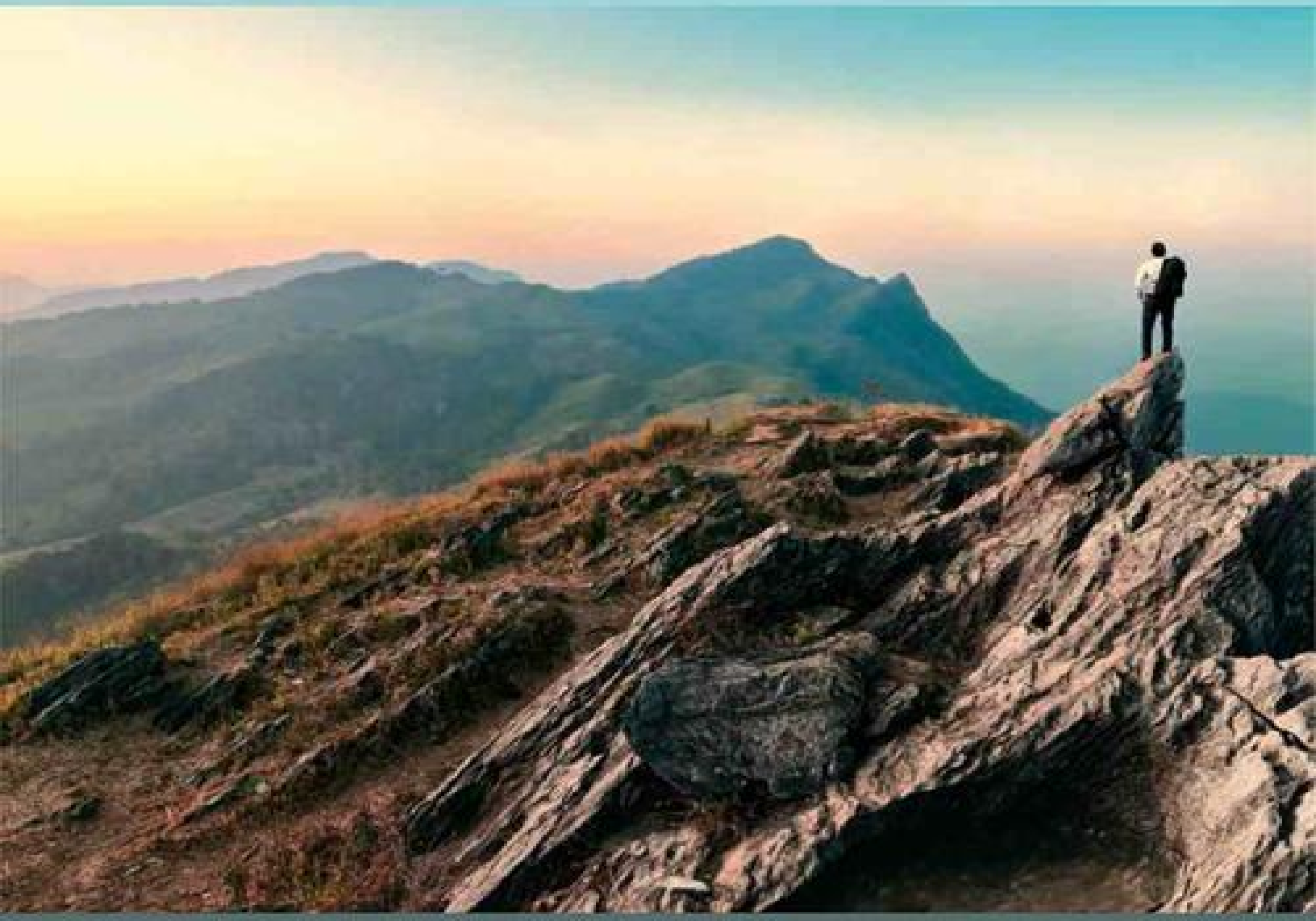
TERAPIA TRAUMY

BESSEL **VAN DER KOLK**



Strach ucieleśniony

Mózg, umysł i ciało w terapii traumy

BESSEL **VAN DER KOLK**

Strach ucieleśniony

Mózg, umysł i ciało w terapii traumy

przełożyła Małgorzata Załoga

Wydawnictwo Czarna Owca
Warszawa 2018

Tytuł oryginału:
THE BODY KEEPS THE SCORE

Redakcja językowa:
Jagoda Latkowska
Projekt okładki:
Studio Projektowe PLAKAT/Katarzyna Słania
Zdjęcie na okładce:
© red mango/Shutterstock
Korekta:
Zuzanna Żółtowska / Słowne Babki
Redaktor prowadzący:
Małgorzata Hlal

Copyright © 2014 by Bessel van der Kolk
All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part of any form.
This edition published by arrangement with Viking, an imprint of Penguin Publishing Group, a division of Penguin Random House LLC.
Copyright for the Polish edition © by Wydawnictwo Czarna Owca, 2018

Wydanie I

ISBN 978-83-8015-801-6

Wydawnictwo
CZARNA
OWCA
www.czarnaowca.pl

Wydawnictwo Czarna Owca Sp. z o.o.
ul. Alzacka 15a, 03-972 Warszawa
www.czarnaowca.pl
Redakcja: tel. 22 616 29 20; e-mail: redakcja@czarnaowca.pl
Dział handlowy: tel. 22 616 29 36; e-mail: handel@czarnaowca.pl
Księgarnia i sklep internetowy: tel. 22 616 12 72; e-mail: sklep@czarnaowca.pl

Konwersję do wersji elektronicznej wykonano w systemie **Zecer**.

Pacjentom, mojej księdze świadomości ciała.

PROLOG

Mierząc się z traumą

Nie trzeba być żołnierzem na pierwszej linii ani uchodźcą w obozach Syrii czy Kongo, żeby doświadczyć traumy. Trauma przydarza się nam, naszym przyjaciołom, naszym krewnym i sąsiadom. Badania prowadzone przez amerykańskie CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centra Kontroli i Prewencji Chorób) wskazują, że jeden na pięciu Amerykanów był w dzieciństwie molestowany seksualnie, jeden na czterech – bity przez rodziców tak, że zostawały mu na ciele siniaki, a przemoc fizyczna to stały element życia co trzeciej pary. Jedna czwarta z nas dorastała w rodzinach, w których jakiś kuzyn był alkoholikiem, a jeden na ośmiu widział na własne oczy, jak bito jego matkę [1].

My, ludzie, jesteśmy gatunkiem niezwykle odpornym. Od niepamiętnych czasów odradzaliśmy się z bezlitosnych wojen, niezliczonych katastrof (zarówno naturalnych, jak i wywołanych przez człowieka), nie licząc codziennych gwałtów i zdrad. Ale traumatyczne doświadczenia zostawiają ślad, czy to na wielką skalę (w naszej historii i kulturze), czy też w naszym własnym ogródku – odciskają piętno na naszych rodzinach, a mroczne sekrety niepostrzeżenie przechodzą z pokolenia na pokolenie. Ślady zostają też w naszych umysłach, zmieniają nasze emocje, wpływają na zdolność do odczuwania radości i wchodzenia w relacje intymne, a nawet na biologię i układ odpornościowy.

Trauma dotyka nie tylko tych, którzy jej bezpośrednio doświadczyli, ale i wszystkich wokół. Żołnierze wracający z walk do domów mogą przerażać swoje rodziny wybuchami gniewu i emocjonalną nieobecnością. Żony mężczyzn cierpiących na stres pourazowy (PTSD – *Posttraumatic Stress Disorder*) zwykle wpadają w depresję, a dzieci matek z depresją częściej wzrastają w atmosferze niepewności i niepokoju. Warto podkreślić, że wiele

osób, które w dzieciństwie były dotknięte przemocą domową, ma trudności w nawiązaniu trwałych, opartych na zaufaniu relacji.

Trauma to z definicji coś nie do zniesienia i nie do zaakceptowania. Większość ofiar gwałtu, żołnierzy frontowych i molestowanych dzieci, nie jest w stanie myśleć o traumatycznych doświadczeniach, stara się wyprzeć je ze świadomości i żyć dalej, zachowując się tak, jakby to się nigdy nie stało. Tyle że „normalne" funkcjonowanie dla kogoś, kto nosi w sobie pamięć takiego horroru i wstyd wynikający z totalnej bezsilności i bezbronności, wymaga wydatkowania niewiarygodnej ilości energii. Każdy chciałby na zawsze zostawić traumę za sobą, ale odpowiedzialna za przetrwanie część naszego mózgu nie jest zbyt skuteczna w blokowaniu dostępu do przerażających wspomnień. Bywa, że nawet po wielu latach wystarczy cień zagrożenia, by wszystko wróciło, a uszkodzone niegdyś obwody w mózgu zaczęły ponownie wydzielać ogromne ilości hormonów stresu. Stają się one źródłem negatywnych emocji, silnych reakcji fizycznych oraz impulsywnych i agresywnych zachowań. Takie postraumatyczne reakcje wydają się niezrozumiałe, a jednocześnie są nie do opanowania. Ludzie, którzy przeżyli traumę, często czują, że zupełnie nie mają nad nimi kontroli, i zaczynają się bać, że nigdy się od nich nie uwolnią.

Pamiętam pierwsze doświadczenie, które pchnęło mnie na medycynę: to letni obóz, na którym byłem jako czternastolatek. Mój kuzyn Michał przez całą noc nie dał mi spać, wyjaśniając skomplikowane mechanizmy pracy nerek. Opowiadał, jak wydalają z organizmu wszystkie ścieki, a potem odzyskują związki chemiczne, niezbędne, żeby utrzymać organizm w równowadze. Jego opowieści o funkcjonowaniu ciała naprawdę mnie zadziwiły. Długo potem, na każdym etapie mojej medycznej edukacji, czy to na chirurgii, czy na pediatrii albo kardiologii, oczywistym było dla mnie, że kluczem do wyleczenia pacjenta jest zrozumienie zasad działania ludzkiego organizmu. Dopiero kiedy zacząłem staż na psychiatrii, dostrzegłem, jak ogromna jest przepaść między nieprawdopodobną złożonością umysłu, mnogością interakcji i powiązań między ludźmi a tym, jak mało psychiatrzy wiedzą o przyczynach problemów, które leczą. Czy kiedykolwiek będziemy wiedzieć o mózgach, umysłach i miłości tyle, ile wiemy o innych układach tworzących nasz organizm?

Wciąż dzielą nas lata od osiągnięcia takiego poziomu zrozumienia, ale dzięki trzem całkiem nowym dziedzinom nauki mamy do czynienia ze swoistą eksplozją wiedzy na temat skutków traumy. Te nowe dyscypliny to neuronauka, czyli badania tego, w jaki sposób w mózgu zachodzą procesy myślowe; psychopatologia rozwojowa, czyli badania wpływu przykrych doświadczeń na rozwój mózgu i umysłu; i wreszcie neurobiologia interpersonalna – badająca, w jaki sposób nasze zachowania wpływają na emocje, fizjologię i stan umysłu ludzi wokół nas.

Wyniki prac prowadzonych w ramach tych dyscyplin ujawniły, że wskutek traumy dochodzi do rzeczywistych, fizjologicznych zmian, w tym do rekalibracji układu ostrzegawczego mózgu, wzrostu aktywności hormonów stresu i zmian w układzie odsiewającym informacje istotne od nieistotnych. Wiemy, że trauma uszkadza obszar, który przekazuje fizyczne, głęboko wdrukowane odczucie, że jesteśmy żywi. Zmiany wyjaśniają, dlaczego osoby po przebytej traumie stają się nadmiernie wyczulone na zagrożenia kosztem spontanicznego zaangażowania w codzienne aktywności. Pomagają też zrozumieć, dlaczego straumatyzowane osoby tak często powtarzają te same zachowania i tak trudno im uczyć się na błędach. Wiemy dziś, że ich postępowanie to nie skutek moralnego upadku, oznaka braku silnej woli czy efekt złego charakteru – to wynik rzeczywistych, fizjologicznych zmian, jakie zaszły w przeszłości w ich mózgu.

Ogromny przyrost wiedzy o podstawowych procesach leżących u źródeł traumy otworzył też nowe możliwości łagodzenia, a nawet odwracania skutków zaistniałych uszkodzeń. Potrafimy dziś tworzyć metody i wykorzystywać w praktyce naturalną plastyczność ludzkiego mózgu, żeby pomagać osobom z doświadczeniem traumy zakotwiczyć się w teraźniejszości, pozwolić im odczuć, że żyją tu i teraz, i dać możliwość pójścia naprzód. Prowadzą do tego trzy drogi: 1) odgórna, polegająca na rozmowie, nawiązaniu lub odbudowie więzi z innymi oraz poznaniu i zrozumieniu, co dzieje się z nami, gdy „przerabiamy” w sobie wspomnienia traumatycznych przeżyć; 2) medyczna, w której dzięki lekom blokujemy nieprawidłowe reakcje alarmowe lub wykorzystujemy inne techniki zmieniające sposób zorganizowania informacji w mózgu; i wreszcie

3) oddolna: poprzez doświadczanie uczuć przeciwnych do niezwykle silnie, do głębi odczuwanych niemocy, wściekłości czy bezradności, spowodowanych traumą. Która z tych dróg jest najlepsza dla konkretnego człowieka, to już kwestia do sprawdzenia. Większość osób, z którymi pracowałem, wymagała ich łączenia.

To właśnie było treścią mej pracy. W moich wysiłkach pomagali mi koledzy i studenci z Ośrodka Traumy, który założyłem trzydzieści lat temu. Wspólnie leczyliśmy tysiące pacjentów, zarówno dzieci, jak i dorosłych: ofiary molestowania, klęsk żywiołowych, wojen, wypadków drogowych i handlu ludźmi; osoby, które doświadczyły agresji ze strony obcych i ze strony najbliższych. Od początku działalności szczegółowo omawialiśmy wszystkich naszych pacjentów na cotygodniowych spotkaniach zespołu terapeutycznego i dokładnie kontrolowaliśmy, jak skuteczne są dla każdego z nich poszczególne formy terapii. Naszym podstawowym celem była zawsze pomoc zgłaszającym się do nas dzieciom i dorosłym, ale od początku zaangażowaliśmy się również w badania nad skutkami traumatycznego stresu w różnych populacjach i nad określeniem, jakie rodzaje terapii są najlepsze w konkretnych przypadkach. Otrzymywaliśmy wsparcie finansowe z National Institute of Mental Health (Narodowego Centrum Zdrowia Psychicznego), National Center for Complementary and Alternative Medicine (Narodowego Centrum Medycyny Komplementarnej i Alternatywnej), Centers for Disease Control (Centrów Kontroli Chorób) oraz z szeregu prywatnych fundacji. Dzięki temu mogliśmy badać skuteczność rozmaitych postaci leczenia, od farmakoterapii, przez rozmowy, jogę, EMDR, po teatr i neurofeedback.

Problem brzmi: Jak ludzie mogą odzyskać kontrolę nad pozostałościami traumy i ponownie stać się panami swojego życia? Rozmowy, zrozumienie procesu i związki międzyludzkie są wielką pomocą, a leki mogą stłumić nadaktywne układy alarmowe. Widzimy jednak także, że przetrwałe z przeszłych doświadczeń szlaki neuronowe można przekształcać poprzez fizyczne doświadczenia bezpośrednio zaprzeczające bezsilności, wściekłości i załamaniu, które stanowią część reakcji na traumę, i w ten sposób odzyskiwać kontrolę nad sobą i życiem. Ja sam nie mam jakiejś ulubionej terapii, bo uważam, że nie ma takiej, która byłaby idealna dla wszystkich.

W swojej pracy wykorzystuję wszystkie, które omawiam w tej książce. Każda z nich może wywołać głębokie zmiany. Zależy to od natury konkretnego problemu i od samego pacjenta.

Napisałem tę książkę, żeby stała się przewodnikiem i zaproszeniem do konfrontacji z traumatyczną rzeczywistością, żebyśmy zgłębiali wiedzę o tym, jak najlepiej z traumą sobie radzić, i żebyśmy – jako społeczeństwo – angażowali się w to, by wykorzystywać wszelkie posiadane środki, jakimi można jej zapobiegać.

CZĘŚĆ PIERWSZA

Odkrywanie traumy na nowo

ROZDZIAŁ 1

Lekcja od weteranów z Wietnamu

> Stałem się tym, kim jestem dziś, w wieku lat dwunastu, pewnego mroźnego i pochmurnego, zimowego dnia 1975 roku. […] To było dawno, ale to, co mówią o przeszłości, to nieprawda. […] Gdy dziś patrzę wstecz, zdaję sobie sprawę, że spoglądałem w tę opuszczoną alejkę przez ostatnie dwadzieścia sześć lat.
>
> Khaled Hosseini, *The Kite Runner*

> Życie niektórych osób wydaje się płynąć niczym strumień narracji; moje ma wiele końców i początków. To właśnie robi z tobą trauma. Przerywa wątek. […] Zdarza się, a potem życie toczy się dalej. Nikt cię na to nie przygotuje.
>
> Jessica Stern, *Denial: A Memoir of Terror*

Wtorek po świątecznym weekendzie 4 lipca [2] 1978 roku był moim pierwszym dniem pracy w bostońskiej klinice Administracji ds. Weteranów (Veterans Administration – VA), gdzie byłem zatrudniony jako psychiatra. Właśnie wieszałem na ścianie swego gabinetu reprodukcję ulubionego obrazu Breugla *Ślepcy prowadzący ślepców*, gdy usłyszałem hałas w recepcji, na końcu korytarza. Chwilę później w drzwiach stanął wielki, kudłaty chłop w poplamionym, trzyczęściowym garniturze, z egzemplarzem magazynu „Soldier of Fortune" pod pachą. Był tak wzburzony i tak skacowany, że zastanawiałem się, jak mógłbym mu pomóc. Poprosiłem, żeby usiadł i sam powiedział, co mogę dla niego zrobić.

Na imię miał Tom i dziesięć lat wcześniej służył w Wietnamie jako marines. Ten weekend, zamiast z rodziną, spędził, ukrywając się w swoim bostońskim biurze, pijąc na umór i oglądając stare zdjęcia. Z doświadczeń poprzednich lat wiedział, że hałas, sztuczne ognie, upał i piknik w ogrodzie siostry, w otoczeniu okrytych bujnym, wczesnoletnim listowiem drzew – czyli wszystko, co przypominało mu o Wietnamie – doprowadzi go do szału. A gdy się denerwował, nie chciał być z rodziną, bo bał się, że znów zacznie zachowywać się jak zwierzę w stosunku do żony i dwójki małych synów. Hałas, jaki robią dzieci, drażnił go do tego stopnia, że musiał uciekać z domu, by ich nie skrzywdzić. Uspokajało go wyłącznie zalanie się w trupa albo nierozsądnie szybka jazda harleyem. Noc nie

przynosiła ukojenia – ze snu budziły go koszmary o zasadzkach na ryżowych polach Wietnamu, gdzie zginęli lub zostali ranni wszyscy z jego plutonu. Nękały go też przerażające wspomnienia martwych wietnamskich dzieci. Koszmary były tak żywe, że bał się zasypiać i często spędzał większość nocy, pijąc. Rankiem żona zastawała go nieprzytomnego na kanapie i razem z chłopcami musiała chodzić na paluszkach, szykując dzieciakom śniadanie i przygotowując je do szkoły.

Opowiedziawszy mi to wszystko, Tom dodał, że skończył liceum w 1965 roku jako prymus. Zgodnie z rodzinną tradycją niemal natychmiast zaciągnął się do marines. Jego ojciec służył pod generałem Pattonem w II wojnie światowej, a Tom nigdy nie buntował się przeciw ojcowskim oczekiwaniom. Wysportowany, inteligentny, oczywisty przywódca. Po zakończeniu podstawowego szkolenia czuł się silny i skuteczny, czuł, że jest członkiem zespołu gotowego na wszystko. W Wietnamie szybko został dowódcą plutonu i miał pod swoją komendą ośmiu żołnierzy. Przeżycie pod ogniem karabinów maszynowych, w błocie i upale może dać ludziom poczucie, że oni i ich towarzysze są dobrzy w tym, co robią. Po zakończeniu służby Tom przeszedł w stan spoczynku i jedyne, o czym marzył, to zostawić Wietnam za sobą. Na pozór to właśnie zrobił. Skończył college, a potem studia prawnicze, ożenił się ze swoją szkolną miłością i miał dwóch synów. Niepokoiło go jednak, jak trudno było mu wykrzesać choćby iskierkę prawdziwego uczucia dla żony, mimo że to jej listy pomogły mu przetrwać w dżungli i nie zwariować. Starał się odgrywać sceny z normalnego życia, mając nadzieję, że przez to udawanie zdoła ponownie odnaleźć dawnego siebie. Gdy do mnie trafił, miał świetnie prosperującą kancelarię i podręcznikowo wspaniałą rodzinę. Mimo to czuł, że nie jest normalny; w środku był martwy.

Choć Tom był pierwszym weteranem, jakiego spotkałem w swoim zawodowym życiu, wiele elementów jego historii nie było mi obcych. Dorastałem w powojennej Holandii, bawiąc się w zbombardowanych budynkach, jako syn człowieka, którego internowano za to, że był otwartym przeciwnikiem nazistów. Mój ojciec nigdy nie mówił o swoich wojennych przeżyciach, ale niekiedy wybuchał bez powodu niepohamowanym gniewem, co wprawiało mnie w osłupienie. Nie

rozumiałem, jak człowiek, który codziennie rano, gdy reszta rodziny jeszcze spała, cicho schodził po schodach, by modlić się i studiować Biblię, mógł mieć takie napady wściekłości. Jak ktoś, kto całe życie poświęcił zaprowadzaniu społecznej sprawiedliwości, mógł być tak przepełniony gniewem? Takie same zadziwiające wybuchy miał mój wujek, którego Japończycy wzięli do niewoli w holenderskich Indiach Wschodnich (obecnej Indonezji) i wysłali do przymusowej pracy w Birmie, gdzie budował słynny most na rzece Kwai. On też rzadko wspominał wojnę i często wybuchał niepohamowanym gniewem.

