
Faculty Scholarship

12-13-2021

Trauma Informed Care in Medical Facilities (Terapia zorientowana na traumę w placówkach ochrony zdrowia)

Jaroslaw Richard Romaniuk
Case Western Reserve University, jrr3@case.edu

Kathleen J. Farkas
Case Western Reserve University, kjf@case.edu

Author(s) ORCID Identifier:

 Jaroslaw Richard Romaniuk

 Kathleen J. Farkas

Follow this and additional works at: <https://commons.case.edu/facultyworks>

 Part of the [Mental and Social Health Commons](#)

Recommended Citation

Romaniuk, J. R., Farkas, K. J. (2021). Trauma Informed Care in Medical Facilities. *Military Physician*, 99(4), 182-190. <https://doi.org/10.53301/lw.2102>

This Article is brought to you for free and open access by Scholarly Commons @ Case Western Reserve University. It has been accepted for inclusion in Faculty Scholarship by an authorized administrator of Scholarly Commons @ Case Western Reserve University. For more information, please contact digitalcommons@case.edu.

CWRU authors have made this work freely available. [Please tell us](#) how this access has benefited or impacted you!

Terapia zorientowana na traumę w placówkach ochrony zdrowia

Trauma Informed Care in Medical Facilities

Jaroslav R. Romaniuk, Kathleen J. Farkas

Jack, Joseph and Morton Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University;
dean: Grover C. Gilmore, Ph.D.

Streszczenie. Odkrycie powszechności przeżyć traumatycznych w życiu ludzi było początkiem rozwoju badań nad wpływem różnego rodzaju urazów na stan zdrowia społeczeństwa. Pierwsze badania korelacji między występowaniem doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie (ACE) a miarą dolegliwości zdrowia fizycznego i psychicznego w późniejszym wieku wskazało na znaczenie urazów w rozwoju człowieka. Z powodu istotnego wpływu traumy na zdrowie stwierdzono, że żadna pomoc osobom, które doświadczyły urazów, nie może prowadzić do retraumatyzacji. W tym celu określono podstawowe zasady działania dowolnej placówki ochrony zdrowia zorientowanej na traumę (TIC). W pracy przedstawiono sześć podstawowych zasad TIC oraz metody ich zastosowania w celu stworzenia bezpiecznego miejsca pomocy ofiarom traumy. Oprócz specjalnych warunków, jakim powinien podlegać ośrodek TIC, w pracy przedstawiono również wyniki badań dotyczących różnych obrazów zapisu traumy w świadomości człowieka. Uznano, że odmienność zapisu powinna mieć znaczenie w wyborze odpowiednich podejść terapeutycznych.

Słowa kluczowe: doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie, ACE, stres pourazowy, zranienie moralne, uzależnienia, superwizja

Abstract. The recognition of traumatic experiences across all aspects of human life has spurred the development of research on the impacts of trauma in various segments of society. The Adverse Childhood Experiences Study (ACES) first documented the correlation between childhood trauma exposure and physical and mental health disorders in adulthood. Further studies provided additional evidence of the long lasting impacts of trauma and led to practices to decrease re-traumatizing policies and practices. Trauma informed care (TIC) offers concepts and approaches for successful engagement and effective treatment for trauma survivors. This paper presents six basic principles of TIC and the methods for their application. This study also presents the results of research on the importance of understanding an individual's conceptualization of the trauma event. It has been suggested that the individual's unique perceptions of the trauma experience should influence the selection of an appropriate therapeutic approach.

Key words: ACE, adverse childhood experiences, addictions, moral injury, post traumatic stress disorder, supervision

Nadesłano: 28.06.2021. Przyjęto do druku: 22.09.2021
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2021; 99 (4): 182–190
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

doi: 10.53301/lw.2102

Adres do korespondencji
dr hab. Jaroslav R. Romaniuk
9101 Bancroft Avenue, Cleveland, OH 44 105, USA
e-mail: jrr3@case.edu

Wstęp

Przeżycia traumatyczne w życiu pacjentów traktowane są ze specjalną uwagą jako doświadczenie, które wymaga wizyty u psychiatry albo u wyspecjalizowanego terapeuty. Wielu pracowników ochrony zdrowia obawia się, że rozmowa na temat traumatycznych przeżyć może wywołać u pacjenta reakcje emocjonalne, które będą trudne do opanowania. Takie podejście odbierane jest z kolei przez pacjentów jako sygnał, że ich przeżycia należą

do kategorii wstydlivych, o których nie powinni mówić. Ponieważ wydarzeniom traumatycznym często towarzyszy poczucie winy i upokorzenia, niechęć personelu medycznego do historii wydarzeń traumatycznych wzmacnia negatywne odczucia pacjentów. Powstało wiele metod terapeutycznych pomagających odzyskać sprawność psychiczną osobom, które doświadczyły traumy. Zajmują się tym specjaliści z dziedzin psychiatrii, psychologii oraz pracy socjalnej. Odsetek osób szukających pomocy specjalistycznej jest jednak bardzo mały. Zazwyczaj

pacjenci sami muszą rozpoznać, że ich problemy związane są z przeżytyą traumą, i zgłosić się do specjalisty zdrowia psychicznego. Niestety, jednym ze skutków urazu jest lęk przed jego ponownym przeżywaniem. Pamięć traumy stanowi największy problem u osób, które doznały urazu – obawiają się tego, co w rzeczywistości mogłoby im najbardziej pomóc: unikają ludzi i wszystkiego, co może przypomnieć im o traumie.

W roku 1985 Vincent Felitti ze szpitala medycyny prewencyjnej w San Diego w Kalifornii rozpoczął studia dotyczące leczenia otyłości. W trakcie badań spostrzegł pewne prawidłowości występujące w grupie pacjentów, którzy przegrali kurację. Po latach analiz i potwierdzeniu otrzymanych wyników na bardzo dużej grupie (26 000 osób) Felitti i jego zespół ogłosili dwa istotne odkrycia: (1) przeżycie doświadczenia traumatycznego w dzieciństwie dotyczy przeważającej części społeczeństwa i (2) liczba przeżytych w dzieciństwie doświadczeń traumatycznych pokrywa się z częstością występowania zachowań samodestrukcyjnych i problemów zdrowotnych w późniejszym wieku. Wyniki tych badań skłoniły specjalistów do tego, by uznać przeżycie traumy za jeden z kluczowych problemów medycyny prewencyjnej, a liczbę doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie (*adverse childhood experiences* – ACEs) za wskaźnik ryzyka rozwoju problemów somatycznych i psychicznych w późniejszym życiu.

