: opis przypadku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16, s. 57—59.
- ZEIG J., 1997: *Spotkania z Ericksonem. Niezwykły człowiek, niezwykła terapia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- ZEIG J., MUNION M., 2005: *Milton H. Erickson*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.