Gdy słuchałem Toma, zastanawiałem się, czy mój ojciec i mój wujek również miewali koszmary i nawracające wspomnienia; czy także czuli zupełny brak łączności z bliskimi i czy też nie potrafili znaleźć w życiu żadnej prawdziwej przyjemności. Gdzieś z tyłu głowy musiały także kołatać się wspomnienia mojej przerażonej, a często i przerażającej matki, która – bywało – napomykała czasem o traumatycznych wspomnieniach z dzieciństwa, a niekiedy, jak teraz sądzę, ponownie odgrywała tamte przeżycia. Miała denerwujący nawyk: gdy tylko pytałem ją, jak wyglądało jej życie, kiedy była małą dziewczynką, zaraz mdlała, a potem oskarżała mnie, że to przeze mnie się tak zdenerwowała.

Zachęcony tym, że najwyraźniej uważnie go słuchałem, Tom rozgościł się w gabinecie, żeby opowiedzieć mi, jak bardzo czuł się przerażony i zagubiony. Bał się, że staje się coraz bardziej jak jego ojciec, który zawsze był zły i rzadko rozmawiał ze swoimi dziećmi, chyba tylko, żeby w niepochlebny sposób porównywać je z towarzyszami broni, którzy zginęli podczas bitwy o Ardeny, w okolicach świąt Bożego Narodzenia 1944 roku.

Gdy sesja zbliżała się ku końcowi, zrobiłem to, co zwykle robią lekarze: skupiłem się na tej części historii Toma, którą – jak mi się wydawało – najlepiej rozumiałem – na jego koszmarach. W studenckich czasach pracowałem w laboratorium snu, obserwując u badanych cykle snu i marzeń sennych i miałem swój udział w kilku artykułach o koszmarach. Uczestniczyłem też we wczesnych fazach badań nad korzystnymi efektami środków psychoaktywnych, które pojawiały się na rynku w latach siedemdziesiątych. Choć więc nie miałem dobrego pojęcia o całości problemów Toma, koszmary były tym, do czego mogłem się odnieść, a jako entuzjastyczny zwolennik

lepszego życia dzięki farmakologii, przepisałem mu lek, o którym wiedziałem, że skutecznie obniża częstość i nasilenie koszmarów sennych. Kontrolną wizytę wyznaczyłem pacjentowi po dwóch tygodniach.

Gdy pojawił się w wyznaczonym terminie, od razu spytałem, jak zadziałały pigułki. Powiedział mi, że żadnej nie wziął. Starając się ukryć irytację, spytałem – dlaczego? „Uświadomiłem sobie, że gdybym wziął te tabletki i pozbył się koszmarów – odpowiedział mi – to byłoby tak, jakbym opuścił przyjaciół, jakby ich śmierć poszła na darmo. Muszę być żywym wspomnieniem wszystkich towarzyszy, którzy polegli w Wietnamie".

Totalnie mnie zatkało. Lojalność Toma wobec zmarłych uniemożliwiała mu życie własnym życiem, tak samo jak wiele lat wcześniej było z oddaniem jego ojca wobec towarzyszy broni. Wojenne doświadczenia zarówno ojca, jak i syna sprawiły, że reszta ich życia przestała być ważna. Jak to się stało i czy można z tym coś zrobić? Tamtego poranka uświadomiłem sobie, że prawdopodobnie resztę swojego zawodowego życia spędzę, starając się odkryć tajemnice traumy. W jaki sposób przerażające doświadczenia sprawiają, że ludzie pozostają zamknięci w przeszłości bez żadnej nadziei na uwolnienie? Co dzieje się w umysłach i mózgach, że pozostają – niczym zamrożone w czasie – w punkcie, z którego tak desperacko pragnęłyby uciec? Dlaczego dla mojego pacjenta wojna nie skończyła się w lutym 1969 roku, gdy po długim locie z Da Nang wpadł w ramiona stęsknionych rodziców ściskających go na lotnisku w Bostonie?

Potrzeba Toma, żeby być żywym pomnikiem zmarłych towarzyszy, nauczyła mnie, że jego zaburzenie to o wiele więcej niż tylko traumatyczne wspomnienia, brak chemicznej równowagi w mózgu czy zmiana w obwodach przekazujących uczucie strachu. Przed zasadzką na polu ryżowym Tom był oddanym i lojalnym przyjacielem, który cieszył się życiem, miał wiele zainteresowań i radości. Wystarczył jeden przerażający moment, żeby trauma wszystko zmieniła.

W trakcie mojej praktyki w VA poznałem wielu mężczyzn, którzy reagowali podobnie. Nawet w obliczu niegroźnych przeciwności nasi weterani wpadali w niedającą się opanować wściekłość. Dostępne

dla wszystkich części kliniki były pełne śladów ich pięści odciśniętych w tynku, zaś ochrona miała pełne ręce roboty, chroniąc pracowników recepcji i likwidatorów szkód przed wściekłymi weteranami. Ich zachowania przerażały nas, rzecz jasna, ale mnie także ciekawiły. W domu z żoną ciągle mieliśmy do czynienia z podobnymi problemami u naszych kilkulatków, które regularnie wpadały we wściekłość, gdy kazaliśmy im jeść szpinak albo zakładać ciepłe skarpetki. Dlaczego zatem wykazywałem tak totalnie niezmącony spokój wobec niedojrzałych zachowań moich dzieciaków, a tak bardzo martwiło mnie to, co działo się z weteranami (abstrahując od skali – byli żołnierze mogli narobić o wiele więcej szkód niż moje domowe krasnale)? Zapewne było tak dlatego, że głęboko wierzyłem, iż przy właściwym wychowaniu moje dzieci stopniowo nauczą się radzić sobie z uczuciem frustracji i rozczarowania, nie byłem zaś równie przekonany, czy zdołam pomóc „moim" weteranom ponownie osiągnąć samokontrolę, którą utracili przez wojnę.

Niestety, nic z mojego psychiatrycznego szkolenia nie przygotowało mnie do radzenia sobie z takimi wyzwaniami jak praca z Tomem i innymi weteranami. Poszedłem więc do biblioteki medycznej poszukać książek o nerwicach wojennych, nerwicy frontowej, wyczerpaniu bojowym, szukałem wszelkich terminów medycznych lub diagnoz, które mogłyby rzucić nieco światła na stan moich pacjentów. Ku memu zdumieniu w bibliotece VA nie było ani jednej książki na temat któregokolwiek z tych zaburzeń. Pięć lat po tym, jak ostatni amerykański żołnierz opuścił Wietnam, kwestia traumy wojennej nikogo nie obchodziła. Wreszcie w bibliotece Countway na Harvard Medical School odkryłem *The Traumatic Neuroses of War* („Traumatyczne nerwice wojenne"), opublikowaną w 1941 roku przez psychiatrę Abrama Kardinera. Były w niej obserwacje weteranów I wojny światowej, zaś wydano ją w przeświadczeniu, że II wojna światowa przyniesie prawdziwą powódź ofiar frontowej nerwicy [3].

Kardiner opisał te same zjawiska, które i ja widziałem: po wojnie jego pacjentów ogarniało poczucie beznadziei; stawali się wycofani i wyobcowani, nawet jeśli wcześniej szło im całkiem nieźle. To, co

Kardiner nazwał „nerwicą posttraumatyczną”, my dziś nazywamy zespołem stresu pourazowego – PTSD.

Kardiner zauważył, że u osób cierpiących na nerwicę posttraumatyczną rozwijają się nadmierna przezorność i wyczulenie na zagrożenia. Szczególnie utkwiło mi w pamięci jego podsumowanie: „Jądrem nerwicy jest nerwica somatyczna” [4]. Innymi słowy, stres pourazowy nie jest „tylko w głowie”, jak sądzi wielu, ale ma podłoże fizjologiczne. Kardiner rozumiał nawet to, że źródłem objawów jest reakcja całego organizmu na pierwotny uraz. Jego opis potwierdzał moje obserwacje, co mnie podbudowywało, ale nie dawało zbyt wielu wskazówek, jak pomóc weteranom.

Brak literatury nie pomagał, ale mój wielki nauczyciel Elvin Semrad wpoił nam sceptyczność wobec podręczników. Mawiał, że mamy tylko jeden prawdziwy podręcznik – pacjentów. Powinniśmy ufać jedynie temu, czego nauczyliśmy się od nich – i z naszej własnej praktyki. Wydaje się to takie proste, ale gdy Semrad kazał nam polegać tylko na własnej wiedzy, ostrzegał nas też, jak trudny jest to proces. Ludzie są bowiem ekspertami od pobożnych życzeń i zafałszowywania prawdy. Pamiętam, jak mówił: „Głównym źródłem naszych cierpień jest to, czym sami się okłamujemy”. Pracując w VA szybko odkryłem, jak bolesne, zarówno dla pacjentów, jak i dla mnie samego, może być stawienie czoła rzeczywistości.

Tak naprawdę nikt z nas nie chce wiedzieć, przez co przechodzą żołnierze na polu walki. Nie chcemy wiedzieć, ile dzieci jest molestowanych i wykorzystywanych w naszych społecznościach ani ile par – a okazuje się, że niemal jedna trzecia – w jakimś momencie swojego związku zaczyna stosować przemoc. Chcemy myśleć o naszych rodzinach jak o bezpiecznej przystani w bezdusznym świecie, a o naszym kraju jak o miejscu zamieszkałym przez światłych, cywilizowanych ludzi. Wolimy wierzyć, że okrucieństwo to coś, co zdarza się gdzieś daleko stąd, w takich miejscach jak Darfur czy Kongo. Wystarczająco trudno jest być świadkiem czyjegoś bólu. Czy zatem trudno uwierzyć, że osoby doświadczone traumą nie potrafią poradzić sobie z pamięcią o niej i często uciekają w narkotyki, alkohol albo samookaleczanie, żeby zablokować tę niemożliwą do zniesienia wiedzę.

Tom i jego towarzysze weterani byli moimi pierwszymi nauczycielami, przewodnikami na drodze ku zrozumieniu, jak życie rozpada się pod wpływem przytłaczających doświadczeń i ku znalezieniu sposobu, żeby zaczęli na nowo cieszyć się pełnią życia.

Trauma i utrata siebie

Pierwsze badanie, jakie zrobiłem w VA, zacząłem od systematycznego przepytywania weteranów o to, co ich spotkało w Wietnamie. Chciałem wiedzieć, co doprowadziło ich do ostateczności i dlaczego jedni załamali się pod wpływem tego doświadczenia, podczas gdy inni potrafili żyć dalej [5].Większość ankietowanych przeze mnie mężczyzn szła na wojnę z przekonaniem, że są świetnie przygotowani. Zbliżali się do siebie pod wpływem rygorów szkolenia i wspólnie przeżywanych niebezpieczeństw. Wymieniali zdjęcia rodzin i dziewczyn; przymykali oczy na wady współtowarzyszy. I byli przygotowani, by narażać życie dla przyjaciół. Większość z nich zwierzała się kumplowi z najmroczniejszych sekretów, a niektórzy dzielili się nawet podkoszulkami i skarpetkami.

Wielu moich rozmówców miało takiego przyjaciela, jakim był Alex dla Toma. Tom spotkał Alexa, Włocha z Malden w stanie Massachusetts, pierwszego dnia na misji i od razu się polubili. Razem jeździli dżipem, słuchali tej samej muzyki i czytali sobie nawzajem listy z domu. Razem się upijali i uganiali się za tymi samymi Wietnamkami z okolicznych barów. Po mniej więcej trzech miesiącach Tom poprowadził swój zespół na pieszy patrol po polach ryżowych, tuż przed zachodem słońca. Nagle znaleźli się pod ostrzałem. Zza zielonej ściany drzew otaczającej ich dżungli odezwał się karabin maszynowy, kładąc towarzyszy Toma jednego po drugim. Tom w niemym przerażeniu patrzył, jak wszyscy żołnierze jego plutonu w ciągu paru sekund leżeli zabici lub ranni. Na zawsze już wrył mu się w pamięć jeden obraz: tył głowy Alexa padającego twarzą w ryżowe źdźbła, ze stopami w górze. Tom płakał, gdy wspominał: „To był jedyny prawdziwy przyjaciel, jakiego kiedykolwiek miałem”. Później, każdej nocy, Tom słyszał krzyki swoich ludzi i widział ich ciała padające w wodę. Wszelkie dźwięki, zapachy czy obrazy przypominające mu o zasadzce (na przykład odgłos petard

odpalanych w święto 4 lipca) sprawiały, że znowu czuł się tak przerażony, sparaliżowany i wściekły jak tamtego dnia, gdy helikopter ewakuował go z miejsca zasadzki.

Dla Toma może nawet gorsza niż powracające przebłyski wspomnień z zasadzki była pamięć tego, co stało się potem. Łatwo mogłem sobie wyobrazić, jak jego wściekłość z powodu śmierci przyjaciela stała się przyczyną kolejnych klęsk. Zanim zebrał się na odwagę, by mi o tym opowiedzieć, kilka miesięcy zajęła mu walka z paraliżującym wstydem.

Od niepamiętnych czasów wojownicy, jak Achilles z homerowskiej *Iliady*, na śmieć towarzyszy odpowiadali wybuchami nieopisanego gniewu. W dzień po zasadzce Tom w szale zemsty wpadł do pobliskiej wioski, zabijając dzieci, strzelając do niewinnego rolnika i gwałcąc wietnamską kobietę. Po tym prawdziwy powrót do domu stał się już dla niego praktycznie niemożliwy.

Jak mógłbyś stanąć twarzą w twarz ze swoją ukochaną i powiedzieć jej, że brutalnie zgwałciłeś kobietę taką jak ona, albo jak mógłbyś patrzeć na pierwsze kroki swojego syna i jednocześnie przypominać sobie dziecko, które zamordowałeś? Tom przeżył śmierć Alexa tak, jakby umarła jakaś część jego samego – ta część, która była dobra, szlachetna i godna zaufania. Trauma, niezależnie od tego, czy jest wynikiem czegoś, co zrobiono tobie, czy też czegoś, co zrobiłeś sam czy zrobiłaś sama, niemal zawsze utrudnia wchodzenie w intymne relacje. Po doświadczeniu niewyobrażalnego, jak możesz nauczyć się ponownie wierzyć sobie lub zaufać drugiej osobie? A z drugiej strony – jak możesz zaangażować się w intymny związek, jeśli wcześniej zostałeś brutalnie zgwałcony czy brutalnie zgwałcona?

Tom sumiennie pojawiał się na kolejnych wizytach, jakbym stał się dla niego ostatnią deską ratunku – ojcem, którego nigdy nie znał, Alexem, który przeżył zasadzkę. Pozwolenie sobie na to, żeby pamiętać, wymaga niezwykłego zaufania i odwagi.

Dla ludzi po traumie jedną z najtrudniejszych rzeczy jest zmierzenie się ze wstydem dotyczącym swojego zachowania w trakcie traumatycznego przeżycia, niezależnie od tego, czy jest to obiektywnie uzasadnione (jak przy popełnianiu okrutnych czynów), czy też nie (jak w przypadku dziecka, które stara się udobruchać

swojego oprawcę). Jedną z pierwszych osób, które opisały ten fenomen, była Sarah Haley. Jej gabinet był w klinice VA tuż obok mojego. W pracy zatytułowanej „Gdy pacjent opisuje okrucieństwa” [6], która stała się głównym impulsem do ostatecznego stworzenia rozpoznania PTSD, Sarah omawiała trudności niemal nie do przejścia, towarzyszące mówieniu (i słuchaniu) o straszliwych zbrodniach popełnianych często przez żołnierzy w trakcie ich wojennych doświadczeń. Wystarczająco trudne jest stawienie czoła cierpieniu zadanemu przez innych, ale wielu straumatyzowanych ludzi w głębi duszy bardziej cierpi z powodu wstydu, jaki odczuwają w związku z tym, co zrobili (lub czego nie zrobili) w tamtych okolicznościach. Gardzą sobą, tym, jak czuli się przerażeni, pozbawieni kontroli, podnieceni lub wściekli.

Wiele lat później z podobnym zjawiskiem spotkałem się u dziecięcych ofiar molestowania: większość z nich odczuwa śmiertelny wstyd na wspomnienie tego, co zrobiły, żeby przeżyć i utrzymać więź z osobą, która je molestowała. Dotyczyło to zwłaszcza sytuacji, kiedy molestującym była osoba bliska dziecku, ktoś, od kogo było ono zależne. W rezultacie pojawiała się niejasność, czy było się ofiarą, czy też chętnie przystawało się na taki układ, a to z kolei wywoływało pomieszanie, niemożność rozróżnienia między miłością a strachem, między bólem a przyjemnością.

Ten dylemat będziemy jeszcze rozważać w dalszych częściach książki.

Odrętwienie

Może najgorszym z objawów prześladujących Toma była swego rodzaju emocjonalna drętwota. Z całych sił chciał kochać swoją rodzinę, ale po prostu nie mógł w sobie wzbudzić żadnych głębszych uczuć do nich. Czuł emocjonalny dystans do wszystkich, jakby serce mu zamarzło, albo jakby żył za szklaną ścianą oddzielającą go od świata. Ta drętwota obejmowała również jego samego. Poza krótkimi momentami wszechogarniającej wściekłości, a potem wstydu w zasadzie nie czuł nic. Mówił, że z trudem rozpoznawał się w lustrze przy goleniu. Gdy słyszał siebie w sądzie, jak przemawia w sprawie, czuł się, jakby obserwował cały proces z boku; był

zdziwiony, jak ten facet – który przypadkiem wygląda jak on i gada jak on – umie znaleźć tak przekonujące argumenty. Gdy wygrywał – udawał, że się cieszy. Gdy przegrywał – wydawało się, że to przewidział i pogodził się z porażką, zanim jeszcze do niej doszło. Mimo że był bardzo skutecznym prawnikiem, zawsze czuł się jakby zawieszony w przestrzeni, bez poczucia sensu ani kierunku.

Jedyną rzeczą, jaka od czasu do czasu uwalniała go od poczucia bezcelowości, było intensywne zaangażowanie w jakąś sprawę. W trakcie naszych spotkań Tom bronił na przykład gangstera oskarżonego o morderstwo. Podczas procesu był całkowicie pochłonięty opracowywaniem strategii niezbędnej do wygrania sprawy i wielokrotnie pracował po nocach, by poświęcić się czemuś, co rzeczywiście go podniecało. „To jak być w ogniu bitwy", opowiadał. Czuł, że żyje, i nic innego się nie liczyło. Z chwilą wygranej stracił jednak całą energię i poczucie sensu. Koszmary wróciły, podobnie jak napady gniewu. I to z taką siłą, że musiał przeprowadzić się do motelu, gdyż bał się wyrządzić krzywdę żonie lub dzieciom. Tyle że samotność też go przerażała, bo w niej tym głośniej odzywały się demony wojny. Tom starał się więc zająć czymkolwiek – pracą, piciem, narkotykami – co pozwoliłoby mu uniknąć konfrontacji z duchami przeszłości. Ciągle siedział w *Soldier of Fortune*, wyobrażając sobie, że zaciąga się jako najemnik w jednym z licznych konfliktów zbrojnych, jakie toczyły się wtedy w Afryce. Tamtej wiosny wyciągnął swojego harleya i ruszył na malowniczą Kancamagus Highway w New Hampshire. Wibracje, pęd powietrza i niebezpieczeństwo związane z tą podróżą pomogły mu pozbierać się na tyle, że mógł wrócić z motelowego pokoju do rodziny.

Reorganizacja postrzegania

W VA prowadziłem też inne badanie. Zaczęło się od prac nad koszmarami sennymi, a skończyło na odkrywaniu, w jaki sposób trauma zmienia ludzkie postrzeganie i wyobraźnię. W moim badaniu koszmarów pierwszy wziął udział Bill, były sanitariusz, który dziesięć lat wcześniej przeżył w Wietnamie niejedną ciężką akcję. Po przejściu do cywila zapisał się na teologię i został przydzielony do swojej pierwszej parafii kongregacjonistów, na przedmieściach

Bostonu. Miał się dobrze, dopóki z żoną nie dochowali się pierwszego dziecka. Niedługo po narodzinach potomka żona Billa, pielęgniarka, wróciła do pracy, a on opiekował się dzieckiem, pracując nad kazaniami i zajmując się bieżącymi sprawami parafii. Pierwszego dnia, gdy został sam z niemowlęciem, a ono zaczęło płakać, nagle zalała go fala obrazów umierających wietnamskich dzieci. Nie mógł tego znieść. Musiał zadzwonić po żonę, a sam w panice przybiegł do szpitala. Mówił, że wciąż słyszy dziecięcy płacz i widzi obrazy zakrwawionych, poparzonych twarzyczek. Moi koledzy po fachu uważali, że wpadł w psychozę, bo zgodnie z wiedzą podawaną w ówczesnych podręcznikach halucynacje wzrokowe i słuchowe były objawami schizofrenii paranoidalnej. Te same książki, poza podaniem diagnozy, ustalały także przyczyny zaburzeń: psychozę Billa najprawdopodobniej wywołało poczucie, że stał się mniej ważny, odsunięty, a żona przelała uczucia na nowo narodzone dziecko.