Najważniejszym wnioskiem badań grupy Felittiego było stwierdzenie, że trauma występująca we wczesnym wieku wpływa na szereg problemów zdrowotnych w wieku późniejszym. Ze względu na różnicę w czasie trudno było uchwycić zależność przyczynowo-skutkową między traumą w dzieciństwie a stanem zdrowia dorosłego człowieka [1]. Dwa współistniejące wydarzenia, jakimi była dekada badań mózgu pod koniec XX w. i powrót żołnierzy po zakończonej wojnie w Wietnamie, dały początek intensywnym badaniom nad skutkami urazów psychicznych u ludzi. Odkrycie powszechności występowania urazów w życiu ludzi w wyniku badań grupy Felittiego spowodowało zwiększenie zainteresowania wpływem traumy na zdrowie człowieka.

W tej pracy chcemy pokazać, jak spojrzenie na zdrowie pacjenta przez pryzmat historii przeżytych przez niego urazów zmienia podejście do systemu ochrony zdrowia. Zmiana systemu dotyczy każdej placówki medycznej, od zapewnienia wykształcenia jej personelu w tematyce traumy do stworzenia warunków, w których każdy pacjent będzie się czuł bezpiecznie. Dlatego najpierw omówimy samo pojęcie traumy i jego wiele znaczeń, a następnie przedstawimy proponowane zmiany w systemie medycznym, aby dobrze służył ochronie zdrowia. Długotrwałe skutki urazów dotyczą zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. W tej pracy skupimy się na przykładach odnoszących się do zdrowia psychicznego. Omówimy zorientowane na traumę leczenie

uzależnień od substancji psychoaktywnych i behawioralnych. Każdy proces leczenia zależy od rozpoznania problemu. W terapii ważne jest zrozumienie obrazu traumy, który powstał w świadomości pacjenta. Dlatego opisany model jest zawsze zorientowany na pacjenta.

Zmiany w podejściu do zaburzeń psychicznych

Pojawienie się wyników prac dotyczących znaczenia traumy w życiu ludzi wpłynęło na zmianę spojrzenia terapeutów na tradycyjny opis uzależnień i innych zaburzeń psychicznych. Badania wykazały, że przeżycie traumy u dorosłych związane jest z częstym występowaniem zachowań samodestrukcyjnych, takich jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy behawioralne, samookaleczanie się bądź samobójstwa. U osób po przebytej traumie mogą się rozwinąć zaburzenia psychiczne, takie jak stany lękowe, depresja czy zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). Współwystępowanie traumy i ryzykownego zachowania nasuwało przypuszczenie, że osoby z przeżytyą traumą starają się swoim postępowaniem złagodzić symptomy pourazowe [2,3]. Z badań grupy Felittiego wiemy, że 78% kobiet ze wskaźnikiem 4 ACEs (cztery różne doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie) używało narkotyków aplikowanych dożylnie. Jest to jedna z najbardziej destrukcyjnych metod uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zaobserwowano, że kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej w młodości, nadużywały alkoholu o 60% częściej niż inne kobiety. Również mężczyźni, którzy doświadczyli traumy w dzieciństwie (zwłaszcza przemocy seksualnej), częściej nadużywają alkoholu oraz innych substancji, popełniają przestępstwa z wykorzystaniem przemocy i częściej przyjmują narkotyki dożylnie. Prawdopodobieństwo palenia tytoniu, uzależnienia od alkoholu, zażywania nielegalnych substancji i dożylnego przyjmowania narkotyków u osób z większą niż 4 liczbą ACE zwiększało się odpowiednio 1,8-, 7,2-, 4,5- i 11,1-krotnie [1].

Powszechność przeżyć traumatycznych w życiu ludzi (>65% populacji) i obserwacja, że ofiary wolą złagodzić objawy tych urazów na własną rękę, doprowadziły do zmian w stosowanych interwencjach psychologicznych. W ostatnich latach zwiększyła się wrażliwość terapeutów na historię traumy w życiu pacjentów. Podstawowym pytaniem stało się: „Co mogło być powodem obserwowanych zachowań samodestrukcyjnych?” Takie pytanie ukierunkowuje wywiad diagnostyczny i pomaga pracownikowi służby zdrowia opracować plan leczenia. Okazało się, że charakterystyczne dla ofiar traumy poczucie winy i wstyd, które często uniemożliwia pacjentom korzystanie z pomocy, można złagodzić poprzez informacje, że stosowane przez nich metody radzenia

sobie ze skutkami traumy były jedynymi, jakie pacjenci mieli do dyspozycji przed zwróceniem się po specjalistyczną pomoc.

Trauma

Istnieje wiele określeń i definicji traumy, począwszy od znanych z list klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM i ICD), po określenie traumy stosowane w medycynie urazów ciała. Oczywiście należy odróżniać zaburzenia psychiczne od obrażeń ciała, aczkolwiek poważnym urazom fizycznym zazwyczaj towarzyszy także uraz psychiczny. Uszkodzenia ciała są główną przyczyną śmierci w pierwszych czterech dekadach życia [4], a ich najczęstszą przyczyną są wypadki komunikacyjne. W pracach Karwana i wsp. [5] oraz Guły i wsp. [6] omówiono, jak najlepiej zorganizować ratunkowe leczenie traumy fizycznej w szpitalnictwie cywilnym i wojskowym. Przyjmuje się, że leczenie ratunkowe traumy powinno obejmować również planowanie pomocy w długoterminowym procesie zdrowienia. Z tego powodu w grupie specjalistów z różnych dziedzin medycznych wymienia się również pracownika socjalnego. To właśnie pracownicy socjalni w szpitalach weteranów (VA – największy system służby zdrowia w USA) są grupą zawodową najlepiej przygotowaną do pomocy medycznej wymagającej współpracy wielu specjalistów [7]. W ostatnich działaniach wojennych dzięki postępom w medycynie wielu żołnierzy przeżyło poważne obrażenia ciała, ale pozostało z ich skutkami, zarówno fizycznymi – w postaci amputacji, jak i psychicznymi – związanymi z urazami mózgu (*traumatic brain injury* – TBI) i PTSD. Tak więc zbieżność słowa „trauma” dla urazów fizycznych i psychicznych nie jest przypadkowa. Odnosi się ono do zaburzeń funkcji organizmu, który jest złożony z mózgu i ciała. Ma to szczególnie znaczenie w przypadkach TBI, które wywołują zaburzenia zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Zagrożenie życia z powodu urazów fizycznych oraz sam pobyt w szpitalu mogą stanowić przyczynę urazu psychicznego.