Gdy przyszedłem tego dnia na izbę przyjęć, zobaczyłem Billa otoczonego wianuszkiem zafrasowanych doktorów, którzy przymierzali się do zaaplikowania mu mocnych leków przeciwpsychotycznych i odesłania go na oddział zamknięty. Opisali mi objawy i poprosili o opinię. Byłem zaintrygowany, ponieważ wcześniej pracowałem na oddziale specjalizującym się w leczeniu schizofreników. Tutaj w diagnozie coś się nie zgadzało. Zapytałem, czy mogę z nim porozmawiać, i po usłyszeniu jego opowieści niechcący sparafrazowałem Zygmunta Freuda, który w 1895 roku tak mówił o traumie: „Myślę, że ten człowiek cierpi na pamięć". Powiedziałem Billowi, że spróbuję mu pomóc, i po zaproponowaniu kilku leków, których zadaniem było opanować atak paniki, spytałem, czy zgodziłby się wrócić za kilka dni i wziąć udział w moim badaniu koszmarów [7]. Zgodził się.

W ramach badania poddawaliśmy uczestników testowi Rorschacha [8]. W przeciwieństwie do testów wymagających odpowiedzi na jasno postawione pytania, tu odpowiedzi niemal nie dało się zafałszować. Rorschach w unikatowy sposób pozwala nam obserwować, jak z atramentowej plamy, czyli czegoś, co jest w zasadzie bodźcem bez konkretnego znaczenia, ludzie konstruują w myślach konkretny obraz. Ponieważ ludzie to istoty nadające

znaczenia, mamy skłonność do tworzenia z tych plam obrazów, a nawet historii, tak jak robimy to, leżąc na łące w piękny, letni dzień i dostrzegając obrazy w przepływających nad naszymi głowami chmurach. To, co człowiek widzi w plamach testu Rorschacha, może nam wiele powiedzieć o tym, jak pracuje jego umysł. Bill na widok drugiej karty testu wykrzyknął z przerażeniem: „To jest dziecko, które widziałem w Wietnamie, jak rozrywa je bomba. W centrum, widzisz, spalone ciało, rany, a wokół tryska krew". Ciężko dyszał, czoło spływało mu potem i wyglądał, jakby dopadł go atak paniki podobny do tego, który przywiódł go do kliniki VA. Co do mnie, to choć słyszałem o weteranach opisujących nawracające fale wspomnień, po raz pierwszy miałem okazję coś takiego obserwować. Wtedy, w moim gabinecie, Bill najwyraźniej widział te same obrazy, czuł te same zapachy i odczuwał te same fizyczne doznania, jakie towarzyszyły mu w trakcie tamtego zdarzenia. Dziesięć lat po tym, jak bezsilnie trzymał w ramionach umierające dziecko, weteran powtórnie przeżywał tamtą traumę, a wyzwalającym bodźcem była plama atramentu. Bycie naocznym świadkiem tego flashbacku we własnym gabinecie pomogło mi uświadomić sobie, jakich cierpień regularnie doświadczali byli żołnierze, którym starałem się pomóc, i zrozumieć, jak ważne jest znalezienie skutecznej recepty. Samo traumatyczne wydarzenie, niezależnie od tego, jakkolwiek by było przerażające, miało swój początek, środek i koniec. Teraz jednak widziałem, że można je przeżywać wielokrotnie i to jest jeszcze gorsze. Nigdy nie wiesz, kiedy znów dopadną cię wspomnienia ani kiedy przestaną cię torturować. Lata zajęło mi opracowanie skutecznej metody leczenia flashbacków, a Bill był w tym procesie jednym z moich najważniejszych nauczycieli.

Gdy zbadaliśmy testem Rorschacha jeszcze dwudziestu jeden innych weteranów, odpowiedzi były spójne: szesnastu, widząc drugą kartę, zareagowało, jakby doświadczali wojennej traumy. Druga karta testu jest pierwszą, w której pojawia się kolor – czerwień – i często wywołuje w odpowiedzi tzw. efekt kolorystyczny. Byli żołnierze opisywali tę kartę: „To wnętrzności mojego przyjaciela Jima po tym, jak rozpłatał go pocisk moździerzowy" albo: „To szyja mojego kumpla Danny'ego po tym, jak odstrzeliło mu głowę, gdy jedliśmy lunch". Żaden nie wspomniał o tańczących małpach,

trzepocących skrzydłami motylach, facetach na motorach czy innych standardowych, czasem dziwacznych odpowiedziach, jakich udziela większość ludzi poddanych temu testowi.

I choć większość weteranów była wstrząśnięta tym, co zobaczyli, jeszcze bardziej niepokojąca była reakcja pozostałej piątki: po prostu się „zawiesili". Jeden powiedział: „To nic. To tylko plama z atramentu". Oczywiście miał rację, ale normalny człowiek w odpowiedzi na wieloznaczny bodziec używa wyobraźni, żeby coś jednak z niego wyczytać.

Z testów Rorschacha dowiedzieliśmy się, że straumatyzowani ludzie mają skłonność do nakładania swoich przeżyć na wszystko wokół i kłopot z właściwym odczytywaniem tego, co się dzieje w ich otoczeniu. Nie ma tu miejsca na życiowe „odcienie szarości". Nauczyliśmy się też, że uraz zmienia wyobraźnię. Tych pięciu mężczyzn, którzy w plamach „widzieli nic", utraciło zdolność umysłu do swobodnego bujania w skojarzeniach. To samo dotyczyło zresztą pozostałej szesnastki – to, że dostrzegali w kleksach tylko sceny z przeszłości, świadczyło bowiem, że utracili umysłową elastyczność, jaka jest flagowym okrętem wyobraźni. Zamiast tego ich mózgi wciąż odtwarzały to samo stare nagranie.

Dla jakości naszego życia wyobraźnia ma absolutnie kluczowe znaczenie. To ona pozwala nam porzucać codzienną, rutynową egzystencję na rzecz fantazji o podróżach, dobrym jedzeniu, seksie, zakochaniu czy o tym, że mamy ostatnie słowo w dyskusji – o wszystkim, co sprawia, że życie jest ciekawe. Dzięki wyobraźni możemy rozważać nowe możliwości, a to niezbędny punkt startowy do urzeczywistniania pragnień. Wyobraźnia napędza kreatywność, uwalnia od nudy, łagodzi ból, zwiększa przyjemność i wzbogaca nasze najbardziej intymne relacje. Gdy ludzie ciągle, wręcz obsesyjnie powracają do przeszłości, do ostatniego momentu, kiedy przeżywali silne zaangażowanie i głębokie uczucia, dochodzi do zaniku wyobraźni i umysłowej elastyczności. Bez wyobraźni nie ma zaś nadziei, nie ma szans na marzenia o lepszej przyszłości, nie ma miejsca, do którego chcielibyśmy pojechać, celu, do którego warto dążyć. Testy Rorschacha nauczyły nas też, że osoby straumatyzowane patrzą na świat zupełnie inaczej niż zwykli ludzie. Dla większości z nas człowiek idący ku nam ulicą to po prostu ktoś,

kto wyszedł na spacer. Dla ofiary gwałtu może się jednak wydawać potencjalnym prześladowcą i wywołać atak paniki. Surowy nauczyciel może onieśmielać przeciętnego dzieciaka, ale dla takiego, którego ojczym regularnie bije, może być personifikacją oprawcy i wywoływać napady wściekłości albo przeciwnie – przerażenia.

W kleszczach traumy

Naszą klinikę dosłownie zalewała fala weteranów szukających pomocy psychiatrycznej, jednak z powodu chronicznego niedostatku wykwalifikowanych lekarzy mogliśmy tylko zapisywać ich na długą listę oczekujących, nawet gdy oznaczało to, że nadal będą krzywdzić siebie i swoje rodziny. Zaczęliśmy dostrzegać rosnące statystyki aresztowań byłych żołnierzy za przestępstwa z użyciem przemocy i pijackie burdy, a równolegle alarmujący wzrost liczby samobójstw.

Dostałem zgodę na stworzenie grupy terapeutycznej dla młodych weteranów wojny wietnamskiej. Miała być dla nich czymś w rodzaju poczekalni, do czasu, aż mogliby rozpocząć „prawdziwą" terapię. Na pierwszej sesji dla grupy byłych marines pierwszy z zapytanych powiedział kategorycznie: „Nie chcę rozmawiać o wojnie". Odpowiedziałem, że członkowie grupy mogą rozmawiać, o czym tylko chcą. Po półgodzinie nieznośnej ciszy, jeden z uczestników zaczął wreszcie mówić o wypadku swojego śmigłowca.

Ku memu zdumieniu reszta natychmiast się uaktywniła, niezwykle emocjonalnie opowiadając o traumatycznych przeżyciach. Wszyscy wrócili w kolejnym tygodniu. I w następnym. W grupie znaleźli oddźwięk i znaczenie tego, co wcześniej było jedynie przerażeniem i pustką. Odnowiło się w nich poczucie wspólnoty, tak ważne dla wojennych doświadczeń. Nalegali, że muszę zostać częścią ich nowo stworzonej jednostki, i na urodziny podarowali mi mundur kapitana marines. Patrząc z perspektywy, ten gest ujawniał część problemu: byłeś albo z nimi, albo przeciw nim – albo należałeś do zespołu, albo byłeś nikim. Po traumie świat ostro dzielił się na tych, którzy wiedzieli, i tych, którzy nie mieli pojęcia. Ludziom, którzy nie przeżyli takich jak twoje traumatycznych doświadczeń, nie można było ufać, bo nie mogli cię zrozumieć. Niestety, często za linią podziału pozostawali małżonkowie, dzieci i współpracownicy.

Później prowadziłem inną grupę weteranów – tym razem żołnierzy armii Pattona – mocno już po siedemdziesiątce, z których każdy mógłby być moim ojcem. Spotykaliśmy się w poniedziałki, o ósmej rano. W Bostonie publiczny transport bywa paraliżowany przez zawieje śnieżne, ale ku mojemu zadziwieniu wszyscy stawiali się punktualnie, choć niektórzy musieli przedzierać się przez śnieg wiele mil, żeby dotrzeć do kliniki VA. Na Gwiazdkę podarowali mi wojskowy zegarek z lat czterdziestych. Podobnie jak w przypadku mojej grupy marines, tu także nie mogłem być „ich" lekarzem, jeśli nie zostałem jednym z nich.

Doświadczenia te były niezwykle poruszające, ale ograniczenia terapii grupowej ujawniły się bardzo wyraźnie, gdy prosiłem uczestników, żeby opowiedzieli o problemach, z jakimi stykają się w codziennym życiu: o relacjach z żonami, dziećmi, przyjaciółkami i rodziną; o kontaktach z szefami i o znajdowaniu satysfakcji z pracy; o piciu na umór. Typową reakcją było wycofanie i opór, po czym zaczynali po raz kolejny wspominać, jak przebili bagnetem pierś niemieckiego żołnierza w lesie Hurtgen [9] albo jak ich helikopter został zestrzelony nad wietnamską dżunglą.

Niezależnie od tego, czy trauma wydarzyła się dziesięć lat temu, czy ponad czterdzieści, moi pacjenci nie mogli przerzucić mostu nad przepaścią między ich wojennymi doświadczeniami a obecnym życiem. Można powiedzieć, że to samo zdarzenie, które było dla nich źródłem tak przemożnego bólu, stało się również jedynym sensem istnienia. Czuli, że naprawdę żyją tylko wtedy, gdy ponownie przeżywali swoją traumatyczną przeszłość.

Diagnozowanie stresu pourazowego

W tamtych czasach w VA weterani dostawali od nas rozmaite etykietki: alkoholizm, nadużywanie zabronionych substancji, depresja, zaburzenia nastroju, nawet schizofrenia. Wypróbowywaliśmy też na nich wszystkie podręcznikowe terapie, ale przy całym naszym zaangażowaniu stało się jasne, że osiągaliśmy niewiele. Silne leki, jakie przepisywaliśmy tym mężczyznom, pozostawiały ich w stanie takiego otumanienia, że ledwie mogli funkcjonować. Gdy zachęcaliśmy ich, żeby szczegółowo opisali swoje traumatyczne przeżycia, zamiast pomóc,

niechcący wywoływaliśmy u nich ponowne przeżywanie tamtych chwil, ze wszystkimi towarzyszącymi temu odczuciami. Wielu rezygnowało z leczenia, bo nie tylko nie pomagaliśmy, ale jeszcze pogarszaliśmy sprawę.

Punktem zwrotnym okazał się skuteczny lobbying grupy weteranów z Wietnamu wspieranych przez nowojorskich psychoanalityków – Chaima Shatana i Roberta J. Liftona – w Amerykańskim Towarzystwie Psychiatrycznym. W roku 1980 ich wysiłki doprowadziły do wprowadzenia nowej jednostki diagnostycznej: zespołu stresu pourazowego (PTSD), która opisywała zespół objawów wspólnych – w mniejszym lub większym stopniu – dla wszystkich byłych żołnierzy, których leczyliśmy.

Systematyczna identyfikacja objawów i ich połączenie w jedno schorzenie pozwoliły w końcu nazwać cierpienie ludzi przytłoczonych przerażeniem i bezsilnością. Koncepcyjne ramy PTSD legły u podstaw totalnej zmiany w naszym rozumieniu pacjentów. To z kolei doprowadziło do istnej eksplozji badań i prób znalezienia skutecznych terapii.

Zainspirowany możliwościami, jakie dawało to nowe rozpoznanie, zaproponowałem mojemu Szpitalowi Weteranów badanie nad biologią traumatycznych wspomnień. Czy pamięć tych, którzy cierpią na PTSD różni się od pamięci innych ludzi? Na ogół przykre wspomnienia w końcu się zacierają albo zmieniają w bardziej łagodną wersję. Jednak większość naszych pacjentów nie potrafiła sprawić, by ich przeszłość odeszła w przeszłość [10].

W pierwszych słowach listu odrzucającego moją prośbę o finansowanie napisano: „Nigdy nie wykazano, że PTSD ma znaczenie dla misji Administracji Weteranów (VA)”. Od tamtego czasu, rzecz jasna, wiele się zmieniło, a misja VA zdaje się ogniskować wokół diagnozowania PTSD i urazów mózgu, zaś znaczące środki przeznaczane są na „zastosowanie terapii opartych na dowodach naukowych” w leczeniu weteranów wojennych. Wtedy jednak sprawy miały się inaczej i nie chcąc dalej pracować w organizacji, której poglądy na rzeczywistość były tak odległe od moich, złożyłem rezygnację; w 1982 roku przyjąłem posadę w Massachusetts Mental Health Center, szpitalu uniwersyteckim Uniwersytetu Harvarda, gdzie szkoliłem się w psychiatrii. Moim

nowym zadaniem było nauczanie zupełnie świeżej dziedziny – psychofarmakologii, czyli podawania leków celem złagodzenia problemów psychicznych.

W mojej nowej pracy niemal codziennie spotykałem się z problemami, które – jak sądziłem – zostawiłem za sobą wraz z posadą w VA. Moje doświadczenia z weteranami tak wyczuliły mnie na wpływ traumy, że teraz zupełnie inaczej słuchałem pacjentów z depresją lub niepokojem, którzy opowiadali mi historie o molestowaniu i przemocy rodzinnej. Szczególnie uderzyło mnie, jak wiele kobiet mówiło, że w dzieciństwie były wykorzystywane seksualnie. Było to zadziwiające, gdyż w standardowym podręczniku psychiatrii pisano, że kazirodztwo jest w Stanach niezwykłą rzadkością i zdarza się jakiś raz na milion kobiet [11]. Biorąc pod uwagę, że w kraju żyło wtedy tylko około stu milionów pań, zacząłem się zastanawiać, jakim cudem czterdzieści siedem, czyli niemal połowa, znalazło drogę do mojego gabinetu w podziemiach szpitala. Dalej w podręczniku stało: „Nie ma uzgodnionego poglądu na rolę kazirodczego związku ojciec–córka jako źródła późniejszych poważnych zmian psychopatologicznych".

Moich pacjentek doświadczonych przeżyciem kazirodczego związku raczej nie dało się określić mianem wolnych od „późniejszych poważnych zmian psychopatologicznych" – były w głębokiej depresji, zagubione i często przejawiały dziwaczne zachowania autodestrukcyjne, jak na przykład cięcie się żyletkami. W podręczniku psychiatrii kazirodztwo niemalże sankcjonowano, wyjaśniając, że „takie zachowania zmniejszają podatność obiektu na rozwój psychoz i pozwalają na lepsze przystosowanie do świata zewnętrznego" [12]. W rzeczywistości okazało się, że kazirodztwo ma na samopoczucie kobiet wybitnie destrukcyjny wpływ.

Pod wieloma względami pacjentki te nie różniły się zbytnio od weteranów wojennych, których tak niedawno zostawiłem za sobą, odchodząc z VA. Też miały koszmary i przerażające retrospekcje. Też przechodziły od wybuchów gniewu do długich okresów emocjonalnego wycofania, wręcz zablokowania. Większość miała trudności w kontaktach z ludźmi i utrzymaniu znaczących, głębszych relacji. Teraz wiemy, że wojna nie jest jedyną katastrofą, która niszczy ludzkie życia. Podczas gdy mniej więcej co czwarty żołnierz,

który znalazł się na linii frontu, może mieć poważne problemy związane ze stresem pourazowym [13], większość Amerykanów na jakimś etapie swojego życia doświadcza przestępstwa z użyciem przemocy, zaś dokładniejsze statystyki ujawniają, że ofiarą gwałtu padło w USA dwanaście milionów kobiet. Ponad połowa z tych gwałtów dotyczy dziewcząt, które nie skończyły jeszcze piętnastu lat [14]. Dla wielu wojna zaczyna się w domu: co roku zgłaszanych jest około trzech milionów przypadków molestowania lub zaniedbywania dzieci. Milion to sprawy poważne i wystarczająco wiarygodne, żeby zmusić lokalne władze lub sądy do podjęcia działań [15].

Innymi słowy, na każdego żołnierza służącego w strefie wojny, za granicami kraju, przypada dziesięcioro dzieci zagrożonych przemocą we własnych domach. To szczególnie tragiczne, bo dorastającym dzieciom bardzo trudno jest otrząsnąć się z bólu i przerażenia, gdy ich źródłem nie jest wróg, lecz opiekun.

Nowe zrozumienie

W trakcie tych trzydziestu lat, od kiedy poznałem Toma, bardzo wiele dowiedzieliśmy się nie tylko o wpływie i przejawach traumy, ale i o metodach pomocy osobom, które przeżyły traumę, w powrocie do normalności. Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku dzięki metodom neuroobrazowania zaczęliśmy widzieć, co naprawdę dzieje się mózgach straumatyzowanych osób. Okazało się to niezbędne do poznania rozmiarów zniszczeń dokonanych przez traumę i do opracowania zupełnie nowych dróg ich naprawy.

Zaczęliśmy też rozumieć, w jaki sposób tak wszechogarniające doświadczenia zmieniają nasze najgłębsze odczucia i nasze relacje z rzeczywistością – absolutne podstawy tego, kim jesteśmy.

Dowiedzieliśmy się, że trauma nie jest tylko zdarzeniem, które miało miejsce kiedyś w przeszłości; to także ślad, jaki to wydarzenie odcisnęło w umyśle, mózgu i ciele. Ten ślad ma konsekwencje: zmienia sposób, w jaki ludzki organizm radzi sobie w teraźniejszości.

Trauma prowadzi do kompletnej reorganizacji systemu przetwarzania bodźców przez umysł i mózg. Zmienia nie tylko nasz sposób myślenia i to, o czym myślimy, ale także całą naszą zdolność myślenia. Odkryliśmy, że pomaganie ofiarom traumy w znalezieniu słów opisujących to, co im się przydarzyło, ma ogromne znaczenie,

ale zwykle nie wystarcza. Sam akt opowiadania swojej historii nie musi zmienić automatycznych reakcji fizjologicznych i hormonalnych, jakie zachodzą w ciele, które przez cały czas pozostaje hiperczujne, w każdej chwili gotowe na atak lub gwałt. By coś naprawdę zmienić, ciało musi nauczyć się, że niebezpieczeństwo minęło, a ono może zacząć żyć w teraźniejszości. Nasze próby zrozumienia traumy sprawiły, że zaczęliśmy myśleć inaczej nie tylko o strukturze umysłu, ale i o procesach, które go uzdrawiają.

ROZDZIAŁ 2

Rewolucja w rozumieniu mózgu i umysłu

> Im większe wątpliwości, tym większe oświecenie, im mniej wątpliwości, tym mniejsze oświecenie. Nie ma wątpliwości, nie ma oświecenia.
>
> C.-C. Chang, *Praktyka Zen*

> Przeżywasz ten maleńki skrawek czasu, który jest twoim, ale ten skrawek to nie tylko twoje życie. To suma wszystkich żyć, które toczą się równolegle z twoim. […] To, czym jesteś, to przejaw Historii.
>
> Robert Penn Warren, *World Enough and Time*

Pod koniec lat sześćdziesiątych, na urlopie dziekańskim między pierwszym a drugim rokiem moich studiów medycznych, stałem się przypadkowym świadkiem przełomu w podejściu lekarzy do chorób psychicznych. Załapałem się na dobrze płatną fuchę jako pomoc na oddziale badawczym w Massachusetts Mental Health Center (MMHC), gdzie byłem odpowiedzialny za organizowanie pacjentom rozrywek.

MMHC od dawna uznawano za jeden z najlepszych szpitali psychiatrycznych w kraju, prawdziwy klejnot w koronie edukacyjnego imperium harwardzkiej szkoły medycznej. Na „moim" oddziale prowadzono badania, których celem było określenie, czy w leczeniu młodych ludzi z pierwszym w życiu załamaniem nerwowym zdiagnozowanym jako schizofrenia lepsze efekty dawała psycho- czy też farmakoterapia.

Wtedy w MMHC na pierwszym miejscu w leczeniu chorób psychicznych była „terapia rozmową" – pokłosie freudowskiej psychoanalizy. Jednakże na początku lat pięćdziesiątych grupa francuskich naukowców odkryła chloropromazynę – nowy lek (sprzedawany pod nazwą Thorazine), który „uspokajał" pacjentów, zmniejszał pobudzenie i omamy. Pojawiły się nadzieje na stworzenie preparatów, które skutecznie leczyłyby poważne problemy psychiczne, jak depresja, ataki paniki, niepokoju czy manii, a także łagodziły najtrudniejsze objawy schizofrenii.

Na moim stanowisku nie miałem nic wspólnego z pracą naukową oddziału i nigdy mi nie powiedziano, jakie leczenie dostają

poszczególni chorzy. Wszyscy byli mniej więcej w moim wieku – studenci z Harvardu, MIT i Boston University. Niektórzy próbowali się zabić, inni cięli się – nożem albo żyletką, wielu zaatakowało współlokatora lub w inny sposób przeraziło rodziców czy przyjaciół swoim nieprzewidywalnym, irracjonalnym zachowaniem. Moim zadaniem było angażować ich w „normalne", studenckie życie, na przykład organizować wypady do lokalnej pizzerii, na biwak w lasach państwowych, na mecze Red Sox czy przejażdżki łódką po Charles River.

Jako zupełny żółtodziób, w skupieniu przesiadywałem na oddziałowych zebraniach, starając się zrozumieć skomplikowaną logikę wyrażania się pacjentów. Musiałem się też nauczyć, jak radzić sobie z ich niezrozumiałymi wybuchami i pełnym przerażenia wycofaniem. Pewnego ranka znalazłem pacjentkę stojącą w swojej sali niczym posąg, z jedną ręką wyciągniętą przed siebie w obronnym geście i twarzą zastygłą w grymasie przerażenia. Stała tam, bez ruchu, przynajmniej przez dwanaście godzin. Lekarze podali mi nazwę jej przypadłości: katatonia, ale nawet w podręcznikach, które przewertowałem, nie było mowy o tym, jak można jej pomóc. Po prostu pozwoliliśmy na naturalny przebieg choroby.

Trauma u zarania

Spędziłem na oddziale wiele nocy i weekendów. To dało mi możliwość obserwacji, jakiej nie mieli „regularni" lekarze podczas swoich krótkich wizyt. Nocami pacjenci, gdy nie mogli spać, przychodzili ciasno owinięci szlafrokiem do pielęgniarskiej dyżurki, gdzie przy przytłumionym świetle opowiadali swoje historie. Spokój nocy wydawał się pomagać im w otwarciu się i opowiadali mi historie o biciu, poniżaniu i molestowaniu, często przez własnych rodziców, czasami przez krewnych, kolegów z klasy albo sąsiadów. Dzielili się wspomnieniami o tym, jak leżeli w nocy w łóżku, bezsilni i przerażeni, słysząc, jak ojciec albo przyjaciel bije matkę, słuchając przerażających gróźb, jakie rodzice wykrzykiwali do siebie nawzajem, słysząc trzask rozbijanych mebli. Inni mówili o pijanych ojcach – jak słyszeli ich kroki na schodach i jak czekali, aż wejdą do ich pokoju, wyciągną z łóżka i ukarzą za jakieś wyimaginowane

przewinienia. Wiele z kobiet wspominało, jak leżały nocą, nie śpiąc, bez ruchu, czekając na nieuniknione – na przyjście brata lub ojca, który je molestował.

Podczas porannych obchodów młodzi lekarze prezentowali swoje „przypadki" nadzorującym ich profesorom. My – pomocnicy – mogliśmy tylko milcząco przyglądać się temu rytuałowi. Rzadko wspominano opowieści, jakich ja wysłuchiwałem, jednak wiele późniejszych badań potwierdziło znaczenie takich śródnocnych spowiedzi. Dziś wiemy, że ponad połowa osób szukających pomocy psychiatry doświadczyła przemocy, porzucenia, zaniedbania, a nawet gwałtu w dzieciństwie lub była świadkami przemocy w rodzinie [16]. Takie przeżycia wydawały się jednak być zupełnie pomijane w trakcie obchodów. Często dziwiłem się beznamiętnemu omawianiu objawów i ilości czasu, jaką poświęcano na próby opanowania myśli samobójczych i autodestrukcyjnych zachowań pacjenta, zamiast spróbować zrozumieć przyczyny jego rozpaczy i bezsilności. Uderzało mnie też to, jak niewiele uwagi poświęcano osiągnięciom i aspiracjom chorych; temu, kogo kochali albo nienawidzili, o kogo się troszczyli, co ich motywowało i angażowało, co paraliżowało, a co sprawiało, że się uspokajali – całej ekologii ich życia.

Kilka lat później, już jako młody lekarz, spotkałem się z wyjątkowo jaskrawym przykładem działania medykalistycznego modelu. Dorabiałem wtedy w katolickim szpitalu, przeprowadzając badania fizykalne kobiet przyjmowanych na terapię elektrowstrząsami z powodu depresji. Jako od zawsze ciekawski imigrant, oprócz zadawania standardowych pytań zagadywałem o ich życie. Wiele wyrzucało wtedy z siebie opowieści o bolesnych związkach, trudnych dzieciach i poczuciu winy z powodu aborcji. W miarę jak mówiły, wyraźnie poprawiał im się nastrój i często wylewnie dziękowały mi, że zechciałem ich wysłuchać. Często zaczynały się zastanawiać, czy po tym, jak zrzuciły z piersi ten ciężar, jeszcze potrzebują elektrowstrząsów. Na koniec tych spotkań zawsze czułem smutek, wiedząc, że zaaplikowane im następnego ranka leczenie wymaże z ich pamięci wszelkie wspomnienia naszej rozmowy. Nie wytrwałem długo w tej pracy.

W dniach wolnych od zajęć na oddziale w MMHC często chodziłem do biblioteki medycznej Countway, żeby dowiedzieć się więcej o ludziach, którym miałem pomagać. Pewnego sobotniego popołudnia natknąłem się na szanowaną do dziś monografię: podręcznik Eugena Bleulera z 1911 roku na temat *dementia praecox* (otępienia wczesnego). Obserwacje autora były fascynujące:

> Wśród cielesnych omamów schizofrenicznych zdecydowanie najczęstsze i najistotniejsze są te seksualne. Pacjenci doświadczają wszystkich wzlotów i uniesień związanych z normalną i zaburzoną satysfakcją seksualną, ale jeszcze częściej wszelkich obscenicznych i obrzydliwych praktyk, jakie tylko może sobie wyobrazić w najbardziej ekstrawaganckich fantazjach. Mężczyźni czują, jak wyciąga się z nich nasienie albo wzbudza bolesne erekcje. Kobiety są gwałcone i krzywdzone w najbardziej nieprawdopodobny sposób. Mimo symbolicznych znaczeń wielu z tych omamów, większość odpowiada realnym odczuciom [17].

To dało mi do myślenia. Nasi pacjenci mieli halucynacje, lekarze rutynowo o nie pytali i zapisywali je w historii choroby jako objaw silnych zaburzeń. Jeśli jednak historie, których wysłuchiwałem na nocnej zmianie, były prawdziwe, to może i te „halucynacje” były w rzeczywistości skrawkami wspomnień rzeczywistych doświadczeń? Czy omamy to tylko wytwory chorego mózgu? Czy ludzie mogą wyobrażać sobie odczucia, których nigdy nie doświadczyli? Czy między kreatywnością a patologią wyobraźni da się wytyczyć jasną granicę? A między pamięcią a wyobraźnią? Odpowiedzi na te pytania nie ma do dziś, ale badania wykazały, że ludzie, którzy jako dzieci byli wykorzystywani, często odczuwają wrażenia zmysłowe (jak na przykład ból brzucha) bez widocznej przyczyny fizjologicznej; słyszą głosy ostrzegające przed niebezpieczeństwem albo oskarżające ich o straszliwe zbrodnie. Nie ma wątpliwości – wielu pacjentów na oddziale zachowywało się w sposób gwałtowny, dziwaczny albo autodestrukcyjny, zwłaszcza w chwilach, gdy czuli się sfrustrowani, blokowani lub niezrozumiani. Wpadali wtedy w szał, rzucali talerzami, rozbijali szyby w oknach i cięli się odłamkami szkła. Wtedy nie wiedziałem, dlaczego ktoś miałby reagować gniewem lub strachem na zwyczajną prośbę: „Pozwól mi wyczyścić ci włosy z tej mazi”. Zazwyczaj postępowałem za radą doświadczonych pielęgniarek, które dawały znać kiedy lepiej się wycofać, a kiedy – gdy to nie pomagało – unieruchomić pacjenta. Zadziwiło mnie i zaniepokoiło, że czasem czułem satysfakcję, gdy

udało mi się powalić chorego na podłogę, żeby pielęgniarka mogła zrobić mu zastrzyk. I stopniowo uświadomiłem sobie, jak wiele naszego profesjonalnego szkolenia było poświęcone zachowaniu kontroli w obliczu przerażających i dezorientujących zdarzeń.

Sylvia była piękną dziewiętnastolatką, studentką Boston University, która na oddziale zazwyczaj siedziała samotnie w kącie, wyglądała na śmiertelnie przerażoną i praktycznie się nie odzywała, ale pogłoski o tym, że była dziewczyną ważnego miejscowego mafioza, okrywały ją aurą tajemniczości. Gdy przez ponad tydzień odmawiała jedzenia i zaczęła szybko chudnąć, lekarze zdecydowali, że trzeba ją karmić na siłę. Potrzeba było trzech ludzi, by ją przytrzymać, i kolejnego, który wprowadził jej do żołądka rurkę, przez którą pielęgniarka wlewała płynną papkę. Później, podczas nocnej rozmowy Sylvia cicho i nieśmiało opowiedziała mi o swoim dzieciństwie i o tym, jak gwałcili ją brat i wuj. Wtedy zdałem sobie sprawę, że nasz pokaz „opieki” musiał być dla niej czymś w rodzaju zbiorowego gwałtu.

To i podobne doświadczenia pomogły mi stworzyć zasadę, którą wpajam moim studentom: jeśli robisz pacjentowi coś, czego nie zrobiłbyś twoim dzieciom albo przyjaciołom, zastanów się, czy przypadkiem nie odtwarzasz traumy z jego przeszłości.

W mojej pracy kaowca zauważyłem jeszcze coś innego: w grupie pacjenci byli zaskakująco niezdarni i nieskoordynowani ruchowo. Gdy jechaliśmy na biwak, większość stała bezradnie, podczas gdy ja rozstawiałem namioty. Raz w trakcie burzy na Charles River niemal wywróciliśmy się razem z łódką, gdyż wszyscy sztywno siedzieli z tyłu, nie pojmując, że dla zrównoważenia łódki powinni zmienić pozycje. W rozgrywkach siatkówki personel zawsze był bardziej zgrany niż pacjenci. Inną charakterystyczną cechą wspólną chorych było to, że nawet podczas najbardziej swobodnych rozmów wydawali się skrępowani, brak im było naturalnej gestykulacji czy mimiki, jaką widuje się u gawędzących przyjaciół. Znaczenie tych obserwacji stało się dla mnie jasne dopiero, gdy spotkałem terapeutów pracy z ciałem – Petera Levine’a i Pat Ogden; w dalszych częściach książki będę wiele opowiadać o tym, jak trauma bierze w posiadanie nasze ciała.

Tłumaczenie cierpienia

Po roku pracy na oddziale badawczym wróciłem do studiowania, a potem, jako świeżo upieczony doktor – do MMHC na specjalizację z psychiatrii. Strasznie się cieszyłem, że mnie przyjęto. W końcu to tu szkoliło się wielu sławnych psychiatrów, takich jak Eric Kandel, późniejszy zdobywca Nagrody Nobla z fizjologii i medycyny. To tu, w czasie gdy odbywałem praktyki, w szpitalnej piwnicy Allan Hobson odkrył w mózgu komórki odpowiedzialne za tworzenie marzeń sennych. I to tu prowadzono pierwsze badania nad chemicznymi wyznacznikami depresji. Jednak wielu z nas – rezydentów – najbardziej przyciągali chorzy. Każdego dnia przez sześć godzin przebywaliśmy z nimi, a potem w grupie, pod okiem doświadczonych kolegów, dzieliliśmy się obserwacjami, zadawaliśmy pytania i rywalizowaliśmy o jak najmądrzejsze komentarze.

Nasz guru, Elvin Semrad, bardzo odradzał nam czytanie podręczników psychiatrii na pierwszym roku specjalizacji. (Intelektualna głodówka mogła mieć swój wpływ na to, że później większość z nas nie tylko pochłaniała książki, ale i sami dużo pisaliśmy). Semrad nie chciał, żeby nasze postrzeganie rzeczywistości zostało przysłonięte pseudopewnością psychiatrycznych rozpoznań. Pamiętam, jak spytałem go kiedyś: „Jak by pan nazwał tego pacjenta? Schizofrenikiem czy kimś z zaburzeniem schizoafektywnym?”, a on zatrzymał się, w zadumie pogładził brodę i odparł: „Myślę, że nazwałbym go Michael McIntyre”.

Semrad nauczył nas, że większość ludzkich cierpień wiąże się z miłością i ze stratą, a zadaniem terapeuty jest pomagać ludziom „uznać, doświadczać i znosić” rzeczywistość, ze wszystkimi jej przyjemnościami i przykrościami”. Najważniejszym źródłem naszego cierpienia są kłamstwa, które sami sobie wmawiamy”, powiedział kiedyś, zachęcając nas do uczciwości wobec samych siebie w każdym aspekcie naszego przeżywania. Często mawiał, że ludzie nigdy nie poczują się lepiej, jeśli nie dowiedzą się, co wiedzą, i nie poczują, co czują. Pamiętam, jak zdziwiło mnie, gdy ten poważany profesor Harvardu zwierzał się, że krzepiące było dla niego czuć tyłek swojej żony na swoim, gdy zasypiał. Przyznając się do takich prostych, ludzkich potrzeb, pomagał nam pojąć, jak podstawowe

znaczenie mają one dla naszego życia. Gdy nie umiemy ich zaspokoić, nasza egzystencja karłowacieje, niezależnie od tego, jak wzniosłe byłyby nasze myśli i jak wspaniałe osiągnięcia. Zdrowienie, mówił nam, zależy od doświadczenia: możesz w pełni panować nad swoim życiem tylko wtedy, gdy uznasz realność swojego ciała we wszystkich jego aspektach.

Nasza profesja zmierzała jednak w innym kierunku. W roku 1968 „American Journal of Psychiatry" opublikował wyniki badań prowadzonych na oddziale, na którym kiedyś pracowałem. Bezsprzecznie wskazywały one, że schizofrenicy, którzy otrzymywali wyłącznie leki, mieli się lepiej niż ci, którzy trzy razy w tygodniu mieli sesje terapeutyczne z najlepszymi terapeutami w Bostonie [18]. Badanie to było jednym z kamieni milowych na szlaku, który stopniowo zmienił podejście medycyny i psychiatrii do problemów psychologicznych: od analizowania zmiennych przejawów uczuć i relacji do patofizjologicznego modelu odrębnych „zaburzeń" funkcji mózgu.

Sposób, w jaki medycyna traktuje ludzkie cierpienia, zawsze był determinowany przez dostępne w danym czasie technologie. Przed epoką oświecenia zaburzenia zachowania wiązano z wolą Boga, przypisywano grzechom, magii, czarownicom i złym duchom. Dopiero w dziewiętnastym wieku naukowcy z Francji i Niemiec zaczęli badać zachowanie jako adaptację do złożoności świata. Teraz pojawił się nowy paradygmat: gniew, żądza, duma, chciwość, skąpstwo i nieróbstwo – razem z resztą problemów, z jakimi my, ludzie, zmagaliśmy się od zawsze – zostały przemianowane na „zaburzenia", które można wyleczyć dzięki podawaniu odpowiednich substancji chemicznych [19]. Wielu psychiatrów z ulgą, a wręcz zachwytem, powitało fakt, że stali się „prawdziwymi naukowcami"; takimi jak ich koledzy z innych specjalności; z laboratoriami, doświadczeniami na zwierzętach, kosztownym sprzętem i ze skomplikowanymi badaniami diagnostycznymi. Odsunęli na boczny tor wieloznaczne teorie filozofów takich jak Freud czy Jung. W najbardziej znanym podręczniku psychiatrii napisano wprost: „Za przyczynę chorób psychicznych uznaje się dziś nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu, jego chemiczną nierównowagę" [20].

I ja, jak moi koledzy, bez wahania wszedłem w farmakologiczną rewolucję. W 1973 roku zostałem pierwszym głównym rezydentem na psychofarmakologii w MMHC. Być może byłem też pierwszym w Bostonie psychiatrą, który zaaplikował lit pacjentowi z chorobą dwubiegunową. (Przeczytałem o pracach Johna Cade'a nad litem, prowadzonych w Australii, i dostałem od szpitalnej komisji zgodę na jego użycie). Na licie kobieta, która co roku przez trzydzieści pięć lat w maju wpadała w manię, a w listopadzie – w depresję, ustabilizowała nastrój na trzy lata, gdy pozostawała pod moją opieką.

Byłem też częścią pierwszego amerykańskiego zespołu badawczego, który testował przeciwpsychotyczny lek Clozaril u przewlekle chorych, których przechowywano niczym warzywa na zapomnianych oddziałach starych zakładów psychiatrycznych [21]. Niektórzy zmieniali się w cudowny sposób: ci, którzy większość życia spędzili zamknięci we własnym, przerażającym świecie, mogli wrócić do rodzin i społeczności. Pacjenci pogrążeni w ciemnościach i rozpaczy zaczynali reagować na piękno kontaktów międzyludzkich i czerpać radość z pracy i zabawy. Te fascynujące rezultaty kazały nam z optymizmem patrzeć w przyszłość i wierzyć, że w końcu zwalczymy ludzkie cierpienie.

Leki przeciwpsychotyczne były głównym czynnikiem, który zmniejszył liczbę pacjentów szpitali psychiatrycznych w USA z ponad pół miliona w roku 1955 do niespełna stu tysięcy w 1996 [22]. Dla tych, którzy nie pamiętają świata sprzed wprowadzenia tych leków do terapii, zmiana jest niemal niewyobrażalna. Jako student pierwszego roku odwiedziłem szpital stanowy Kankakee w Illinois i widziałem, jak w pozbawionym mebli pokoju wyposażonym w odpływowe kratki krzepki pielęgniarz polewał wodą z węża dziesiątki brudnych, nagich, niezbornych pacjentów. Dziś to wspomnienie wydaje się bardziej sennym koszmarem niż czymś, co widziałem na własne oczy. Moją pierwszą pracą po rezydenturze, w 1974 roku, była posada jednego z najmniej ważnych dyrektorów w poważanej niegdyś instytucji – Bostońskim Szpitalu Stanowym. Przed laty przebywały w nim tysiące pacjentów, a budynki (w tym szklarnie, ogrody i warsztaty) – w większości w ruinie – rozrzucone były na dziesiątkach hektarów. Gdy tam nastałem, pacjenci powoli

przenoszeni byli do „społeczności” – tym pojemnym terminem określano anonimowe schroniska i domy opieki, gdzie większość kończyła. (Jak na ironię szpital zaczynał swoją działalność jako „azyl”. To słowo oznaczało kiedyś „świątynię” i dopiero z czasem nabrało innego znaczenia. W rzeczywistości oferował schronienie, miejsce, gdzie każdy wiedział, kim jest pacjent i jakie ma problemy).

W 1979 roku, wkrótce po tym, jak zacząłem pracę w VA, bramy bostońskiego szpitala stanowego zamknęły się na zawsze, a on sam stał się miastem duchów. Gdy tam pracowałem, działałem też w laboratorium psychofarmakologii MMHC, w którym zmieniano właśnie profil badawczy. W latach sześćdziesiątych naukowcy z Narodowych Instytutów Zdrowia (NIH) zaczęli rozwijać techniki izolowania i pomiaru stężeń hormonów i neuroprzekaźników we krwi i w mózgu. Neuroprzekaźniki to chemiczni posłańcy przekazujący informacje między neuronami, co umożliwia nam skuteczne angażowanie się w otaczający nas świat.

Gdy więc badacze znaleźli dowody na to, że nieprawidłowy poziom noradrenaliny ma związek z depresją, a dopaminy – ze schizofrenią, zaświtała nadzieja, że uda się stworzyć leki naprawiające takie swoiste nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu. Nadzieja ta nigdy się w pełni nie urzeczywistniła, ale nasze wysiłki na rzecz określenia, jak leki mogą zmieniać objawy zaburzeń psychicznych, sprowadzały inną głęboką zmianę w naszym zawodzie. Potrzeba precyzyjnej i regularnej komunikacji wyników doprowadziła badaczy do stworzenia tzw. badawczych kryteriów diagnostycznych (Research Diagnostic Criteria), do czego i ja, prosty asystent, w pewien sposób się przyczyniłem. Stały się one podstawą pierwszego systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych – DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, czyli podręcznika diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych) Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (American Psychiatric Association), który dziś jest nazywany „biblią psychiatrii”.