Odnosi się to również do dzieci, dla których szpital jest nową, dramatyczną sytuacją w życiu. Poza stresem związanym ze stanem zdrowia dzieci są często izolowane od rodziców i poddane nowym warunkom bytowym. Wszelkie sytuacje stresowe, które już mogły wydarzyć się w ich życiu, zwiększają poczucie niebezpieczeństwa i mogą utrudniać proces leczenia [4]. Wyniki badań dotyczących wpływu stresu w życiu dzieci i dorosłych na ich późniejszy stan zdrowia doprowadziły do zmian w dotychczasowym systemie opieki w kierunku leczenia zorientowanego na traumę [2]. W tradycyjnym podejściu, w sytuacjach gdy rozpoznane były objawy przeżytej traumy, odsyłało się pacjenta do specjalisty zajmującego się urazami. Dzisiaj zwraca się uwagę,

aby każdy, kto doświadczył urazów, nie był retraumatyzowany w ośrodkach służby zdrowia [4]. Od kilkunastu lat powstaje coraz więcej opracowań, których celem jest uczulenie personelu medycznego na znaczenie traumy w procesie zdrowienia ludzi [2]. Prace nad metodami pomocy pacjentom po urazach rozwijają się w dwóch kierunkach: pierwsza i najbardziej znana to doskonalenie psychologicznych metod terapeutycznych [8], druga związana jest ze zmianą koncepcji pracy służby zdrowia. Ta ostatnia wiąże się z innym sposobem organizacji placówek medycznych i założeń ich działania. W tym podejściu celem jest szpital, przychodnia czy ośrodek zdrowia psychicznego, które mają być przygotowane do pracy z każdym pacjentem, włącznie z takimi, którzy doświadczyli traumy. Opis organizacji placówki medycznej zorientowanej na traumę na podstawie wytycznych instytucji rządowej SAMHSA [2] przedstawiony został w następnym rozdziale.

Placówka medyczna zorientowana na traumę

Jako placówkę należy tutaj rozumieć każdą jednostkę medyczną – od przychodni do szpitala. Wszędzie, gdzie człowiek przychodzi po pomoc z powodu stanu zdrowia, powinno się stworzyć organizacyjną strukturę zorientowaną na leczenie traumy (*trauma informed care* – TIC). Dzięki badaniom dotyczącym ACEs wiadomo, że u podłoża objawów chorobowych pacjenta często znajduje się historia przeżytego zdarzenia traumatycznego. Może to być zdarzenie z czasów dzieciństwa, ale bywa też uraz przeżyty w wieku dorosłym. Zazwyczaj ludzie szukają pomocy z powodu dolegliwości zdrowotnych albo innych kłopotów w życiu i tylko specjalista może rozpoznać występowanie objawów przeżytej traumy. Dlatego w modelu służby zdrowia zorientowanym na traumę każda jednostka organizacyjna powinna mieć warunki pomocy osobom, które doświadczyły urazów.

Agencja Departamentu Zdrowia USA, SAMHSA, przygotowała dokładny opis placówki ochrony zdrowia zorientowanej na traumę. Podstawowym założeniem tego modelu jest to, że przeżycia traumatyczne są zjawiskiem powszechnym w życiu ludzi. Dlatego wszyscy pracownicy takiej placówki powinni być przeszkoleni w rozpoznaniu wpływu traumy na zdrowie i życie ludzi. Powinni umieć rozmawiać z osobami, które szukają u nich pomocy z dowolnego powodu, i mieć świadomość, że niektóre z przedstawianych problemów prawdopodobnie wiążą się z przeżytą traumą.

Podstawowym nakazem postępowania jest zapobieganie retraumatyzacji. Jakże często w placówkach ochrony zdrowia pacjenci traktowani są w pośpiechu, bez zwracania uwagi na ich stan emocjonalny, a podczas rozmowy diagnostycznej są zaskakiwani intymnymi

pytaniami, bez żadnego wyjaśnienia, w jakim celu są one zadawane. Zazwyczaj nie ma czasu na spokojną rozmowę, dzięki której pacjent mógłby nabrać zaufania do pracownika ochrony zdrowia i powoli wyjawić naturę swoich zmartwień. Podczas rozmowy w warunkach dających poczucie bezpieczeństwa sprawne ucho profesjonalisty może wyłowić sygnały poważniejszych problemów, o których pacjent nie chce rozmawiać [2].

Sześć podstawowych zasad działania placówki zorientowanej na traumę

- **Bezpieczeństwo.** Pacjent powinien czuć się bezpiecznie zarówno w pomieszczeniu, w którym znajduje się organizacja, w pokoju terapeuty i sali zajęć, jak również w kontaktach z innymi ludźmi na terenie ośrodka. Ważne są odczucia pacjentów, a nie przekonania o bezpieczeństwie pracowników organizacji.
- **Szczerość i poczucie zaufania.** Pacjent widzi i rozumie wszystkie działania organizacji, o wszystkim jest informowany i wszystkie osoby na terenie ośrodka mają tę samą wiedzę na tematy istotne dla działalności placówki.
- **Pomoc wzajemna.** Osoby, które doświadczyły wsparcia ośrodka, mogą współuczestniczyć w pomocy innym w ich procesie zdrowienia ze skutków traumy.
- **Współpraca i partnerstwo.** Każda osoba na terenie ośrodka – pacjenci, terapeuci, pracownicy gospodarczy – ma taki sam udział w tworzeniu atmosfery bezpieczeństwa i zdrowienia.
- **Wzrost kompetencji (*empowerment*) pacjentów.** Jednym ze skutków traumy jest utrata poczucia sprawczości. Z tego powodu ośrodek zorientowany na traumę ma za zadanie przywracanie faktycznej sprawczości w życiu osób znajdujących się na terenie ośrodka. Pacjenci we współpracy z pracownikami organizacji określają zarówno swoje potrzeby, jak i sposoby ich spełnienia. Dokonują własnych wyborów i mają wpływ na swoją przyszłość.
- **Wrażliwość na odmiennność.** Każdy pacjent ma swoje uwarunkowania kulturowe i społeczne. Może pochodzić z ubogiej rodziny lub takiej, w której przemoc była zjawiskiem codziennym. Może pochodzić z rodziny imigrantów albo być osobą przesiedloną ze swojego środowiska i zagubioną. Może odczuwać dyskryminację lub niechęć społeczną, znaną takim grupom, jak bezdomni lub mniejszości rasowe czy seksualne. Społeczność ośrodka zorientowanego na traumę musi rozumieć uwarunkowania fizyczne i psychiczne takich osób.