Przedmowa do przełomowego trzeciego wydania z 1980 roku była odpowiednio skromna i przyznawała, że ten system diagnostyczny jest nieprecyzyjny – na tyle nieprecyzyjny, że nigdy nie powinien być używany do celów kryminalistycznych ani ubezpieczeniowych [23]. Jak zobaczymy, ta skromność nie przetrwała długo.

Nieunikniony wstrząs

Zafrapowany wieloma pytaniami na temat stresu pourazowego, które wciąż pozostawały bez odpowiedzi, zacząłem się zastanawiać, czy przynajmniej niektórych z tych odpowiedzi nie można by znaleźć w rodzącej się wtedy dziedzinie – neuropsychofarmakologii. Zacząłem bywać na spotkaniach American College of Neuropsychopharmacology (ACNP). W 1984 roku można tam było wysłuchać wielu fascynujących wykładów na temat tworzenia nowych leków, ale dopiero parę godzin przed planowanym powrotem do Bostonu trafiłem na prelekcję Stevena Maiera z University of Colorado, który współpracował z Martinem Seligmanem z University of Pennsylvania. Mówił o wyuczonej bezradności u zwierząt. Maier i Seligman razili psy zamknięte w klatkach prądem elektrycznym. Nazywali to „nieuniknionym wstrząsem” [24]. Jako miłośnik psów wiedziałem, że sam nigdy bym takiego badania nie przeprowadził, ale zaciekawiło mnie, jaki wpływ na zwierzęta miało takie okrucieństwo.

Po zaaplikowaniu psom serii wstrząsów badacze otworzyli klatki i ponownie porazili zwierzęta prądem. W grupie kontrolnej, dla której było to pierwsze spotkanie z wysokim napięciem, wszystkie psy natychmiast uciekły z klatek. Ale te, które wcześniej były zamknięte i nie mogły uniknąć bólu, nawet nie próbowały uciekać. Nawet gdy drzwi klatki były szeroko otwarte. Po prostu leżały, skomląc i wypróżniając się. Jak widać, sama możliwość ucieczki niekoniecznie sprawia, że straumatyzowane zwierzęta, czy też ludzie, wybiorą wolność. Wiele po prostu się poddaje, jak psy Maiera i Seligmana. Zamiast ryzyka związanego z nowymi możliwościami wybierają znany już strach. Prezentacja Maiera wstrząsnęła mną do głębi. Zdałem sobie sprawę, że to, co oni zrobili tym biednym psiakom, było tym samym, czego doświadczyli moi ludzcy straumatyzowani pacjenci. Oni też zostali poddani działaniu kogoś (lub czegoś), co wyrządziło im straszliwą krzywdę, i nie mogli od niej w żaden sposób uciec. Szybko przebiegłem myślą historie leczonych przeze mnie chorych. Niemal wszyscy byli w jakiś sposób zamknięci w pułapce, unieruchomieni, niezdolni do podjęcia działań, które mogłyby powstrzymać nieuniknione. Reakcja „walcz-lub-uciekaj”

została zablokowana, a efektem było albo ekstremalne pobudzenie, albo totalna apatia.

Maier i Seligman wykazali również, że psy poddawane wstrząsom wydzielały znacznie większe niż normalnie ilości hormonów stresu. Potwierdzało to informacje na temat biologicznych korzeni stresu pourazowego, które dopiero zaczynaliśmy zdobywać. Wszyscy młodzi badacze, wśród których byli Steve Southwick i John Krystal z Yale, Arieh Shalev ze szkoły medycznej Hadassah w Jerozolimie, Frank Putnam z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health – NIMH) i Roger Pitman, później pracujący na Harvardzie, stwierdzali, że osoby dotknięte traumą wydzielają duże ilości hormonów stresu jeszcze długo po tym, jak rzeczywiste niebezpieczeństwo minęło, zaś Rachel Yehuda z Mount Sinai w Nowym Jorku pokazała nam swoje pozornie paradoksalne wyniki, wskazujące, że w zespole stresu pourazowego stężenia kortyzolu – jednego z hormonów stresu – są niskie. Jej odkrycia zaczęły nabierać sensu dopiero, gdy prowadzone przez nią badania wyjaśniły, że kortyzol w zasadzie kończy odpowiedź na stres, wysyłając swoisty sygnał „wszystko w porządku". Tymczasem w PTSD stężenia hormonów stresu nie wracają do podstawowego poziomu, mimo że zagrożenie minęło.

W idealnym świecie system hormonów stresu powinien zapewniać błyskawiczną odpowiedź na niebezpieczeństwo, a potem szybko wracać do równowagi. Jednak u pacjentów z PTSD ten system zawodzi. Sygnały walcz/uciekaj/zastygnij nadal napływają, chociaż już nie ma zagrożenia, i – podobnie jak u psów – stężenia hormonów nie wracają do normy. Ich stałe wydzielanie ujawnia się w postaci podniecenia lub paniki, a w długim okresie zupełnie rozstraja organizm.

Tego dnia nie zdążyłem na powrotny samolot do Bostonu, bo musiałem pomówić ze Steve'em Maierem. Prowadzone przez niego warsztaty nie tylko wyjaśniały źródła przynajmniej części problemów, z jakimi borykali się moi pacjenci, lecz również pokazywały potencjalne możliwości ich rozwiązania. Na przykład razem z Seligmanem wykazał on, że jedynym sposobem nauczenia straumatyzowanych psów, żeby po otwarciu drzwi zeszły z rażącej je prądem podłogi, było wywlekanie ich raz za razem z klatki, by

fizycznie doświadczyły istnienia możliwości ucieczki. Zastanawiałem się, czy nie moglibyśmy podobnie sprawić, by moi pacjenci przestali myśleć, że nie mogą w żaden sposób się bronić? Czy oni także potrzebowali doznań fizycznych, żeby przywrócić najgłębsze, wewnętrzne poczucie kontroli? Co jeśli można by ich nauczyć, że fizyczny ruch pozwala uniknąć potencjalnego zagrożenia, sytuacji podobnej do tej, w jakiej niegdyś się znaleźli, bezbronni i w pułapce? To jeden z wniosków do których doszedłem i które szerzej omówię w rozdziale 5. tej książki.

Kolejne badania na myszach, szczurach, kotach, małpach i słoniach przyniosły jeszcze bardziej intrygujące rezultaty [25]. Gdy na przykład badacze puszczali zwierzętom głośne, przykre dźwięki, myszy wychowane w ciepłych gniazdach z mnóstwem pożywienia, natychmiast do nich uciekały. Tyle że inna grupa gryzoni, wychowana w głośnym otoczeniu i w niedostatku żywności, też uciekała do domu, nawet gdy trochę czasu spędziła w przyjemniejszym środowisku [26]. Przestraszone zwierzęta uciekają do domu, niezależnie, czy jest to bezpieczna przystań, czy piekło. Pomyślałem o moich pacjentach, który wracali do swoich rodzin po to, by kolejny raz zostać skrzywdzonymi. Czy straumatyzowane osoby są skazane na szukanie ucieczki do tego, co znane? A jeśli tak, to dlaczego, i czy można im pomóc przenieść więź na miejsca i działania, które są bezpieczne i przyjemne [27]?

Uzależnieni od traumy: Ból rozkoszy i rozkosz bólu

Jedną z rzeczy, jakie nas – mnie i mojego kolegę Marka Greenberga – uderzyły podczas prowadzenia grup terapeutycznych dla weteranów z Wietnamu, było to że mimo przerażenia i bólu wydawali się oni wracać do życia, gdy opowiadali o katastrofach swoich śmigłowców i o umierających towarzyszach. (Były korespondent „New York Timesa”, Chris Hedges, który relacjonował szereg brutalnych konfliktów, zatytułował swoją książkę: „Wojna to siła, która nadaje nam znaczenie” [*War Is a Force That Gives Us Meaning*] [28]. Wiele straumatyzowanych osób wydaje się szukać doświadczeń, jakie dla większości z nas są odpychające [29], a pacjenci często skarżą się na nieokreślone uczucie pustki

i znudzenia, jakie towarzyszy im, gdy nie są wściekli, pod presją albo zaangażowani w jakieś niebezpieczne działania.

Moja pacjentka Julia, gdy miała szesnaście lat, została brutalnie zgwałcona w hotelowym pokoju, a sprawca cały czas groził jej bronią. Wkrótce potem związała się z brutalnym alfonsem, który kazał jej się prostytuować. Regularnie ją bił. Raz za razem trafiała do aresztu za prostytucję, ale zawsze wracała do swojego dręczyciela. Wreszcie zainterweniowali jej dziadkowie: opłacili jej intensywny program rehabilitacyjny. Po jego ukończeniu zaczęła pracować jako recepcjonistka i zapisała się na zajęcia w miejscowym college'u. Na socjologii napisała pracę semestralną na temat wyzwalających możliwości prostytucji; podczas pisania przeczytała pamiętniki wielu sławnych kurtyzan. Kolejno porzucała wszystkie inne kursy. Krótki związek z kolegą z grupy skończył się, bo – jak mówiła – zanudzał ją na śmierć i nie mogła znieść jego bokserek. Potem poznała narkomana, który najpierw ją bił, a później zaczął prześladować. Zmotywowała się do powrotu na terapię dopiero po tym, jak po raz kolejny dotkliwie ją pobito.

Freud miał dla takich powtarzanych traumatycznych przeżyć określenie „przymus powtarzania". Wierzył, tak jak wielu jego naśladowców, że ponowne odgrywanie podobnych doświadczeń to podświadome próby odzyskania kontroli nad sytuacją i że w końcu mogą doprowadzić do rozwiązania problemu. Na tę teorię nie ma żadnych dowodów – powtarzanie prowadzi tylko do pogłębiania bólu i nienawiści do siebie. Nawet ponowne przeżywanie traumy w trakcie terapii może wzmacniać obawy i obsesje.

Wspólnie z Markiem Greenbergiem zdecydowaliśmy, że chcemy dowiedzieć się więcej o tzw. atraktorach – rzeczach, które nas pociągają, motywują i dają poczucie, że żyjemy. Normalnie atraktory mają za zadanie poprawiać nam nastrój. Dlaczego zatem sytuacje niebezpieczne lub bolesne przyciągają tyle osób? W końcu znaleźliśmy badanie wyjaśniające, jak to się dzieje, że działania, które wywołują ból lub strach, mogą później stać się czymś podniecającym [30].

W latach siedemdziesiątych XX wieku Richard Solomon z University of Pennsylvania wykazał, że ciało może się przystosować do rozmaitych bodźców. Możemy się uzależnić od

narkotyków, bo od początku dają nam poczucie szczęścia, ale takie zajęcia jak korzystanie z sauny, bieganie maratonów czy skakanie ze spadochronem z początku są mało przyjemne, często bolesne i przerażające, a jednak po jakimś czasie mogą dawać wiele przyjemności. Takie stopniowe przystosowanie oznacza, że organizm osiągnął nowy stan równowagi chemicznej. To dlatego – powiedzmy – maratończyk doznaje uczucia błogości i euforii, gdy kolejny raz przekracza granice możliwości swojego ciała.

W takim stanie, podobnie jak przy uzależnieniu od narkotyku, zaczynamy pożądać danego zachowania czy doświadczenia, a gdy nie możemy go zrealizować, doświadczamy stanu odstawienia. W końcu stajemy się bardziej zaabsorbowani unikaniem bólu związanego z odstawieniem niż samą aktywnością. Teoria ta może wyjaśniać, dlaczego niektórzy płacą komuś za to, żeby ich pobił, albo sami przypalają się papierosem. Albo dlaczego ciągną wyłącznie do ludzi, którzy ich krzywdzą. Strach i niechęć mogą, w pewien perwersyjny sposób, przekształcać się w przyjemność.

Solomon zakładał, że endorfiny – morfinopodobne substancje wydzielane przez mózg w odpowiedzi na stres – odgrywają rolę w powstawaniu opisanych przez niego paradoksalnych uzależnień. Przypomniałem sobie jego teorię, gdy mój biblioteczny nawyk zawiódł mnie do pracy z 1946 roku, zatytułowanej *Pain in Men Wounded in Battle* („Ból u rannych w walce”). Chirurg Henry K. Beecher zauważył w niej, że 75 procent ciężko rannych żołnierzy na froncie włoskim nie prosiło o morfinę, i wysnuł z tego wniosek, że „silne emocje mogą blokować odczuwanie bólu” [31].

Czy jego obserwacje można by odnieść do pacjentów z PTSD? Mark Greenberg, Roger Pitman, Scott Orr i ja postanowiliśmy zapytać ośmiu weteranów wojny wietnamskiej, czy zgodziliby się wziąć udział w standardowym teście badającym próg bólu podczas oglądania scen z różnych filmów. Pierwszy fragment pochodził z wizualnie brutalnego filmu Olivera Stone’a *Pluton* (1986). Podczas gdy weterani go oglądali, my mierzyliśmy, jak długo potrafią utrzymać prawą dłoń w kuble z lodowatą wodą. Potem całą procedurę powtórzyliśmy w trakcie łagodnego (i dawno zapomnianego) filmu. Siedmiu z ośmiu żołnierzy, oglądając *Pluton*, mogło utrzymać rękę w boleśnie zimnej wodzie o 30 procent dłużej.

Obliczyliśmy, że dawka znieczulenia wywołana oglądaniem piętnastominutowego filmu wojennego była równa podaniu ośmiu miligramów morfiny – to mniej więcej tyle, ile ktoś z silnym bólem w klatce piersiowej dostałby na izbie przyjęć.

Stwierdziliśmy, że wysnuty przez Beechera wniosek, iż „silne emocje mogą blokować odczuwanie bólu", wynika z wytwarzania i uwalniania przez mózg substancji morfinopodobnych. To z kolei sugerowało, że dla wielu osób doświadczonych traumą ponowna ekspozycja na stres może przynosić podobną ulgę od niepokoju [32]. To był interesujący eksperyment, ale nie wyjaśniał w pełni, dlaczego Julia wciąż wracała do swojego brutalnego alfonsa.

Kojenie umysłu

Spotkanie ACNP w 1985 roku dawało, o ile to w ogóle możliwe, jeszcze więcej do myślenia niż poprzednie. Profesor Kings College, Jeffrey Gray, wygłosił prelekcję o ciele migdałowatym – grudce komórek mózgowych decydującej o tym, czy dźwięk, obraz lub inne wrażenie zmysłowe będzie odebrane jako zagrożenie. Z danych profesora wynikało, że wrażliwość ciała migdałowatego zależała – przynajmniej w części – od tego, jakie jest w nim stężenie neuroprzekaźnika zwanego serotoniną. Zwierzęta, u których było ono niskie, były nadwrażliwe na stresujące bodźce (na przykład głośne dźwięki). Wyższy poziom serotoniny tłumił ich reakcję lekową i sprawiał, że w odpowiedzi na potencjalne zagrożenie rzadziej stawały się agresywne czy zastygały w przerażeniu [33].

Wydało mi się to bardzo istotne. Moi pacjenci zawsze wybuchali w reakcji na najmniejsze prowokacje i czuli się totalnie zniszczeni przy najbardziej błahym odrzuceniu. Zafascynowała mnie potencjalna rola serotoniny w PTSD. Inni badacze wykazali, że u małp samce alfa mają znacznie wyższe stężenie serotoniny niż zwierzęta będące niżej w hierarchii, ale stężenie to spada, gdy uniemożliwia im się utrzymywanie kontaktu wzrokowego z małpami, które kiedyś pokonały. I odwrotnie, małpy „z końca stawki" po otrzymaniu serotoniny zaczynały walkę o przywództwo stada [34]. Jak widać, otoczenie ma wpływ na równowagę chemiczną w mózgu. Sprawiając, że małpa spada w hierarchii stada, obniżamy jej

stężenie serotoniny, podczas gdy zwiększając ilość tego neuroprzekaźnika u zwierzęcia, możemy podnieść jego pozycję.

Dla ludzi straumatyzowanych skutki tego odkrycia były oczywiste. Podobnie jak zwierzęta z niskim poziomem serotoniny u Graya, tak i oni byli nadreaktywni, a ich zdolność do współżycia w społeczności – często zachwiana. Gdybyśmy mogli znaleźć sposób na podniesienie stężenia serotoniny w mózgu, może udałoby się nam rozwiązać oba te problemy za jednym zamachem. Na tym samym spotkaniu ACNP dowiedziałem się, że firmy farmaceutyczne opracowują właśnie dwa nowe leki, których zadaniem miało być dokładnie to, o czym mówiłem – podnoszenie stężenia serotoniny w mózgu. Ponieważ jednak żaden z nich nie był jeszcze dostępny na rynku, krótko eksperymentowałem z suplementem diety zawierającym L-tryptofan, aminokwas będący prekursorem serotoniny w organizmie. (Wyniki okazały się rozczarowujące). Jeden z badanych wtedy leków nigdy nie trafił na rynek. Drugim była fluoksetyna, która pod handlową nazwą Prozac stała się jednym z najpopularniejszych preparatów psychoaktywnych w historii. W poniedziałek 8 lutego 1988 roku lek firmy Eli Lilly trafił do aptek. Pierwszą pacjentką, jaką tego dnia przyjąłem, była młoda kobieta, bardzo skrzywdzona w dzieciństwie, a obecnie zmagająca się z bulimią. Praktycznie większość życia spędzała między lodówką a toaletą, to zjadając ogromne ilości pożywienia, to usiłując je usunąć z organizmu wymiotami i środkami przeczyszczającymi. Dałem jej receptę na nowiutki lek, a gdy wróciła do mnie w czwartek, powiedziała: „Ostatnich kilka dni było zupełnie innych. Jadłam, gdy czułam głód, a przez resztę czasu odrabiałam lekcje”. Było to jedno z najmocniejszych oświadczeń, jakie kiedykolwiek usłyszałem w moim gabinecie.

W piątek przyjąłem kolejną pacjentkę, której w poniedziałek zapisałem prozac – matkę dwójki dzieci w wieku szkolnym, będącą w przewlekłej depresji, przekonaną, że nie potrafi być ani matką, ani żoną, i przytłoczoną żądaniami rodziców, którzy bardzo źle ją traktowali, gdy była dzieckiem. Po czterech dniach brania leku zapytała mnie, czy mogłaby opuścić kolejne spotkanie, które przypadało w poniedziałek, akurat w święto – dzień urodzin Waszyngtona. „W końcu”, wyjaśniała, „nigdy nie zabrałam w tym

dniu moich dzieci na narty. Zawsze robi to mąż i nie ma ich cały dzień. Fajnie byłoby spędzić ten czas razem. Dać dzieciakom trochę dobrych wspomnień”.

Ta pacjentka wcześniej miała problem, żeby jakoś przeżyć kolejny dzień. Po jej wizycie zadzwoniłem do znajomego z Eli Lilly i powiedziałem: „Macie lek, który pomaga ludziom zakotwiczyć się w teraźniejszości, zamiast pozostawać zamkniętym w przeszłości”. Później firma przyznała mi niewielki grant na badanie efektów prozaku u sześćdziesięciu czterech osób z PTSD – dwudziestu dwóch kobiet i czterdziestu dwóch mężczyzn – pierwsze badanie działania nowej klasy leków w PTSD. Zespół naszej kliniki traumy włączył do niego trzydzieścioro troje cywilów, a moi współpracownicy i byli koledzy z VA – trzydziestu jeden weteranów wojennych. Przez osiem tygodni połowa każdej grupy otrzymywała prozac, a druga połowa – placebo. Badanie było prowadzone metodą podwójnie ślepej próby: ani pacjenci, ani my – badacze – nie wiedzieliśmy, co kto dostaje. To wykluczało podświadomy wpływ na końcową ocenę. Poprawę, choć w różnym zakresie, dostrzeżono u wszystkich, nawet w grupie łykającej placebo. W większości badań nad leczeniem PTSD efekt placebo jest znaczący. Ludzie, którzy zbierają się na odwagę, by wziąć udział w badaniu, za które im nie płacą, w którym raz po raz kłuje się ich igłami i w którym mają tylko 50 procent szans, że dostaną działający lek, muszą mieć naprawdę silną motywację wewnętrzną i chcieć rozwiązać swój problem.

Może nagrodą jest tylko uwaga, jaką się im poświęca, szansa, by mogli opowiedzieć, jak się czują i co myślą. Ale czyż podobnym „placebo” nie jest kojący ból całus matki w zadrapane dziecięce kolano?

Na pacjentów z kliniki traumy prozac działał znacznie lepiej niż placebo. W porównaniu z tymi, którzy dostawali pigułki z cukru, lepiej spali, lepiej panowali nad emocjami i mniej martwili się przeszłością [35]. Jednak ku naszemu zdziwieniu prozac w ogóle nie działał na weteranów wojennych z VA – u nich objawy PTSD pozostawały bez zmian. Wyniki te potwierdzono w większości kolejnych badań farmakologicznych na żołnierzach: część wykazywała niewielką poprawę, ale większość nie odnosiła z farmakoterapii żadnych korzyści. Nigdy nie potrafiłem tego

wyjaśnić, a nie mogę zaakceptować najpopularniejszego wytłumaczenia, że nie zdrowieją, bo przestałaby im przysługiwać wojskowa emerytura lub renta. W końcu ciało migdałowate nic nie wie o rentach – ono tylko wykrywa zagrożenia.

Mimo wszystko leki takie jak prozac i jego kuzyni: zoloft, celexa, cymbalta czy paxil, wniosły znaczący wkład w leczenie zaburzeń związanych z traumą. W naszym badaniu nad prozakiem użyliśmy testu Rorschacha, żeby ocenić, jak straumatyzowane osoby postrzegają otoczenie. Dane te dały nam ważną wskazówkę na temat mechanizmu działania tej klasy leków (znanych pod fachową nazwą selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny – SSRIs).

Przed erą prozaku reakcje tych pacjentów kontrolowały emocje. Pamiętam pewną Holenderkę (niebiorącą udziału w tym badaniu), która przyszła do mnie, żebym pomógł jej uporać się z traumą gwałtu, jakiego doświadczyła w dzieciństwie, ale była przekonana, że sam ją zgwałcę, jak tylko usłyszała, że też mówię z holenderskim akcentem. Prozac zupełnie to zmienił: dał pacjentom z PTSD spojrzeć na problem z perspektywy [36] i pomógł im zapanować nad impulsami. Jeffrey Gray musiał mieć rację: gdy stężenie serotoniny rosło, wielu z moich pacjentów przestawało nadmiernie reagować na bodźce.

Triumf farmakologii

Farmakologia szybko zrewolucjonizowała psychiatrię. Leki dały lekarzom poczucie większej skuteczności, a także dały coś poza psychoterapią. Leki tworzyły też dochody i zyski. Za granty od przemysłu farmaceutycznego wybudowaliśmy laboratoria pełne entuzjastycznych studentów i wysokospecjalistycznego sprzętu. Wydziały psychiatrii, zwykle umiejscowione w szpitalnych piwnicach, zaczęły przenosić się wyżej, zarówno dosłownie, jak i w przenośni, w sensie prestiżu. Jednym z symboli tych przemian była zamiana – na początku lat dziewięćdziesiątych – szpitalnego basenu MMHC w laboratorium, a boiska do koszykówki – w sale nowej kliniki farmakoterapii. Przez dziesiątki lat lekarze i pacjenci demokratycznie dzielili przyjemność pluskania się w basenie i gry w piłkę. Gdy byłem jeszcze asystentem, wiele godzin spędzałem na hali sportowej

razem z chorymi. Było to jedyne miejsce, gdzie wszyscy mogliśmy odzyskać poczucie fizycznego dobrostanu, wyspa na morzu cierpienia, z jakim stykaliśmy się każdego dnia. Teraz stało się to miejscem, gdzie pacjenci mieli „zostać naprawieni".

Farmakologiczna rewolucja, która zaczęła się tak obiecująco, koniec końców przyniosła zapewne tyle samo złego, co dobrego. Wszyscy, zarówno media i ogół społeczeństwa, jak i specjaliści [37], zaakceptowali teorię, że choroba psychiczna to przede wszystkim efekt nierównowagi chemicznej w mózgu. Nierównowagi, którą można wyrównać odpowiednimi preparatami. W wielu miejscach leki wyparły inne formy terapii i pozwoliły pacjentom stłumić problem, nie zajmując się jego przyczynami. Leki przeciwdepresyjne potrafią zupełnie zmienić życie chorych, pozwalając im na codzienne funkcjonowanie, a gdy – żeby złapać co noc choćby kilka godzin snu – mamy wybór między pigułką nasenną a upiciem się do nieprzytomności, raczej nie ma wątpliwości, co jest lepsze. Dla ludzi, którzy są wyczerpani próbami poradzenia sobie, „starając się to przecierpieć", chodząc na jogę czy wypacając się na siłowni, farmaceutyki często przynoszą długo oczekiwaną ulgę, ratują życie. SSRIs pomagają straumatyzowanym ludziom wyzwolić się od przemożnych emocji, ale należy je traktować tylko jako wspomaganie całościowej terapii [38].

Po przeprowadzeniu licznych badań nad lekami stosowanymi w PTSD zrozumiałem, że używane w psychiatrii preparaty mają poważną wadę – odwracają uwagę od przyczyn problemu. Model „choroby mózgu" odbiera pacjentom kontrolę nad losem. Ich problemy mają rozwiązać lekarze i firmy ubezpieczeniowe. W ostatnich trzech dekadach leki psychiatryczne stały się nieodłączną częścią naszej kultury, z wątpliwym skutkiem. Weźmy preparaty przeciwdepresyjne. Gdyby naprawdę były tak skuteczne, jak kazano nam wierzyć, depresja powinna być dziś zaledwie drobnym, mało zauważalnym problemem w naszym społeczeństwie. Tymczasem, mimo że użycie antydepresantów wciąż rośnie, liczba hospitalizacji z powodu depresji nie spada. W ostatnim dwudziestoleciu liczba leczonych na tę chorobę potroiła się. Dziś antydepresanty łyka co dziesiąty Amerykanin [39].

Nowa generacja leków przeciwpsychotycznych, takich jak abilify, risperdal, zyprexa czy seroquel, należy do najlepiej sprzedających się leków w Stanach Zjednoczonych. W roku 2012 na abilify wydano 1 526 228 000 $ – więcej niż na jakikolwiek inny farmaceutyk. Trzecie miejsce zajęła cymbalta, antydepresant, który zgarnął ponad miliard [40], choć nigdy nie udowodniono, żeby był lepszy od starszych leków z tej grupy, takich jak prozac, dla których istnieją o wiele tańsze, generyczne odpowiedniki. Medicaid – rządowy program refundacyjny dla biednych – wydaje na leki przeciwpsychotyczne więcej niż na jakąkolwiek inną klasę farmaceutyków [41]. W 2008 roku, ostatnim, za jaki mamy pełne dane, zrefundowano ich za 3,6 mld dolarów, podczas gdy dziesięć lat wcześniej – w 1999 – zaledwie za 1,65 mld dolarów. W tym czasie potroiła się też liczba osób poniżej dwudziestego roku życia uprawnionych do refundowanych przez Medicaid recept na antypsychotyki. 4 listopada 2013 roku firma Johnson & Johnson zgodziła się wypłacić w ramach ugody ponad 2,2 mld dolarów odszkodowań w procesach karnych i cywilnych o to, że niewłaściwie promowała przeciwpsychotyczny Risperdal, zalecając go osobom starszym, dzieciom i niepełnosprawnym [42]. Nikt jednak nie poruszył odpowiedzialności lekarzy, którzy go przepisywali. Obecnie w USA pół miliona dzieci bierze leki przeciwpsychotyczne. Te z rodzin biednych czterokrotnie częściej niż te, których rodziców stać na prywatne ubezpieczenie. Leki te często są używane tylko po to, by wykorzystywane i zaniedbywane dzieci były bardziej posłuszne. W roku 2008 poprzez Medicaid przepisano antypsychotyki 19 045 dzieciom poniżej piątego roku życia [43]. W jednej z prac opartej na danych Medicaid z trzynastu stanów stwierdzono, że w rodzinach zastępczych takie leki dostawało 12,4 procent dzieci, podczas gdy w ogólnej populacji nieletnich uprawnionych do takich świadczeń – zaledwie 1,4 procent [44]. Antypsychotyki zmniejszają agresję i sprawiają, że dzieci są bardziej uległe, ale negatywnie wpływają na ich motywację, ciekawość i chęć zabawy – aspekty niezbędne w dojrzewaniu prawidłowo funkcjonującej w społeczności i współtworzącej ją jednostki. Leczone nimi dzieci są też bardziej narażone na to, że staną się chorobliwie otyłe i zapadną na cukrzycę. Jednocześnie wciąż wzrasta liczba

przypadków przedawkowania leków psychiatrycznych w połączeniu z przeciwbólowymi [45].

Leki przynoszą olbrzymie zyski, więc największe czasopisma medyczne rzadko publikują badania nad niefarmakologicznymi metodami leczenia chorób psychicznych [46]. Specjaliści zajmujący się nimi są marginalizowani i pogardliwie wrzucani do worka pod nazwą „terapie alternatywne". Badania nad niefarmakologicznymi metodami leczenia nieczęsto zyskują finansowanie, chyba że są prowadzone według tzw. standaryzowanych protokołów terapeutycznych, gdzie i pacjenci, i lekarze muszą przestrzegać ściśle zaprogramowanych sekwencji działań niepozwalających na indywidualizację terapii w zależności od potrzeb chorego. Medycyna konwencjonalna stanowczo opowiada się za lepszym życiem dzięki chemii i rzadko rozważa fakt, że możemy naprawdę zmienić swoją fizjologię i równowagę wewnętrzną środkami innymi niż farmakologia.

Adaptacja czy choroba?

Model choroby mózgu pomija cztery fundamentalne prawdy: (1) nasza zdolność do niszczenia się nawzajem jest równie wielka jak zdolność do wzajemnego uzdrawiania. Odbudowa więzi i społeczności to podstawa odbudowy własnego dobrostanu; (2) język daje nam siłę do zmiany zarówno siebie, jak i innych poprzez komunikowanie naszych doświadczeń, pomaganie w nazwaniu tego, co wiemy, i znajdowanie wspólnych znaczeń; (3) potrafimy kontrolować własną fizjologię, w tym niektóre tzw. autonomiczne funkcje mózgu i ciała, poprzez takie proste działania jak oddychanie, ruch i dotyk; i (4) możemy tak zmienić uwarunkowania społeczne, żeby stworzyć środowisko, w którym dzieci i dorośli będą się mogli czuć bezpiecznie i w którym będą się mogli rozwijać.

Ignorując te podstawowe składowe człowieczeństwa, pozbawiamy ludzi sposobów zdrowienia po traumie i metod odzyskiwania autonomii. Bycie pacjentem, a nie współuczestnikiem procesu leczenia, odgradza cierpiących od lokalnej społeczności i alienuje ich od wewnętrznego poczucia „ja". Biorąc pod uwagę ograniczenia leków, zacząłem się zastanawiać, czy nie moglibyśmy znaleźć bardziej naturalnych sposobów pomocy ludziom w radzeniu sobie z reakcjami na traumę.

ROZDZIAŁ 3

Zaglądanie do mózgu: Neuronaukowa rewolucja

> Gdybyśmy mogli zajrzeć przez czaszkę do mózgu przytomnej, jasno myślącej osoby i gdyby obszar największej aktywności się rozjaśniał, powinniśmy na powierzchni mózgu zobaczyć wędrującą, jasną plamę o fantazyjnych, falujących granicach, ciągle zmieniającą wielkość i kształt i otoczoną przez mniej lub bardziej mroczną ciemność pokrywającą resztę półkuli.
>
> Iwan Pawłow

> Patrząc, wiele dostrzegasz.
>
> Yogi Berra

Na początku lat dziewięćdziesiątych pojawiły się zupełnie nowe techniki obrazowania mózgu i otworzyły przed nami niewyobrażalne wcześniej możliwości zdobycia zaawansowanej wiedzy na temat tego, jak mózg przetwarza informacje. Ogromne, budowane za miliony dolarów, wypełnione komputerowymi technologiami i naszpikowane nowoczesną techniką maszyny szybko sprawiły, że neuronauka stała się jednym z najpopularniejszych obszarów badawczych. Pozytonowa tomografia komputerowa (PET), a po niej funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI) umożliwiły naukowcom obserwację tego, jak różne obszary mózgu uaktywniają się, gdy ludzie podejmują określone działania lub gdy przypominają sobie zdarzenia z przeszłości. Po raz pierwszy mogliśmy oglądać mózg przy pracy – przetwarzający wspomnienia, wrażenia zmysłowe i emocje – i rozpoczęliśmy mapowanie obwodów tworzących umysł i świadomość.

Wcześniejsze techniki pomiaru w mózgu stężeń takich związków chemicznych jak serotonina czy noradrenalina, pozwoliły badaczom podejrzeć, co napędza aktywność neuronów, ale to trochę tak, jakby próbować zrozumieć zasadę działania silnika samochodowego, badając benzynę. Neuroobrazowanie pozwoliło po raz pierwszy zajrzeć do wnętrza silnika. A przez to zmieniło też nasze rozumienie traumy.

Na pierwszej linii tej neuronaukowej rewolucji była i jest Harvard Medical School. To tam w 1994 roku na pierwszego dyrektora Massachusetts General Hospital Neuroimaging Laboratory

(Laboratorium Neuroobrazowania) powołano młodego psychiatrę Scotta Raucha. Po rozważeniu najistotniejszych pytań, na które ta nowa technologia mogłaby dać odpowiedź, i przeczytaniu kilku artykułów, które napisałem, Scott zapytał mnie, czy moim zdaniem moglibyśmy w ten sposób badać, co dzieje się w mózgu osób, u których powracają traumatyczne wspomnienia.

Właśnie kończyłem badanie nad tym, jak pamiętamy traumę (omówię je w rozdziale 12.), w którym większość uczestników skarżyła się, jak przykre były dla nich nagłe epizody ponownego przeżywania obrazów, dźwięków czy odczuć z przeszłości. Gdy kolejny badany powiedział mi, że chciałby wiedzieć, jak jego mózg pogrywa z nim w trakcie takiego nawrotu wspomnień, poprosiłem ośmiu z uczestników, by zgodzili się wrócić do kliniki i leżeć nieruchomo we wnętrzu skanera (zupełnie nowe doświadczenie, które musiałem im szczegółowo opisać), podczas gdy my rekonstruowaliśmy przed ich oczyma bolesne sceny z prześladującej ich przeszłości. Ku memu zaskoczeniu wszyscy się zgodzili, większość z nadzieją, że to, czego dowiemy się z ich cierpienia, pomoże innym.

Moja asystentka, Rita Fisler, która pracowała z nami przed studiami medycznymi na Harvardzie, siadała z każdym i tworzyła z nim szczegółowy scenariusz odtwarzający traumę, chwila po chwili. Celowo chcieliśmy zbierać nie całe historie, tylko oderwane fragmenty traumatycznych doświadczeń – pewne obrazy, dźwięki i odczucia – bo tak właśnie uraz jest postrzegany i doświadczany. Rita poprosiła też badanych, żeby opisali okoliczności, w których czują się bezpiecznie i mają poczucie kontroli nad wydarzeniami. Jedna z osób opisała poranną krzątaninę, inna – siedzenie na ganku wiejskiego domu w Vermont i patrzenie na wzgórza. Tych opisów używaliśmy do stworzenia drugiej opowieści, która miała dać wyjściowe wartości pomiarów. Gdy uczestnicy zweryfikowali scenariusze pod kątem ich dokładności (czytając je po cichu, co jest mniej przytłaczające niż słuchanie czy opowiadanie), Rita nagrywała historie. Były one potem odtwarzane badanym w trakcie ich pobytu we wnętrzu skanera.

Typowy scenariusz:

> Masz sześć lat i właśnie szykujesz się do spania. Słyszysz, jak matka i ojciec głośno kłócą się ze sobą. Jesteś przerażony, a żołądek zwija ci się w kulkę. Razem

z młodszym rodzeństwem kulisz się na szczycie schodów. Patrzysz przez balustradę i widzisz, jak ojciec potrząsa matką, a ona próbuje się uwolnić. Matka wrzeszczy, pluje i prycha jak zwierzę. Masz czerwoną twarz i czujesz, jak zalewa cię fala gorąca. Gdy matka uwalnia się z uścisku ojca, biegnie do jadalni i tłucze bardzo drogi chiński wazon. Krzyczysz do rodziców, żeby przestali, ale nie zwracają na ciebie uwagi. Matka wbiega na górę i słyszysz, jak rozbija telewizor. Twój mały brat i siostra chowają się w szafie. Serce ci wali i cały drżysz.

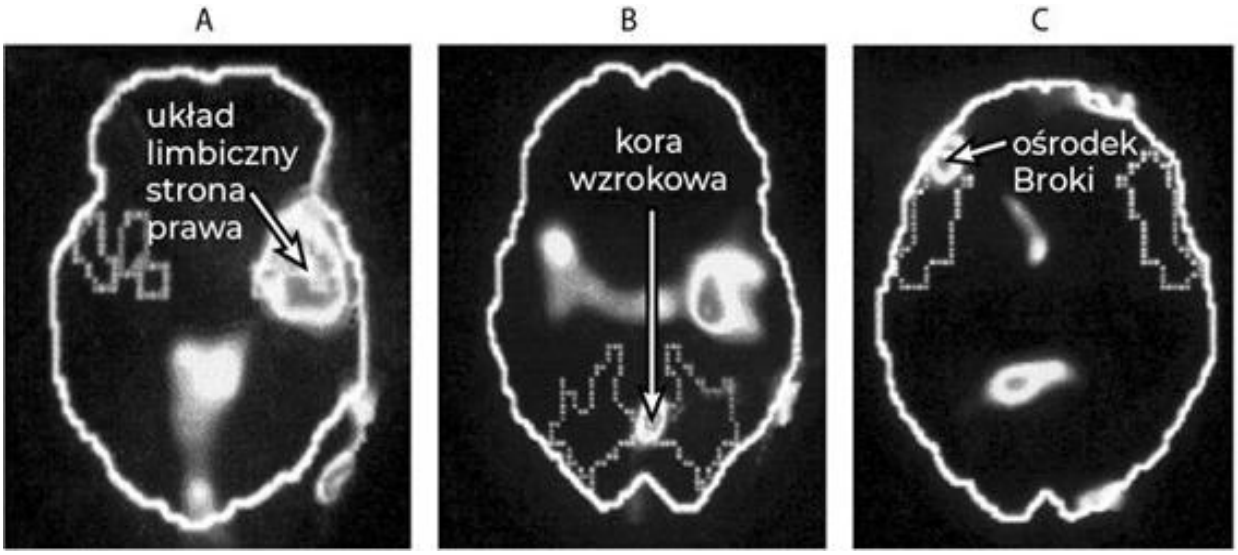
Podczas pierwszej sesji tłumaczyliśmy badanym, po co mają wdychać radioaktywny tlen: gdy pewne obszary mózgu stają się bardziej lub mniej aktywne metabolicznie, natychmiast zmienia się w nich zużycie tlenu, a to wychwytuje skaner. Podczas sesji monitorowaliśmy też tętno i ciśnienie krwi, by móc porównać te fizjologiczne zmienne z aktywnością mózgu.

Po kilku dniach uczestnicy zgłosili się do laboratorium neuroobrazowania. Pierwszą ochotniczką, którą mieliśmy przebadać, była Marsha, czterdziestoletnia nauczycielka z przedmieść Bostonu. Scenariusz przeniósł ją trzynaście lat wstecz, do dnia, w którym odebrała swoją pięcioletnią córkę Melissę z półkolonii. Gdy odjeżdżały, Marsha słyszała natrętny sygnał oznaczający, że pas bezpieczeństwa Melissy nie został prawidłowo zapięty. Gdy sięgnęła, żeby go poprawić, przejechała czerwone światło. Z prawej wjechał w nią inny samochód, na miejscu zabijając jej córkę. W drodze do szpitala Marsha straciła też siedmiomiesięczne dziecko, które nosiła w swym łonie. W jednej chwili radosna, pełna życia kobieta zmieniła się w osobę w ciężkiej depresji, pełną poczucia winy i nawiedzaną przez koszmary.

Przestała uczyć, bo – jak dla wielu rodziców po stracie dziecka – bezpośrednia praca z dziećmi stała się dla niej nie do zniesienia, a ich radosny śmiech budził tragiczne wspomnienia. Zaczęła pracować w szkolnej administracji, ale nawet za murem papierów trudno jej było przetrwać. Usiłując – bez powodzenia – odciąć się od uczuć, cały czas spędzała w pracy.

Kiedy badaliśmy Marshę, stałem na zewnątrz skanera i mogłem obserwować jej reakcje na monitorze. Gdy tylko włączyliśmy magnetofon, jej serce zaczęło walić jak oszalałe, a ciśnienie skoczyło. Wystarczyło, że słuchała scenariusza, a ciało przechodziło te same reakcje, jakich doświadczyła podczas wypadku trzynaście lat wcześniej. Po zakończeniu nagrania tętno i ciśnienie wróciły do

normy. Puściliśmy jej wtedy drugie nagranie: jak wstaje z łóżka i myje zęby. Tym razem nie było zmian ciśnienia ani rytmu serca.



Mózg w traumie. Jasne obszary w układzie limbicznym (A) i korze wzrokowej (B) wskazują na podwyższoną aktywność. Na rycinie (C) widać znacznie obniżoną aktywność ośrodka mowy.

Po wyjściu ze skanera Marsha wyglądała na pokonaną, wyczerpaną i zablokowaną. Skuliła się w sobie, oddychała płytko i miała wytrzeszczone oczy – istny obraz wrażliwości i bezbronności. Staraliśmy się ją pocieszyć, ale zastanawiałem się, czy to, co odkryliśmy, warte było stresu, na który ją naraziliśmy.

Po tym, jak wszystkich ośmioro uczestników ukończyło procedurę, do pracy zabrał się Scott Rauch ze swoimi matematykami i statystykami. Stworzyli obrazy porównujące pobudzenie wywołane reminiscencją z obrazem mózgu w stanie neutralnym. Po kilku tygodniach przysłał mi wyniki, które możecie oglądać powyżej. Przykleiłem obrazy na lodówce w kuchni i przez następne kilka miesięcy co wieczór się na nie gapiłem. Przyszło mi do głowy, że podobnie musieli czuć się dawni astronomowie, oglądając przez teleskop nową konstelację. Na zdjęciach widać było zagadkowe kropki i kolory, ale największy obszar aktywności – duża, czerwona plama w prawym, dolnym obszarze centralnej części mózgu, gdzie mieści się układ limbiczny, czyli „emocjonalny mózg” – nie był niespodzianką. Od dawna wiadomo było, że silne emocje pobudzają układ limbiczny, w szczególności jego część zwaną ciałem migdałowatym. To ono ostrzega nas przed zbliżającym się niebezpieczeństwem i aktywuje reakcję na stres. Z naszego badania

jasno wynikało, że gdy straumatyzowane osoby wystawia się na obrazy, dźwięki lub każe się wspominać określone, przykre zdarzenie, ciało migdałowate reaguje niepokojem, nawet – jak w przypadku Marshy – po trzynastu latach. Pobudzenie tego ośrodka strachu wyzwala kaskadę hormonów stresu i impulsów nerwowych, które podnoszą ciśnienie krwi, przyspieszają bicie serca i zwiększają zużycie tlenu, przygotowując ciało do walki lub ucieczki [47]. Czujniki umieszczone na ramionach badanej zarejestrowały ten stan szalonego pobudzenia, choć ona sama cały czas zdawała sobie sprawę, że spokojnie leży we wnętrzu maszyny badawczej.