Wszystkie te zasady powinny być nadrzędne w projektowaniu systemu placówki ochrony zdrowia zorientowanej na traumę. Wyodrębniono 10 dziedzin funkcjonowania takich ośrodków i omówiono, jak w każdej

z nich można wprowadzić wszystkie sześć zasad placówki wrażliwej na traumę.

- **Zarządzanie.** Kierownictwo ośrodka jest odpowiedzialne za organizację jego systemu w zgodzie z zasadami placówki zorientowanej na traumę.
- **Przepisy.** W każdej instytucji są przepisy normujące jej funkcjonowanie. To właśnie w instytucjonalnych rozporządzeniach muszą być zawarte wszystkie zasady organizacji TIC – zarówno dotyczące wewnętrznego działania, jak i wszelkiej współpracy z innymi organizacjami. Nikt nie może być wystawiony na możliwość retraumatyzacji. W ten sposób zasady organizacji wyczulonej na traumę są wpisane w instytucjonalne zarządzenia i nie zależą od poglądów poszczególnych osób.
- **Fizyczna przestrzeń.** Środowisko, do którego przychodzi pacjent, powinno być przyjazne i działać uspokajająco, bez wywoływania odczuć zagubienia lub zagrożenia. Tabliczki i ulotki z informacją, dotyczące miejsca i celu działania, powinny być w zasięgu wzroku, aby pacjent nie musiał zadawać pytań nieznanym osobom.
- **Społeczność ośrodka.** Osoby szukające pomocy, ich rodziny i osoby towarzyszące tworzą wspólnotę, będącą źródłem wzajemnego wsparcia i tworzenia warunków sprzyjających zdrowieniu.
- **Współpraca na wielu płaszczyznach.** Osoby doświadczone traumą mogą mieć potrzeby z innych dziedzin życia: mogą poszukiwać pracy, mieszkania, mogą mieć kłopoty w relacjach z innymi ludźmi albo cierpieć na różne dolegliwości psychiczne i fizyczne. Wszystkie te potrzeby powinny być zauważone i przedyskutowane z pacjentami. Organizacja może zaproponować współpracę z innymi placówkami specjalizującymi się w usługach istotnych dla pacjenta.
- **Leczenie.** Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne powinno opierać się na doświadczalnie sprawdzonych metodach leczenia skutków traumy z uwzględnieniem sześciu zasad omówionych wcześniej.
- **Szkolenie i zarządzanie ludźmi.** Począwszy od momentu zatrudnienia, po wszystkie szczeble kariery zawodowej rozwój kadr odbywa się równoległe do szkolenia w zagadnieniach roli traumy w życiu ludzi.
- **Zarządzanie jakością.** Zmiany organizacyjne prowadzone w celu uczulenia jednostki ochrony zdrowia na traumę powinny być oceniane na bieżąco, aby szybko wprowadzać niezbędne korekcje i usprawnienia programu.
- **Finanse.** Program finansowy instytucji musi uwzględniać wydatki związane ze szkoleniem dotyczącym traumy, materiałami do terapii oraz wydatkami na zapewnienie bezpieczeństwa środowiska placówki.

- **Systematyczna ewaluacja.** Sprawdzanie, czy stosowanie zasad organizacji TIC we wszystkich domach funkcjonowania instytucji odbywa się zgodnie z najlepszymi doświadczeniami w tej dziedzinie.

Przedstawiono też procedury pracy z klientem. Głównym założeniem jest równy status klienta i terapeuty. Unika się sytuacji, w których jest wszystkowiedzący terapeuta i podporządkowany mu pacjent. Poniżej wyszczególnione są różne czynności typowe dla pracy terapeutycznej w organizacji TIC.

- Na początku znajomości terapeuty wyjaśni, co będzie robił podczas spotkań z pacjentem. Wy tłumaczy swoje zadania związane z wywiadem diagnostycznym, planem leczenia i dalszą współpracą.
- Wyjaśni wyniki wywiadu diagnostycznego, zwłaszcza w części dotyczącej doświadczenia traumatycznego.
- Opowie o biologicznych mechanizmach stresu, wpływie traumy na układ nerwowy i poda opis objawów stresu pourazowego.
- Podkreśli znaczenie warunków bezpieczeństwa klienta oraz zasady kontaktów z terapeutą lub innymi osobami, do których klient może się zwrócić w sytuacjach kryzysowych.
- Zamiast „ja wiem lepiej”, terapeuta podkreśli, że wszystkie działania i decyzje będą dyskutowane i podejmowane wspólnie.
- Wyjaśni, dlaczego wszystkie sugerowane aktywności mogą pomóc klientowi w powrocie do zdrowia.
- Podkreśli osiągnięcia klienta w rozwoju nowych umiejętności i okazanych możliwości radzenia sobie.
- Pracuje z klientem nad rozpoznaniem sytuacji, które mogą wywołać reakcje kryzysowe, i rozważa, jak klient może im zaradzić.

W każdej sytuacji to klient decyduje o swoim życiu i o tym, co jest dla niego ważne. Terapeuta z nim współpracuje. Plan leczenia dyskutowany jest razem w zgodzie z wiedzą terapeuty i życzeniem klienta.

Konieczność tworzenia placówek zorientowanych na leczenie traumy

Jeżeli zrozumiemy, jak silnie wpływa na życie ludzi przeżyta trauma i jak niewiele wiemy o tym, czego ludzie doświadczyli w dzieciństwie, wtedy możemy sobie uświadomić, że instytucje zajmujące się opieką społeczną, edukacją, zdrowiem czy wymiarem sprawiedliwości zarówno dla nieletnich, jak i dla dorosłych bardzo często zajmują się ofiarami traumy. Na podstawie zgromadzonej ostatnio wiedzy dotyczącej wpływu urazów na życie możemy stwierdzić, że każda z wymienionych tu instytucji powinna działać zgodnie z podejściem zorientowanym na traumę [9]. Coraz więcej badań wskazuje na potrzebę tworzenia rozmaitych instytucji uwrażliwionych na traumę. Na przykład Regal i wsp. [10] wskazali,

że kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej w dzieciństwie, mają duże opory w poddawaniu się prewencyjnym badaniom medycznym. W tej grupie pacjentek występuje zwiększone prawdopodobieństwo rozwinienia się raka piersi i raka jajnika, gdyż kobiety unikają badań, w których muszą się rozebrać i mogą być dotykane podczas badań diagnostycznych. Ogólnie kobiety, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, mają dużo gorsze rokowania w leczeniu raka. Autorzy dowodzą, że zarówno określanie wskaźników ACEs, jak i opieka lekarska zorientowana na traumę mogą w tej grupie pacjentów dać lepsze wyniki [10]. Doświadczenie traumatyczne może zdarzyć się w każdym wieku, włącznie z okresem tuż po porodzie, a nawet przed porodem. Nowo narodzone dzieci, które z różnych powodów muszą przebywać na intensywnej terapii bez opieki rodziców, pozbawione są wspólnoty wczesnych odczuć i przeżyć tworzących więź z matką. Także przeżywanie nasilonych emocji przez kobietę w ciąży może wpłynąć na biologię reakcji stresu dziecka. Uwrażliwienie pracowników ochrony zdrowia na traumę ułatwi zwrócenie uwagi na bezpieczeństwo pacjentów i rozwój badań nad zapewnieniem odporności dzieci na stres [11].

Zależność między traumą a uzależnieniami znana jest od dawna. Ale dopiero stworzenie zintegrowanych programów dla osób cierpiących z powodu podwójnej diagnozy ułatwiło powstanie programów, w których historia przeżytej traumy i uzależnienie mogą być leczone w tym samym czasie. Leczenie uzależnień jest dobrym przykładem zarówno modelu placówki zorientowanej na traumę, jak i zastosowania specyficznych technik leczenia skutków traumy [12].

Uwzględnianie traumy w programach leczenia uzależnień

Terapeuci uzależnień zazwyczaj niechętnie podchodzą do tematu traumy w życiu pacjentów, albowiem wielokrotnie doświadczyli, że przywołanie silnych emocji może prowadzić do nawrotu choroby. Niektórzy uważają, że historia traumy bywa nadużywana przez pacjentów i stanowi usprawiedliwienie dla przerwania leczenia. Dlatego osoby specjalizujące się w leczeniu uzależnień nie tylko wykazują brak zainteresowania traumą, ale wręcz odmawiają uwzględniania historii urazów w procesie terapii. Istnieją przekonania, które pomagają w zachowaniu tej tradycji. Na przykład uważa się, że wszelkie współistniejące problemy zdrowia psychicznego powinny być uwzględniane dopiero po uzyskaniu i utrzymaniu trzeźwości przez pacjenta. Podaje się istotne powody, dla których takie podejście uznaje się za słuszne. Na przykład wiadomo, że wiele skutków zażywania substancji psychoaktywnych wywołuje objawy podobne do objawów zaburzeń psychicznych, takich jak depresja,

stany lękowe czy maniakalne. Aby można było właściwie ocenić obserwowane symptomy, niezbędne jest odstawienie substancji uzależniających. Niestety, takie podejście eliminuje z leczenia wszystkie osoby, które bez chemicznej kontroli emocji nie są w stanie zaangażować się w terapię. Osoby, które cierpią z powodu depresji lub innych zaburzeń psychicznych, często unikają pomocy specjalistycznej z powodu piętna, jakie towarzyszy wizytom u psychiatry. Pozostawieni samym sobie, wolą korzystać z legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych, aby poprawić sobie nastrój. Istnieje też grupa osób, które wykorzystują do poprawy swego stanu psychicznego różne zachowania (np. zakupy, hazard), które po dłuższym stosowaniu mogą prowadzić do uzależnień behawioralnych. Propozycja leczenia uzależnień bez leczenia objawów depresji czy innych zaburzeń psychicznych jest dla tych pacjentów nie do przyjęcia. Na przykład pacjent, który ma objawy PTSD, nie pójdzie na spotkanie Anonimowych Alkoholików czy też na grupę terapeutyczną, gdzie nikogo nie zna i znajdzie się w absolutnie nieznanym sobie środowisku. Dla niego takie „leczenie” jest torturą. Doświadczenia i wyznania pacjentów dotyczące leczenia objawów depresji, stanów lękowych i stresu pourazowego doprowadziły do powstania programów zintegrowanych. W procesie leczenia według tego modelu pacjent uczy się zarówno radzenia sobie z uzależnieniami, jak i z objawami problemów zdrowia psychicznego w tym samym czasie. Prawdą jest, że w takim trybie utrzymanie trzeźwości jest trudne, i dlatego wiele programów zintegrowanych korzysta z osiągnięć modelu redukcji szkód. Nie wymaga się natychmiastowej trzeźwości, a przygotowuje się pacjenta do zrozumienia swojej sytuacji i wspólnie wypracowuje najlepsze podejście do poprawy jakości jego życia.

Różnica między systemem leczenia a technikami terapeutycznymi

Jak wspomniano powyżej, leczenie uzależnień zorientowane na traumę może i powinno korzystać z koncepcji modelu zintegrowanego. W takim przypadku należy wyraźnie odróżnić specjalistyczne techniki terapeutyczne zorientowane na traumę, jak i system leczenia, czyli organizację ośrodka, w którym prowadzi się terapię uzależnień. Istnieją różne grupy pacjentów, które wymagają sprofilowanej opieki zdrowotnej. Bardzo dużo badań dotyczących specjalistycznej pomocy TIC poświęcono kobietom i weteranom wojskowym. Oprócz tych grup prowadzi się badania dotyczące mniejszości społecznych, które doświadczają stresu związanego z ich charakterystyką (*minority stress*), jak społeczność LGBTQ czy mniejszości rasowe [13]. Każda grupa pacjentów może wymagać zarówno specjalistycznego ośrodka

(np. klinika dla kobiet albo szpital wojskowy), jak i specjalistycznych podejść terapeutycznych. Poniżej wyjaśniamy różnice.

Organizacja ośrodka zorientowanego na traumę

Oprócz zasad opisanych wcześniej placówka terapeutyczna powinna współpracować z innymi ośrodkami, które specjalizują się w pomocy dla konkretnej grupy społecznej; specjalistyczna pomoc może być różna w przypadku kobiet (opieka nad dzieckiem, zdrowie kobiet) i weteranów (wojskowa służba zdrowia – VA), ale może też być taka sama (pomoc w znalezieniu pracy czy mieszkania). Weteranami wojskowymi mogą być kobiety, co zwiększa wymagania specjalistycznej pomocy (np. skutki przemocy seksualnej w wojsku). Ośrodki leczenia uzależnień muszą mieć specjalizację ze względu na swoją lokalizację i charakterystykę grupy pacjentów, którym oferują swoje usługi. Inaczej będzie działać program dla ofiar przemocy domowej, a inaczej dla mężczyzn z diagnozą PTSD przebywających w więzieniu [14].

Modele i techniki terapeutyczne zorientowane na traumę

Pierwszą i zasadniczą interwencją jest psychoedukacja. Przyjmuje się, że pacjent powinien znać i rozumieć charakter swoich problemów – jak one powstają, jak nawzajem się wzmacniają i jak można im zaradzić. Członkowie różnych grup społecznych (np. kobiety i mężczyźni) mogą mieć swoje specyficzne doświadczenia. Każdy z pacjentów powinien mieć świadomość swoich emocji i tego, jak nad nimi zapanować. Pacjent uczy się rozpoznawać, kiedy ma do czynienia z pamięcią traumy, kiedy czuje zagrożenie tu i teraz, a kiedy doświadcza głodu narkotyku. Pacjenci uczą się zdrowego żywienia, higieny snu i dbają o sprawność ciała. Wielu z nich poznaje zasady uważności i rozwija kontakty ze współtowarzyszami w procesie zdrowienia. Terapeuta, korzystając z technik wywiadu motywującego, pomaga im w procesie angażowania się w kolejne etapy leczenia. Uczestniczą w grupowych lub indywidualnych zajęciach terapeutycznych. Jednym z ciekawszych podejść terapeutycznych jest Szukanie Bezpieczeństwa (*Seeking Safety*), program terapii grupowej z wykorzystaniem podręcznika do zajęć. Każde z zajęć ma rozpisane tematy ćwiczeń i dyskusji na tematy związane z uzależnieniami i traumą [14]. Szukanie Bezpieczeństwa poprawia jakość życia pacjentów, choć nie jest leczeniem traumy. Do leczenia traumy stosuje się inne techniki i modele terapeutyczne, takie jak różne formy terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), technikę odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR), terapię metodą przedłużonej ekspozycji oraz takie modele, jak dialektyczna terapia behawioralna (DBT) oraz terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) [2,8,14].

Inna trauma

Wiadomo od dawna, że są różne traumy, i z tego powodu środowiska naukowe i terapeutyczne używają różnych klasyfikacji traumy [3,8]. Najczęściej mówi się o traumie wywołanej przez siły natury (np. powódź, trzęsienie ziemi) lub z powodu działań człowieka (wypadki komunikacyjne, przemoc, działania wojenne). Niektórzy mówią o traumie przez duże „T” i małe „t”. Jednakże należy pamiętać, że to samo zdarzenie może u różnych ludzi wywołać różne reakcje. Najsilniej wpływają na człowieka zdarzenia, które burzą jego tożsamość oraz wiarę w bezpieczny i sprawiedliwy świat. Wpływ traumy na psychikę i organizm ofiary traumy może być bardzo silny i może wymagać współpracy specjalistów z wielu dziedzin, aby w pełni poznać rozmiar wywołanej traumą destrukcji.

Okazuje się, że terapie z udokumentowaną skutecznością w leczeniu traumy mogą zostać przez pewnych pacjentów odrzucone jako zbyt inwazyjne. Na przykład wielu weteranów wojskowych nie zgadza się na uczestnictwo w terapiach ekspozycyjnych. Taka reakcja pacjentów była zaskoczeniem dla pracowników szpitali dla weteranów, gdyż metody te były uznane za najlepsze. Po bliższej analizie historii przeżyć traumatycznych stwierdzono, że niszczący wpływ traumy może dotyczyć różnych przeżyć i emocji, a przez to urazy mogą być inaczej zapisane w świadomości człowieka. W przypadku weteranów, którym terapia ekspozycyjna przyniosła wyraźną poprawę, trauma, której doświadczyli, związana była z przeżyciem dużego zagrożenia i paraliżującego strachu. Podczas zajęć terapeutycznych pacjenci w warunkach zachowania bezpieczeństwa przystosowują się do obrazu, który wywołał ich przerażenie. W przypadku weteranów, którzy odmówili uczestnictwa w terapii ekspozycyjnej, trauma polegała na przeżyciu zdarzenia, które niszczyło ich tożsamość. Przykładem takiej traumy może być choćby odkrycie, że żołnierze zamiast walczyć o wspaniałe ideały, przyczynili się do śmierci bezbronnym kobiet i dzieci. Przeżycie, w którym pacjent poczuł się zdradzony i pozbawiony wiary w słuszność swojej walki, nazwano zranieniem moralnym (*moral injury*) [15].

Można łatwo zrozumieć, że w obu wymienionych przypadkach terapia traumy powinna być zupełnie inna. W pierwszym interwencją terapeutyczną jest przyzwyczajanie (habitacja) do sytuacji wywołującej przerażenie, a w drugim ulgę w odczuwaniu winy za cierpienia innych może przynieść omawianie osobistej roli w wydarzeniu. Im więcej wiemy o podłożu choroby, tym lepsze możemy osiągnąć wyniki jej leczenia. Dzięki badaniom skuteczności programów TIC wiemy, że leczenie uzależnień bez uwrażliwienia na traumę dla większości pacjentów może być co najmniej nieadekwatne, a dla niektórych – gdy pojawia się retraumatyzacja – może być wręcz szkodliwe. Podobnie, gdy nie rozumiemy, skąd biorą się obserwowane objawy, możemy zaproponować leczenie,

które okaże się niewłaściwe. Dlatego negatywny wynik leczenia powinien być rozpatrywany jako prawdopodobny błąd w diagnostyce, a nie jako „opór” pacjenta w terapii. Brak pozytywnych efektów leczenia może wzmocnić w pacjencie poczucie, że taki jest jego los, że świat jest niesprawiedliwy i nic już mu nie pomoże. Taką reakcję nazwano rozgoryczeniem (*embitterment*) i określono jako inną niż PTSD, specyficzną odpowiedź na traumę [16]. Łatwo sobie wyobrazić, że i w tym przypadku podejście terapeutyczne powinno być dopasowane do zapisu traumy w świadomości pacjenta. Rozgoryczenie powstaje, gdy w świadomości pacjenta pojawia się przekonanie, że uczyniono mu niezasłużoną krzywdę.