Nieme przerażenie

Najbardziej zaskakującym znaleziskiem okazała się jednak dla nas biała plama w lewym płacie czołowym, w miejscu nazywanym ośrodkiem Broki. W tym przypadku zmiana koloru oznaczała znaczący spadek aktywności. Ośrodek Broki należy do ośrodków mowy, często uszkadzanych u pacjentów z udarem, gdy odcinany jest dopływ krwi do tego obszaru. Bez działającego ośrodka Broki nie można ubrać myśli i uczuć w słowa. Na obrazach ze skanera widać było, że gdy uruchamiano traumatyczne wspomnienia, ten obszar mózgu wyłączał się. Innymi słowy, mogliśmy naocznie przekonać się, że skutki traumy niekoniecznie różnią się od skutków fizycznych uszkodzeń, takich jak udar, a czasem przenikają się z nimi.

Trauma zawsze jest przedwerbalna. Szekspir uchwycił ten stan niemego przerażenia w *Makbecie*, gdy odkryte jest ciało zabitego króla: „O zgrozo! zgrozo! Ani cię potrafi język wysłowić, ani serce pojąć! Swego arcydzieła zamęt dokonał” [48]. W ekstremalnych warunkach ludzie mogą przeklinać, wzywać matkę, wyć z przerażenia albo po prostu zmartwieć. Ofiary napaści i wypadków na izbie przyjęć często siedzą w milczeniu i nieruchomo; skrzywdzone dzieci „zapominają języka” i nie chcą mówić. Na zdjęciach żołnierzy z pola walki widać mężczyzn o pustych oczach, w milczeniu patrzących w przestrzeń.

Nawet po latach ludzie straumatyzowani często mają ogromne trudności, żeby powiedzieć innym o tym, co ich spotkało. Ich ciała ponownie doświadczają przerażenia, wściekłości i bezsilności, tak jak chęci walki lub ucieczki. Uczucia te są jednak niemal niemożliwe do

przekazania. Trauma z natury przywodzi nas na skraj rozumienia, odcinając od języka opartego na wspólnych doświadczeniach i od możliwej do wyobrażenia przeszłości. Nie znaczy to, że osoby dotknięte traumą nie potrafią opowiadać o tragedii, która je spotkała. Prędzej czy później większość z nich, jak weterani z rozdziału 1., tworzy coś, co sami nazywają „przykrywką" – opowieść, która w pewnym stopniu wyjaśnia otoczeniu dręczące ich objawy i zachowania. Te historie rzadko jednak potrafią uchwycić wewnętrzną prawdę tamtych doświadczeń. Niezwykle trudno jest uporządkować własne traumatyczne przeżycia w spójną relację – opowieść z początkiem, rozwinięciem i zakończeniem. Nawet doświadczony reporter, jak słynny korespondent CBS Ed Murrow, miał trudności z opisaniem okrucieństw, jakie zobaczył w 1945 roku w wyzwolonym przez aliantów nazistowskim obozie koncentracyjnym w Buchenwaldzie: „Modlę się, byście uwierzyli moim słowom. Opisałem to, co zobaczyłem i usłyszałem, ale tylko po części. Dla większości nie mam po prostu słów".

Gdy słowa zawodzą, traumatyczne doświadczenie zapisuje się w obrazach powracających jako senne koszmary i sny na jawie. W przeciwieństwie do ośrodka Broki, u naszych badanych rozjarzał się inny rejon – pole 19 Brodmanna. To obszar kory wzrokowej, który rejestruje obrazy, gdy po raz pierwszy docierają do mózgu. Zdziwiło nas pobudzenie mózgu w tym miejscu po tak długim czasie od pierwotnego zdarzenia. W normalnych warunkach nieobrobione obrazy zarejestrowane w polu 19 szybko są przekazywane do innych rejonów mózgu, gdzie są interpretowane. I znów byliśmy świadkami, jak część mózgu ulegała takiemu pobudzeniu, jak gdyby traumatyczne doświadczenie działo się naprawdę.

Jak zobaczymy w rozdziale 12., omawiającym procesy pamięciowe, inne nieprzetworzone wrażenia zmysłowe odbierane podczas traumy, takie jak dźwięki, zapachy i wrażenia dotykowe, są zapisywane osobno, niezależnie od głównej historii. Podobne bodźce zmysłowe często przywołują traumatyczne wspomnienia, najwyraźniej niezmienione przez czas.

Po jednej stronie mózgu

Obrazy ze skanera ujawniły też, że podczas reminiscencji mózgi naszych badanych rozświetlały się tylko po prawej stronie. Dziś mamy mnóstwo prac naukowych i popularnych na temat różnic między prawą a lewą półkulą. Na początku lat dziewięćdziesiątych usłyszałem, że niektórzy zaczęli dzielić świat między lewopółkulowców (racjonalnych i logicznie myślących) i prawopółkulowców (artystów kierujących się intuicją), ale nie zajmowałem się tą ideą. Na naszych skanach wyraźnie było jednak widać, że obrazy przebytej traumy pobudzają prawą półkulę, a dezaktywują lewą.

Dziś wiemy, że dwie połówki mózgu mówią różnymi językami. Prawa jest intuicyjna, emocjonalna, wzrokowa, przestrzenna i dotykowa; lewa – językowa, sekwencyjna i analityczna. Podczas gdy lewa półkula opowiada, prawa przekazuje muzykę doświadczenia. Porozumiewa się poprzez mimikę i język ciała oraz wydawanie dźwięków miłości i smutku: śpiewem, płaczem, tańcem lub naśladowaniem. Prawy mózg rozwija się w łonie matki jako pierwszy i odpowiada za niewerbalną komunikację między matką a niemowlęciem. Wiemy, że lewa półkula włącza się, gdy dzieci zaczynają rozumieć język i uczą się mówić. Dzięki niej mogą nazywać rzeczy, porównywać je, rozumieć zachodzące między nimi zależności i przekazywać innym własne, jednostkowe, niepowtarzalne doświadczenia.

Prawa i lewa połowa mózgu w zupełnie inny sposób przetwarzają też ślady przeszłości [49]. Lewa półkula pamięta fakty, statystyki i język zdarzeń. Przywołujemy ją, gdy chcemy wyjaśnić to, co się nam przydarzyło, i uporządkować fakty. Prawy mózg przechowuje wspomnienia dźwięków, dotknięć, zapachów i emocji, jakie wywołały. Automatycznie reaguje na głosy, rysy twarzy, gesty i miejsca, których wcześniej doświadczył. To, co przywołuje, wydaje się prawdą intuicyjną – prawdziwą naturą rzeczy. Nawet gdy wyliczamy przyjacielowi zalety ukochanej osoby, nasze uczucia bardziej może pobudzać jej twarz, przypominająca nam ukochaną ciocię z dzieciństwa [50].

W normalnych warunkach dwie połowy mózgu współpracują ze sobą mniej więcej bezawaryjnie, nawet u osób, które twierdzą, że preferują jedną z nich. Kiedy jednak jedna półkula zostaje wyłączona,

nawet czasowo, albo gdy nie ma między nimi połączenia (jak czasem zdarzało się przy operacjach mózgu), efektem jest kalectwo. Zablokowanie lewej półkuli ma bezpośrednie przełożenie na brak zdolności do porządkowania doświadczeń w ciągi logiczne i do przekładania naszych zmiennych emocji i wrażeń na słowa (to po tej stronie znajduje się ośrodek Broki, ten, który ciemnieje podczas reminiscencji). Bez uporządkowania zdarzeń nie potrafimy ustalić związku przyczynowo-skutkowego, zrozumieć długofalowych efektów naszych działań ani tworzyć spójnych planów na przyszłość. Ludzie, którzy są bardzo poruszeni, mówią czasami, że „tracą zmysły". Technicznie rzecz biorąc, doświadczają wtedy utraty funkcji wykonawczych.

Gdy straumatyzowanym ludziom coś przypomina o przeszłości, ich prawy mózg reaguje tak, jakby traumatyczne wydarzenie rozgrywało się w teraźniejszości, a ponieważ lewa połowa nie pracuje tak, jak powinna, mogą nie być świadomi tego, że ponownie doświadczają i ponownie przeżywają przeszłość; oni po prostu są wściekli, przerażeni, agresywni, zawstydzeni albo zmartwiali. Gdy burza emocjonalna mija, mogą szukać czegoś lub kogoś, na kogo mogliby zrzucić winę. Zachowali się tak, a nie inaczej, bo spóźniłeś się dziesięć minut albo „nigdy mnie nie słuchasz". Oczywiście, większość z nas od czasu do czasu tak się zachowuje, ale gdy ochłoniemy, potrafimy (mam nadzieję) przyznać się do błędu. Trauma zaburza ten rodzaj świadomości i z czasem nasze badania pokazały, dlaczego tak się dzieje.

Zawieszeni między walką a ucieczką

Powoli zacząłem rozumieć, co stało się z Marshą w maszynie. Trzynaście lat po tragedii uruchomiliśmy wrażenia (dźwięki i obrazy wypadku), które wciąż były przechowywane w jej pamięci. Gdy te wrażenia wypłynęły na powierzchnię, pobudziły „system alarmowy", który kazał jej zareagować tak, jakby z powrotem znalazła się w szpitalu i słuchała, jak mówią, że jej córka nie żyje. Minione trzynaście lat zostało wymazane. Galopujące tętno i podwyższone ciśnienie były tylko fizjologicznym odzwierciedleniem jej ogromnego lęku.

Jednym z podstawowych hormonów, które pomagają nam uciekać lub walczyć w obliczu niebezpieczeństwa, jest adrenalina. Jej podwyższone stężenie było odpowiedzialne za nagły skok tętna i ciśnienia u uczestników naszego eksperymentu, gdy słuchali opowieści o tym, co ich spotkało. W normalnych okolicznościach ludzie reagują na zagrożenie przejściowym zwiększeniem stężenia hormonów stresu. Gdy niebezpieczeństwo mija, hormony się rozkładają, a ciało wraca do równowagi. U osób straumatyzowanych ich stężenie pozostaje jednak podwyższone o wiele dłużej; trudniej wraca do normy, a o wiele szybciej i wyżej podnosi się w reakcji na nawet łagodnie stresujące bodźce. Stale wysokie stężenie hormonów stresu powoduje problemy z pamięcią i koncentracją, rozdrażnienie, kłopoty ze snem. Przyczynia się też do wielu przewlekłych problemów zdrowotnych, różnych w zależności od tego, jaki układ jest najbardziej wrażliwy u danej osoby. Dziś wiemy, że istnieje inna możliwa odpowiedź na zagrożenie, której nasze skanery nie potrafią jeszcze mierzyć. Niektórzy ludzie po prostu zaprzeczają: ich ciało rejestruje niebezpieczeństwo, ale ich świadomość zachowuje się tak, jakby nic się nie zdarzyło. Jednakże nawet gdy umysł nauczy się ignorować przekazy z emocjonalnej części mózgu, sygnały alarmowe wciąż napływają. Emocjonalny mózg nadal pracuje, a hormony stresu wysyłają sygnały do mięśni, żeby kurczyły się do działania albo rozluźniały, jak przy omdleniu. Fizyczne skutki dla poszczególnych narządów wewnętrznych pogłębiają się niepostrzeżenie, dopóki nie przyciągną uwagi, ujawniwszy się w postaci choroby. Koszmarne uczucia i wrażenia można czasowo zdusić albo nawet totalnie zablokować alkoholem, lekami lub narkotykami. Ciało jednak zapisuje wszystko. To, co stało się z Marshą w skanerze, można wyjaśnić na różne sposoby, a każdy będzie miał inne znaczenie dla procesu leczenia. Możemy skupić się na ewidentnych zaburzeniach neurochemicznych i fizjologicznych – stwierdzimy wówczas, że cierpi z powodu nierównowagi biochemicznej wywoływanej za każdym razem, gdy przypominano jej o śmierci córki. Moglibyśmy wtedy szukać leku czy też połączenia kilku leków, których zadaniem byłoby stłumienie tej reakcji lub – w najlepszym wypadku – odtworzenie chemicznej równowagi jej ciała. Na podstawie wyników neuroobrazowania niektórzy z moich kolegów z MGH zaczęli badać

substancje, które czyniłyby ludzi mniej wrażliwymi na efekty podwyższonych stężeń adrenaliny.

Możemy też uznać, że Marsha jest nadwrażliwa na wspomnienia i że najlepszym leczeniem byłaby jakaś forma odczulania [51]. Po wielokrotnym odtwarzaniu szczegółów swojej traumy z terapeutą, jej biologiczne reakcje mogłyby ulec wytłumieniu na tyle, że zamiast wciąż na nowo przeżywać to wstrząsające doświadczenie, byłaby w stanie uświadomić sobie i przypomnieć, że „to było kiedyś, a teraz jest teraz".

Przez ponad sto lat każdy podręcznik psychologii i psychoterapii doradzał, że stresujące uczucia pomaga rozładować jakaś forma rozmowy o nich. Jednakże, jak już zauważyliśmy, doświadczenie traumy samo w sobie staje na przeszkodzie takiemu rozwiązaniu. Nieważne, jak wiele znajdziemy w sobie wglądu i zrozumienia, nasz racjonalny mózg z zasady nie jest zdolny do wyprowadzenia części emocjonalnej z jej własnej rzeczywistości. Wciąż zadziwia mnie, jak trudno jest ludziom, którzy przeszli przez niewysławialne doświadczenie, przekazać innym istotę tego przeżycia. O ileż łatwiej im mówić o tym, co im zrobiono – opowiedzieć historię prześladowania i zemsty – niż dostrzec, poczuć i nazwać swoje wewnętrzne odczucia.

W naszych obrazach ze skanera widać było, jak prześladująca ich groza trwała i ujawniała się w różnych, codziennych sytuacjach. Nie włączyli tych doświadczeń w strumień przepływającego życia. Wciąż byli „tam i wtedy" i nie wiedzieli, jak być „tu i teraz" – w pełni w teraźniejszości.

Trzy lata po tym, jak brała udział w naszym badaniu, Marsha przyszła do mnie jako pacjentka. Skutecznie pomogłem jej terapią EMDR, którą omówię w rozdziale 15.

CZĘŚĆ DRUGA

To twój mózg w czasie traumy

ROZDZIAŁ 4

Walka o życie: anatomia przetrwania

> Przed wynalezieniem mózgu we wszechświecie nie było dźwięków ani kolorów, ani żadnych smaków czy zapachów i prawdopodobnie niewiele wrażeń, i żadnych uczuć ani emocji. Przed erą mózgów wszechświat był też wolny od bólu i niepokoju.
>
> Roger Sperry [52]

11 września 2001 roku pięcioletni Noam Saul był świadkiem, jak pierwszy samolot wbijał się w wieże World Trade Center, mniej niż 500 metrów od okien jego klasy w szkole podstawowej 234. Razem z kolegami i nauczycielką zbiegli po schodach do hallu, gdzie większość wpadła w ramiona rodziców, którzy ledwie kilka chwil wcześniej zostawili ich na lekcje. Noam, jego starszy brat i ich ojciec byli tylko trojgiem z dziesiątków tysięcy ludzi, którzy salwowali się ucieczką przez gruzy, popiół i dym spowijający tego ranka dolny Manhattan.

Dziesięć dni później odwiedziłem jego rodzinę, a moich przyjaciół, i tego wieczora wyszedłem z rodzicami Noama na spacer w upiorną ciemność, przez wciąż dymiącą dziurę – miejsce, gdzie stała wieża nr 1. Odnajdowaliśmy drogę między pracującymi dwadzieścia cztery godziny na dobę zespołami ratowników, uwijającymi się w oślepiającym świetle łukowych lamp. Gdy wróciliśmy, Noam wciąż nie spał i pokazał mi obrazek, który namalował o dziewiątej rano 12 września. Rysunek pokazywał to, co chłopiec zobaczył dzień wcześniej: samolot wbijający się w wieżę, kulę ognia, strażaków i ludzi wyskakujących z okien budynku. Ale u dołu obrazka narysował coś innego: czarny krąg. Nie wiedziałem, co to jest, więc spytałem. „Trampolina”, odparł. Co tam robiła trampolina? „To po to, żeby następnym razem, jak ludzie będą musieli skakać, byli bezpieczni”, wyjaśnił chłopiec. Zupełnie mnie zatkało: ten pięciolatek, świadek niewyobrażalnej katastrofy, już po dwudziestu czterech godzinach od tego zdarzenia użył wyobraźni, żeby przetworzyć swoje doświadczenie i zaczął znów żyć.

Noam to szczęściarz. Jego rodzinie nic się nie stało, wyrósł otoczony miłością i potrafił ogarnąć fakt, że tragedia, której był świadkiem, już przeminęła. Podczas katastrof małe dzieci zwykle patrzą na to, jak zachowują się ich rodzice. Gdy pozostają spokojni i troszczą się o potrzeby malucha, ten zwykle przechodzi nawet najstraszniejsze zdarzenia bez większych blizn na duszy.

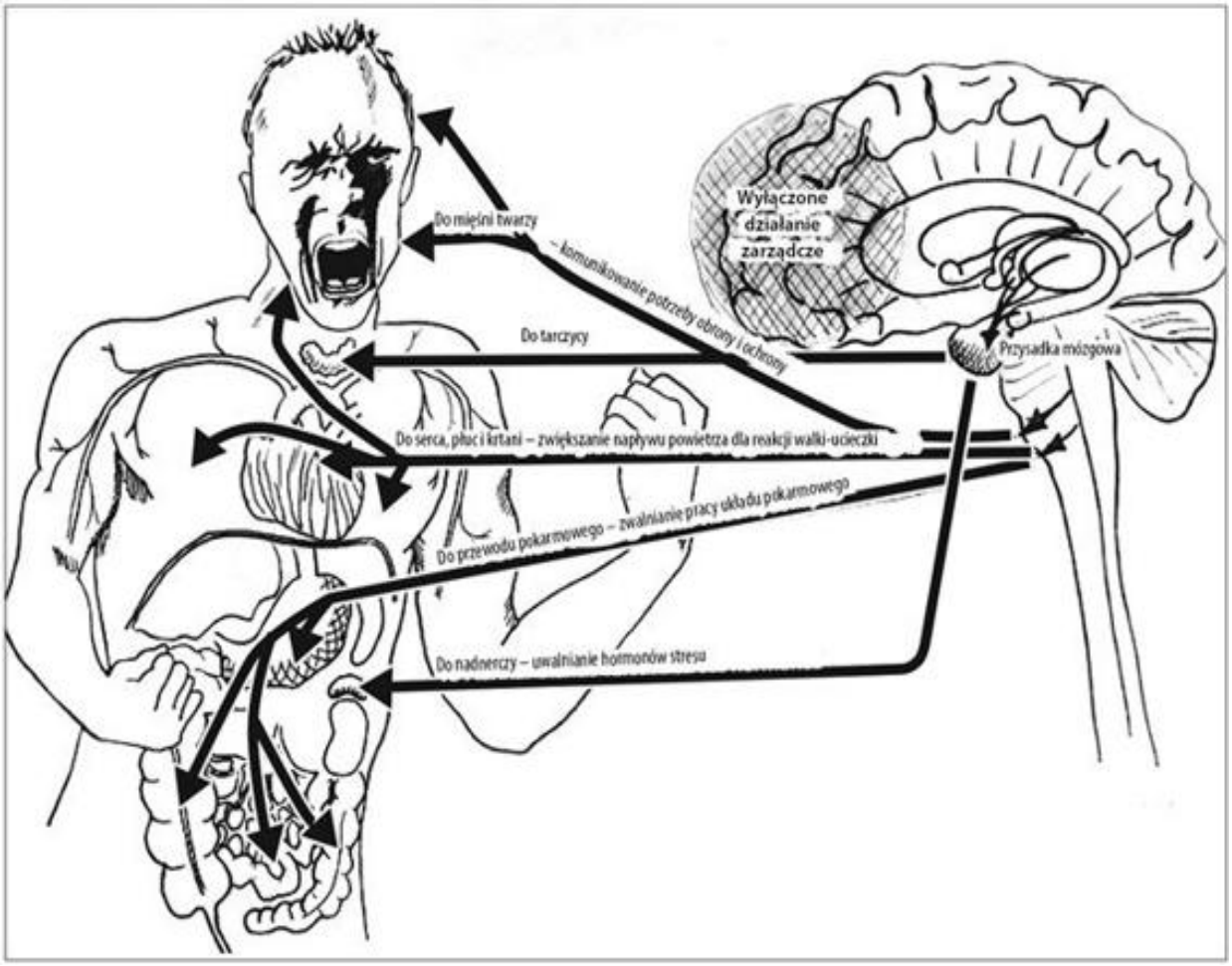


Rysunek pięcioletniego Noama zrobiony po tym, jak widział atak na wieże World Trade Center 11 września. Chłopiec przedstawił obraz prześladujący wielu ocalałych – ludzi wyskakujących z płonącego piekła; ale z ratującym życie dodatkiem: trampoliną u stóp walącego się budynku.