Podczas leczenia traumy należy pamiętać o traumie zastępczej (*vicarious*). Każdy, kto słucha historii przeżyć traumatycznych swoich pacjentów, może samemu doznać tzw. traumy zastępczej, z zespołem objawów charakterystycznym dla stresu pourazowego. Dlatego ważnym zadaniem terapeuty jest zapewnienie sobie zdrowego i spokojnego trybu życia oraz wykształcenie odporności (*resiliency*) na traumę. Badania dotyczące traumy zwróciły uwagę na tzw. traumę międzygeneracyjną. Otóż wykazano, że ofiary traumy mogą przekazywać objawy urazów kolejnym pokoleniom. Badano, w jakich warunkach dochodzi do przekazywania skutków traumy. Okazało się, że braki w leczeniu traumy albo słabe wyniki terapii prowadzą do pojawienia się objawów urazów w następnym pokoleniu. Dopiero rozwój odporności na traumę może zahamować przekaz skutków traumy następnym generacjom [16].

Superwizja

Począwszy od 2001 r., czyli od pierwszych wzmianek na temat leczenia zorientowanego na traumę, pojawiło się wiele artykułów, badań i specjalistycznych opracowań, których celem jest ułatwienie wprowadzenia tego modelu do praktyki ochrony zdrowia. Jak przy każdym nowym podejściu, pojawiają się również głosy przestrzegające przed pochopnym stosowaniem terminu TIC. Podkreśla się, że najważniejsze jest właściwe przygotowanie pracowników do korzystania z tego podejścia. Każda osoba zatrudniona w programie TIC powinna zdawać sobie sprawę z powszechności traumy w życiu ludzi. Musi być przeszkolona w porozumiewaniu się z klientami, którzy przychodzą do placówki, szukając pomocy. Zawsze zachodzi obawa, że nowe podejście zostanie zintegrowane do wcześniejszego systemu bez istotnych zmian systemowych.

W przypadku leczenia zdrowia psychicznego za najlepszą formę zmiany programu w kierunku uwrażliwienia na traumę uznaje się superwizję [17]. Każdy nauczyciel zawodu powinien być specjalistą zarówno w superwizji, jak i terapii zorientowanej na traumę. Poprzez

systemowe zmiany relacji superwizor–superwizant można zmieniać relację terapeuta–klient i powoli zmieniać strukturę organizacji w kierunku orientacji na traumę.

Z koncepcją tą związana jest jednak pewna trudność. Superwizor ma trzy podstawowe role: administracyjną, edukacyjną i wspierającą. W każdej z tych ról występuje hierarchia funkcji i właśnie to, jak ta zależność wygląda w praktyce, odzwierciedla stopień zastosowania zasad TIC. Otóż wśród podstawowych zasad TIC znajdują się współpraca i partnerstwo, szczerłość i sprawczość. Trudno mówić o tych wartościach w układzie hierarchicznym, a bez nich zasady TIC nie mogą być zachowane. W superwizji administracyjnej nauczycielem jest przeważnie zwierzchnik, którego zadaniem jest nie tylko szkolenie podwładnego, ale również ocena jego pracy, co ma duży wpływ na jego karierę. W takiej sytuacji trudno zachować relacje partnerskie. Superwizant prawdopodobnie będzie chciał się pokazać z jak najlepszej strony i nie będzie opowiadał o swoich niepewnościach czy wątpliwych sytuacjach w pracy z klientem. W relacji nauczyciel–uczeń wyrównanie hierarchii również jest trudne, ponieważ superwizor jest przeważnie osobą o dłuższej praktyce zawodowej, z większą wiedzą dotyczącą zadań zawodowych superwizanta.

Żeby zachować zasady organizacji TIC, relacja powinna opierać się na wzajemnym zaufaniu. Osoba w superwizji powinna zdawać sobie sprawę z własnej sprawczości i umieć dokonywać własnych wyborów. Funkcja wspierająca wydaje się najłatwiejsza w budowaniu relacji partnerskiej. Dotyczy obserwacji reakcji emocjonalnych superwizanta w jego pracy z klientem oraz jego funkcjonowania jako profesjonalisty. Refleksyjny charakter superwizji może ułatwić wzajemną wymianę informacji.

Często zaleca się, aby w organizacji TIC superwizja administracyjna nie wiązała się z edukacyjną i wspierającą. Jeśli jest to niemożliwe, można ją ograniczyć do omawiania zasad działania organizacji i oceny, w jaki sposób superwizant funkcjonuje w strukturze placówki. Superwizor może określać zadania do wykonania i omawiać ich realizację w procesie uczenia. W roli edukacyjnej superwizor tłumaczy zasady działania TIC, omawia charakterystykę pacjentów, którymi placówka się zajmuje, oraz tłumaczy założenia teoretyczne i praktyczne odpowiednich podejść terapeutycznych. W roli wspierającej superwizor może sam działać jak terapeuta i rozmawiać z superwizantem o jego reakcjach w pracy z pacjentem. W takim przypadku należy jednak pamiętać o innym charakterze relacji terapeutycznej i superwizyjnej. W terapii celem jest poprawa zdrowia psychicznego, a w superwizji sprawdza się, czy zdrowie psychiczne jest zachowane, a superwizant właściwie wykonuje swoją funkcję terapeuty.

Jak wspomniano wcześniej, w ośrodkach TIC częstym problemem jest traumatyzacja zastępcza i zadaniem

superwizora może być zauważenie jej objawów u terapeutów. Ważne, by zespół placówki umiał zadbać o odporność (*resiliency*) swoich pracowników na traumę i rozpoznać objawy traumy zastępczej. Program terapeutyczny zorientowany na traumę ma specyficzną strukturę omawiania przypadków klinicznych w superwizji. Każdy przypadek analizuje się poprzez dyskusję sześciu zasad TIC w życiu i podczas leczenia pacjenta. W ten sposób zasady TIC są utrwalane w kulturze ośrodka. Znajduje to odzwierciedlenie w podejściu pracowników do osób znajdujących się na terenie placówki, bez względu na to, czy są to pacjenci, terapeuci, superwizorzy, czy pracownicy gospodarczy.

Zmiany środowiska

Ostatnie trzy dekady przyniosły nie tylko rozwój badań nad skutecznością różnych podejść terapeutycznych w procesie zdrowienia, ale również wiele istotnych zmian w środowisku, w którym żyjemy. Badania wpływu zdarzeń traumatycznych na zdrowie fizyczne i psychiczne otworzyły nowe potrzeby holistycznego traktowania organizmu człowieka z jego jednością kompleksu mózg–ciało. Coraz więcej uwagi poświęcamy doświadczeniom ciała, jako że właśnie tam, oprócz mózgu, zaprogramowane są odczucia wywołane traumą. Terapia behawioralno-poznawcza może nie być wystarczająca, gdy to nie rozum słucha, a reaguje ciało. Lepsza wiedza dotycząca skutków traumy prowadzi do rozwinięcia nowych metod terapeutycznych, zwłaszcza technik zorientowanych na ciało [18].

Następują globalne zmiany wpływające na środowisko, w którym żyjemy. Problemy związane z imigracją i wędrowną ludźmi, wywołanymi zarówno działaniami wojennymi, jak i zmianami klimatu, zaczynają być odczuwane w najbliższym otoczeniu. W roku 2020 świat ogarnęła pandemia COVID-19, która zupełnie zmieniła nasze życie. W tragicznych momentach pandemii lekarz musiał decydować, który z jego pacjentów najbardziej zasługuje na pomoc. Nie każdy potrzebujący mógł dostać ratujący życie respirator. Decyzje, kogo ratować, a kogo nie, mogły spowodować urazy natury moralnej i na długie lata zmienić życie ludzi [19]. Wieloletnie działanie opresji, rasizmu i dyskryminacji całych grup społecznych również wywołuje traumę. Międzypokoleniowa pamięć traumy się utrwała i zanika zrozumienie przyczyny złego stanu zdrowia i gorsze wyniki funkcjonowania całych grup społecznych. Pomimo świadomości skutków stresu przeżywanego przez mniejszości rasowe i seksualne oba zjawiska są normą w 2021 r. Jedną z najlepszych technik radzenia sobie ze skutkami traumy jest włączenie się osób, które przeżyły urazy, w walkę o równe prawa dla wszystkich oraz o ujawnienie i zaprzestanie znanych form przemocy i znęcania się [20]. Trudno nie zauważyć, że nasze

środowisko coraz bardziej wymaga zastosowania szerszego zakresu zasad organizacji zorientowanej na traumę.

Wnioski

Rozwój specjalistycznej wiedzy dotyczącej traumy w ostatnich trzech dekadach jest znaczący. Tak jak wraz z technologią zmienia się sposób ratowania pacjenta politraumatycznego, tak wiedza dotycząca działania mózgu wpływa na rozwój technik psychoterapii zorientowanej na traumę. Ten sam pacjent, którego życie zostało ocalone na oddziale politraumatologii, może odczuwać dłużej utrwalone psychiczne skutki stresu pourazowego. Powszechność przeżyć traumatycznych doprowadziła nie tylko do rozwoju metod leczenia skutków urazów, ale również do zmiany systemu ochrony zdrowia, w którym takie metody się stosuje. Nie wiemy, czy pacjent, który cierpi na bóle mięśniowe, powinien być badany przez lekarza ogólnego, neurologa, czy przez psychiatrę. Dlatego każdy pacjent powinien być traktowany tak, by w przypadku przeżytej traumy nie był retraumatyzowany w placówce ochrony zdrowia.

Możliwość zdarzenia traumatycznego w ostatnich latach znacząco się zwiększa. Ale zwiększa się również możliwość zapewnienia najlepszych warunków leczenia pacjentowi, który cierpi z powodu urazu. W pracy przedstawiono szczegółowe podejście leczenia zorientowanego na traumę i powody, dla których każda placówka medyczna powinna je stosować. Cytowane piśmiennictwo dostarcza więcej argumentów za rozwojem omówionego modelu medycznego.

Piśmiennictwo

1. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006; 256 (3): 174–186
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14–4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014
3. Cichoński Ł, Wieczorek A, Hat M, et al. Trauma a zdrowie psychiczne – Antoni Kępiński *In Memoriam*. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 2018; 23 (4): 299–311
4. Gillen T. Trauma informed care in a modern hospital setting. *Nursing Rev*, 2020; May 5
5. Karwan K, Michalak G, Gałązkowski R. Organizacja ratunkowego leczenia chorych po urazach z mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała w warunkach szpitalnych. *OPM*, 2013; 12: 28–31
6. Gula P, Brzozowski R, Wiśniewski T. Analiza doświadczeń Polskiego Szpitala Polowego w Afganistanie a przygotowanie SOR na wypadek masowego napływu poszkodowanych. *Lek Wojsk*, 2013; 92 (3): 283–287
7. Romaniuk JR, Esmurdoc FC. Praca socjalna w leczeniu weteranów służby wojskowej w USA. *Lek Wojsk*, 2020; 98 (3): 199–205
8. Popiel A. Zorientowana na traumę psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń stresowych pourazowych. *Psychiatria*, 2009; 6 (4): 124–133
9. Ko SJ, Ford JD, Kassam-Adams N, et al. Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2008; 39 (4): 396–404
10. Regal RA, Wheeler NJ, Daire AP, Spears N. Childhood sexual abuse survivors undergoing cancer treatment: A case for trauma-informed integrated care. *J Mental Health Counseling*, 2020; 42 (1): 15–31
11. Sanders M, Hall S. Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. *J Perinatol*, 2018; 38: 3–10
12. Romaniuk JR, Farkas KJ. Współczesne wyzwania pracy socjalnej w Ohio, USA. *Praca Socjalna*, 2019; 34: 5–26
13. Romaniuk JR, Kotlarska-Michalska A, Farkas KJ. American perspectives on suicidality among men in Poland. *Soc Register*, 2021; 5 (1): 45–72
14. Wolff N, Huening J, Shi J, et al. Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. *J Anxiety Disord*, 2015; 30: 66–80
15. Barth TM, Lord CG, Thakkar VJ, Brock RN. Effects of Resilience Strength Training on constructs associated with Moral Injury among veterans. *J Veterans Stud*, 2020; 6 (2): 101–113
16. Lehrner A, Yehuda R. Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2018; 10 (1): 22
17. Jones CT, Branco SF. Trauma-informed supervision: Clinical supervision of substance use disorder counselors. *J Add Offender Counseling Issues*, 2020; 41: 2–17
18. Grabbe, Miller-Karas E. The Trauma Resiliency Model: A “Bottom-Up” intervention for trauma psychotherapy. *J Am Psych Nurses Assoc*, 2018; 24 (1): 76–84
19. Masiero M, Mazzocco K, Harnois C, et al. From individual to social trauma: Sources of everyday trauma in Italy, The US and UK during the Covid-19 Pandemic. *J Trauma Dissociation*, 2020; 21 (5): 513–519
20. Strauss Swanson C, Szymanski DM. From pain to power: An exploration of activism, the #MeToo movement, and healing from sexual assault trauma. *J Counsel Psychol*, 2020; 67 (6): 653–668