Doświadczenie Noama pozwala nam jednak dostrzec zarys dwóch głównych aspektów reakcji adaptacyjnej na zagrożenie, tak kluczowej dla przetrwania jednostki. W czasie katastrofy chłopiec mógł przyjąć aktywną postawę, uciekając z miejsca zagrożenia, sam był zatem sprawcą swego ocalenia. A gdy już dotarł do bezpiecznego domu,

alarmowy dzwonek w jego ciele i mózgu ucichł. To uwolniło jego umysł: mógł spróbować poukładać sobie w głowie to, co się stało, a nawet wymyślić kreatywną alternatywę dla tego, co zobaczył – ratującą życie trampolinę.

W przeciwieństwie do Noama osoby straumatyzowane utykają w przeszłości, przestają się rozwijać, bo nie potrafią budować swojego życia na nowych doświadczeniach. Byłem bardzo poruszony, gdy weterani armii Pattona dali mi na Boże Narodzenie wojskowy zegarek z II wojny światowej, ale było to smutne memento roku, w którym ich czas się zatrzymał: 1944. Straumatyzowanie oznacza, że organizuje się sobie życie tak, jakby trauma wciąż trwała – stała i niezmienna, jakby każde nowe spotkanie czy zdarzenie było skażone przeszłością.



Trauma wpływa na cały organizm – ciało, umysł i mózg. W PTSD ciało wciąż się broni przed zagrożeniem, które należy do przeszłości. Wyleczenie z urazu oznacza, że człowiek potrafi zakończyć tę stałą mobilizację, uwolnić się od stresu i przywrócić cały organizm do bezpiecznej równowagi.

Po przeżyciu traumy świat doświadczany jest przez inny, zmieniony układ nerwowy. Energia straumatyzowanego człowieka skupia się teraz na tłumieniu wewnętrznego chaosu kosztem spontanicznego zaangażowania w codzienne życie. Próba utrzymania kontroli nad reakcjami fizjologicznymi – często trudnymi do zniesienia, może doprowadzić do ujawnienia się licznych objawów chorobowych, takich jak fibromialgia (chroniczne bóle mięśni), przewlekłe zmęczenie i inne schorzenia autoimmunologiczne. Dlatego kluczowe w leczeniu traumy jest zaangażowanie całego organizmu: ciała, umysłu i mózgu.

Zaprogramowany na przetrwanie

Ilustracja na str. 71 pokazuje odpowiedź organizmu na zagrożenie. Gdy włącza się mózgowy układ alarmowy, automatycznie uruchamia zaprogramowane plany fizycznej ucieczki, kryjące się w najstarszych rejonach mózgu. Tak jak u innych zwierząt, nerwy i związki chemiczne tworzące podstawową strukturę naszego mózgu mają bezpośrednie połączenia z resztą ciała. Gdy stary mózg przejmuje kontrolę, częściowo wyłącza wyższe obszary i niejako zmusza ciało do ucieczki, ukrycia się, walki, a czasem zastygnięcia. Zanim w pełni zorientujemy się w sytuacji, nasze ciało już dawno podjęło decyzję. Jeśli reakcja walcz/uciekaj/zastygnij jest skuteczna i unikniemy niebezpieczeństwa, odzyskujemy wewnętrzną równowagę i stopniowo wracamy do siebie.

Jeśli z jakiegoś powodu prawidłowa odpowiedź jest zablokowana – na przykład gdy ludzie są w pułapce, unieruchomieni albo w inny sposób uniemożliwia im się podjęcie skutecznych działań – niezależnie od tego, czy chodzi o sytuację wojenną, wypadek samochodowy, przemoc domową czy gwałt, mózg nie przestaje wytwarzać substancji chemicznych związanych z reakcją stresową, a jego obwody elektryczne wciąż daremnie wysyłają sygnały [53]. Nawet gdy rzeczywiste zdarzenie dawno minęło, mózg może nadal sygnalizować ciału konieczność ucieczki przed zagrożeniem, którego już nie ma. Przynajmniej od 1989 roku, gdy francuski psycholog Pierre Janet opublikował pierwszy artykuł na temat stresu pourazowego [54], wiadomo, że osoby, które przeszły przez traumę, są podatne na „kontynuowanie działań, lub raczej (bezowocne) próby

podjęcia działań, zaczętych w chwili, gdy doszło do traumy". Dla określenia, czy straszne doświadczenie pozostawi po sobie długotrwałe blizny, kluczowe znaczenie ma możliwość poruszania się i podjęcia obrony. W tym rozdziale bardziej szczegółowo zajmę się odpowiedzią mózgu na traumę.

Im więcej neuronauka dowiaduje się o mózgu, tym bardziej przekonujemy się, że to niewiarygodnie skomplikowana sieć wzajemnych połączeń, zorganizowana tak, żeby pomóc nam przetrwać i rozkwitać. Musimy wiedzieć, jak poszczególne części współpracują ze sobą, by zrozumieć, w jaki sposób trauma wpływa na każdą z nich. To może być nieoceniony przewodnik, który pomoże rozwiązać zagadkę stresu pourazowego.



Skuteczne działanie przeciwko pełnemu znieruchomieniu. Skuteczne działanie (efekt reakcji walki lub ucieczki) kończy zagrożenie. Znieruchomienie utrzymuje ciało w stanie nieuniknionego wstrząsu i wyuczonej bezradności. W obliczu zagrożenia ludzie automatycznie wydzielają hormony stresu, które napędzają nas do oporu lub ucieczki. Mózg i ciało są zaprogramowane tak, by uciekać do domu, gdzie można odzyskać spokój, a hormony przestają buzować. U tych unieruchomionych mężczyzn ewakuowanych daleko od domu po huraganie Katrina stężenie hormonów stresu pozostaje podwyższone, a to obraca się przeciw ocalałym, wzbudzając w nich strach, depresję, wściekłość i fizyczne dolegliwości.

Mózg od podstaw

Najważniejszym zadaniem mózgu jest zapewnienie nam przetrwania, nawet w najgorszych warunkach. Wszystko inne jest wtórne. W tym celu mózg musi: (1) generować wewnętrzne sygnały, które rejestrują to, czego potrzebuje ciało: pożywienia, odpoczynku, seksu i schronienia; (2) tworzyć mapę świata, żeby wskazać nam, gdzie możemy zaspokoić te potrzeby; (3) generować energię niezbędną do

zabrania nas we wskazane miejsce; (4) ostrzegać nas przed niebezpieczeństwami, ale i uprzedzać o okazjach, jakie czekają po drodze; i (5) dopasowywać nasze działania, bazując na potrzebach chwili [55]. A ponieważ jesteśmy ssakami, stworzeniami, które mogą przeżyć i rozwijać się tylko w grupie, wszystkie te konieczności wymagają koordynacji i współpracy. Problemy psychologiczne pojawiają się, gdy nasze wewnętrzne sygnały nie działają, gdy mapy nie prowadzą nas tam, dokąd potrzebujemy się udać, gdy jesteśmy zbyt sparaliżowani, żeby się ruszyć, gdy nasze działania nie odpowiadają naszym potrzebom, albo gdy rozpadają się nasze relacje z innymi. Każda omawiana przeze mnie struktura w mózgu ma swoją rolę do odegrania w tych podstawowych funkcjach i – jak zobaczymy – trauma może niekorzystnie wpływać na każdą z nich.

Nasz racjonalny, myślący mózg to tak naprawdę najmłodsza jego część, wypełniająca tylko około 30 procent miejsca wewnątrz czaszki. Zajmuje się on przede wszystkim światem wokół nas: zrozumieniem tego, jak działają ludzie i rzeczy, wymyślaniem sposobów na osiągnięcie celów, zarządzaniem czasem i planowaniem działań w logicznej kolejności. Pod tą racjonalną częścią znajdują się dwa, ewolucyjnie starsze i do pewnego stopnia oddzielne, mózgi zawiadujące wszystkim innym: rejestrowaniem i obsługą fizjologii naszego ciała w czasie rzeczywistym; identyfikowaniem samopoczucia, bezpieczeństwa, zagrożeń, głodu, zmęczenia, pożądania, tęsknoty, podniecenia, przyjemności i bólu.

Mózg jest budowany od podstaw. Rozwija się warstwa po warstwie w każdym dziecku już w łonie matki, tak jak to robił w toku ewolucji. Najprymitywniejszy region, część, która działa już przy urodzeniu, to pierwotny, zwierzęcy mózg, zwany często gadzim. To pień mózgu, obszar tuż nad miejscem, w którym rdzeń kręgowy wnika do czaszki. Mózg gadzi odpowiada za wszystko, co potrafią niemowlęta: jedzenie, spanie, budzenie się, płacz, oddychanie; rejestruje temperaturę, głód, wilgoć z mokrej pieluszki i ból; uwalnia też ciało od toksyn poprzez wydalanie moczu i kału. Pień mózgu i zlokalizowane bezpośrednio nad nim podwzgórze wspólnie kontrolują poziom energii organizmu. Koordynują czynności serca i płuc, a także układu dokrewnego (endokrynnego) i odpornościowego (immunologicznego), zapewniając działanie tych podstawowych

systemów podtrzymywania życia we w miarę stabilnych granicach wewnętrznej równowagi, znanej pod nazwą homeostazy.

Oddychanie, jedzenie, spanie i wydalanie są czynnościami tak podstawowymi, że ich znaczenia często się nie docenia, gdy rozważamy złożoność umysłu i zachowań. Jednakże gdy źle śpisz albo masz problemy z jelitami, albo gdy ciągle jesteś głodny, albo gdy dotyk sprawia, że chcesz krzyczeć (a tak często się dzieje w przypadku straumatyzowanych dzieci i dorosłych), cały organizm zostaje wytrącony z równowagi. To zadziwiające, jak wiele problemów psychologicznych wywołuje trudności ze snem, z apetytem, trawieniem, dotykiem i pobudzeniem. Każde skuteczne leczenie traumy musi uwzględniać także te najbardziej podstawowe funkcje ciała.

Tuż nad gadzią częścią mózgu znajduje się układ limbiczny, znany też jako mózg ssaczy, bo posiadają go wszystkie zwierzęta żyjące w grupach i wychowujące swoje młode. Rozwój tej części mózgu zaczyna się po porodzie. To siedlisko emocji, monitor zagrożenia, sędzia tego, co jest przyjemne, a co przerażające, arbiter tego, co ważne, a co nieważne z punktu widzenia przeżycia. To także miejsce dowodzenia, które reaguje na wyzwania życia w naszych złożonych społecznościach.

Układ limbiczny kształtuje się w odpowiedzi na doświadczenia, we współpracy z genetycznym wyposażeniem niemowlęcia i jego wrodzonym temperamentem. (Wszyscy rodzice mający więcej niż jedno dziecko szybko zauważają, że dzieci od urodzenia różnią się intensywnością i rodzajem reakcji na podobne wydarzenia). Cokolwiek przydarzy się dziecku, składa się na emocjonalną i postrzeżeniową mapę świata, jaką tworzy rozwijający się mózg. Jak wyjaśnia to mój kolega, Bruce Perry, mózg kształtuje się w „sposób zależny od użytkownika” [56]. To inny sposób na określenie neuroplastyczności, stosunkowo świeżo odkrytej właściwości neuronów, w skrócie sprowadzającej się do tego, że komórki nerwowe, które „razem odpalają, sprzężają się ze sobą”. Gdy obwód nerwowy jest pobudzany w sposób powtarzalny, może to stać się jego „ustawieniem wyjściowym” – najbardziej prawdopodobną reakcją. Jeśli czujesz się bezpieczny i kochany, twój mózg zaczyna się specjalizować w eksploracji, zabawie i we współpracy; jeżeli

jesteś przestraszony i niechciany, zaczyna specjalizować się w zarządzaniu uczuciem strachu i opuszczenia.

Jako dzieci uczymy się o świecie, przemieszczając się, chwytając i czołgając, a wreszcie odkrywając, co się stanie, gdy zapłaczemy, uśmiechniemy się albo zaprotestujemy. Ciągle eksperymentujemy z naszym otoczeniem – jak nasze interakcje zmieniają odczucia naszego ciała? Przyjdź na jakieś urodziny dwulatki i zauważ, jak solenizantka będzie cię wciągać w zabawę i flirtować z tobą bez potrzeby angażowania mowy. Te wczesne doświadczenia wpływają na kształt układu limbicznego odpowiedzialnego za emocje i pamięć; jednak mogą go zmieniać także doświadczenia późniejsze: na lepsze – gdy znajdziemy na przykład bliskiego przyjaciela albo wspaniałą pierwszą miłość; na gorsze – gdy doświadczymy przemocy, zaniedbania albo bezlitosnego poniżania.

Mózg gadzi i układ limbiczny tworzą to, co będę nazywał w tej książce mózgiem emocjonalnym [57]. To centralna część ośrodkowego układu nerwowego, a jej głównym zadaniem jest dbanie o twoje dobro. Jeśli wykrywa zagrożenie albo specjalną okazję – na przykład obiecującego partnera – informuje cię o tym, uwalniając mieszankę hormonów. Towarzyszące temu głębokie, wewnętrzne odczucia (od niewielkiego zawrotu głowy po tamujący oddech atak paniki) zakłócają procesy myślowe i każą ci iść – zarówno dosłownie, jak i w przenośni – w zupełnie innym kierunku. Nawet gdy są bardzo łagodne, odczucia te mają przemożny wpływ na małe i duże decyzje, jakie podejmujemy przez całe życie: co wybieramy do jedzenia, gdzie i z kim lubimy spać, jaką wolimy muzykę, czy bardziej przypada nam do gustu uprawianie ogródka, czy śpiewanie w chórze, kogo lubimy, a kogo nie znosimy.

Budowa komórkowa i biochemia mózgu emocjonalnego są prostsze niż te w korze nowej, naszym mózgu racjonalnym. Dlatego ocenia on przychodzące informacje bardziej całościowo. W efekcie wyciąga wnioski na podstawie zgrubnych podobieństw, podczas gdy racjonalna część jest zorganizowana tak, by rozstrzygać skomplikowane kwestie. (Podręcznikowym przykładem jest odskakiwanie z przerażeniem na widok węża, tylko po to, by za chwilę zorientować się, że to jedynie zwinięta lina). Mózg emocjonalny inicjuje zaprogramowane pierwotnie strategie

ratunkowe, reakcję walki lub ucieczki. Te reakcje mięśniowe i fizjologiczne są automatyczne, wyzwalane bez wcześniejszego przemyślenia ani planowania z twojej strony. Twoja świadomość i racjonalność docierają na całą imprezę później, często długo po tym, jak zagrożenie minęło.

I wreszcie dochodzimy do najwyższej warstwy mózgu – kory nowej. Tę warstwę dzielimy z innymi ssakami, ale u nas, ludzi, jest ona o wiele grubsza. W drugim roku życia zaczynają się szybko rozwijać płaty czołowe, które tworzą główną część kory nowej. Starożytni filozofowie nazwali wiek siedmiu lat „wiekiem rozumu". Dla nas pierwsza klasa to preludium do rzeczy, które mają nadejść, życia zorganizowanego wokół możliwości płatów czołowych: spokojnego siedzenia w ławce, panowania nad zwieraczami, używania raczej słów niż pięści, rozumienia abstrakcyjnych symboli i idei oraz współpracy z nauczycielami i kolegami z klasy.

To płaty czołowe odpowiadają za naszą wyjątkowość w świecie zwierząt [58]. Pozwalają nam używać mowy i formułować abstrakcyjne myśli, przyswajać i integrować niewiarygodne ilości informacji i nadawać im znaczenie. Mimo że podniecamy się lingwistycznymi osiągnięciami szympansów i rezusów, tylko ludzie potrafią używać słów i symboli w sposób pozwalający na tworzenie społecznego, duchowego i historycznego kontekstu, który kształtuje nasze życie.

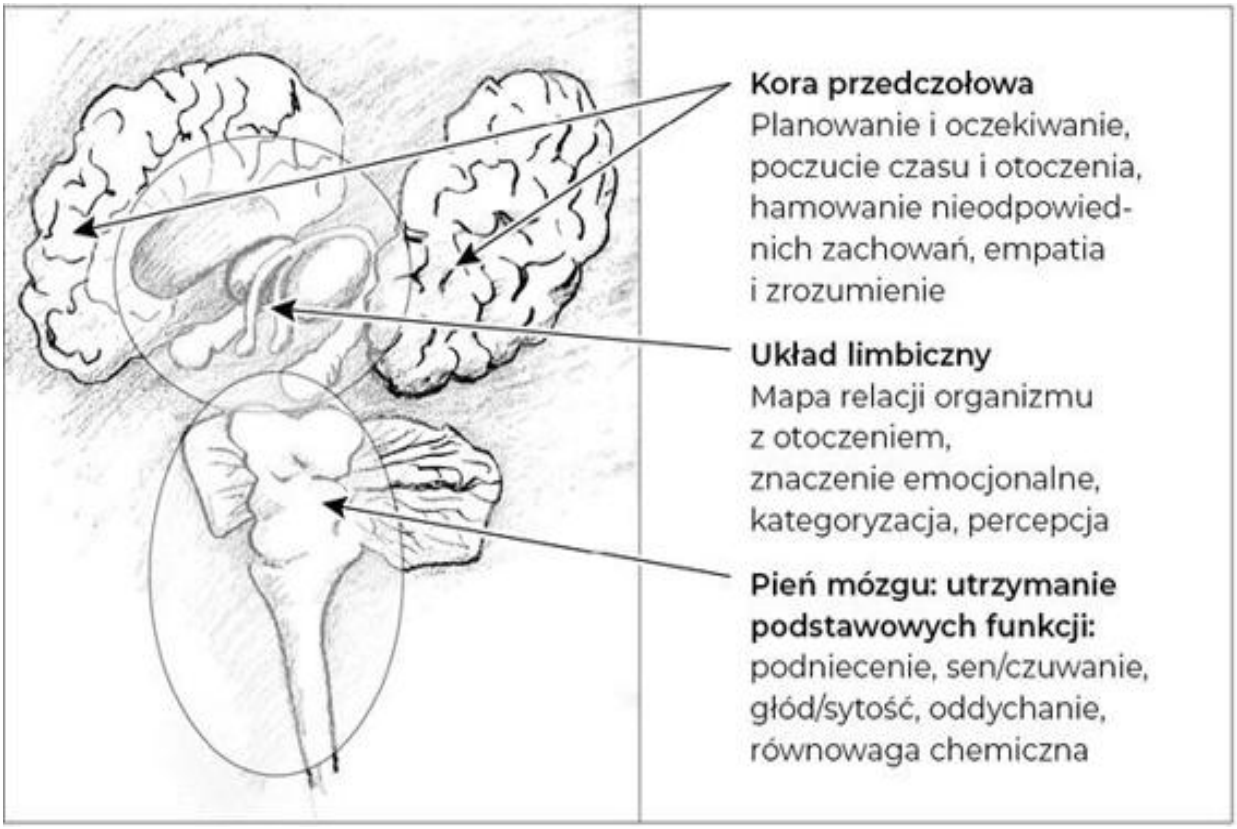
Płaty czołowe pozwalają nam na planowanie i refleksję, na wyobraźnię i odgrywanie przyszłych scenariuszy. Pomagają nam przewidzieć, co się stanie, jeśli wybierzemy jakieś działanie (na przykład złożymy podanie o pracę) albo zaniechamy innego (na przykład nie zapłacimy czynszu). To one umożliwiają dokonywanie wyborów i stoją za naszą zadziwiającą kreatywnością. Pokolenia płatów czołowych działających w ścisłej współpracy stworzyły kulturę, która przeniosła nas z dłubanek, powozów i listów do odrzutowców, samochodów hybrydowych i e-maili. I to one dały nam ratującą życie trampolinę Noama.

Odzwierciedlanie: Neurobiologia interpersonalna

Płaty czołowe, kluczowe dla zrozumienia traumy, są też siedliskiem empatii – naszej zdolności do wczucia się w kogoś innego. Jedno z naprawdę niewiarygodnych odkryć współczesnej neuronauki

zdarzyło się w 1994 roku, gdy dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności grupa włoskich naukowców zidentyfikowała w korze mózgowej wyspecjalizowane komórki, znane od tej pory jako neurony lustrzane [59]. Badacze wprowadzili elektrody do pojedynczych neuronów w korze przedruchowej małp, a potem na komputerze precyzyjnie śledzili, które z nich były aktywowane, gdy małpa podnosiła orzeszek albo chwytała banana. W pewnym momencie jeden z badaczy przypadkiem zerknął na ekran, kiedy wkładał smakołyki do pudełka. Elektrody w mózgu małpy rozjarzały się dokładnie w tych miejscach, gdzie zlokalizowane były neurony zawiadujące ruchami. Tyle że małpa nie jadła ani się nie poruszała. Obserwowała tylko badacza, a jej mózg pośrednio odzwierciedlał działania naukowca. Na całym świecie przeprowadzono wiele podobnych eksperymentów i wkrótce stało się jasne, że istnienie neuronów lustrzanych tłumaczy wiele aspektów umysłu, takich jak empatia, naśladownictwo, synchronizacja a nawet rozwój języka. Pewien pisarz porównał je do „neuronalnej sieci wi-fi” [60] – pozwalają oddać nie tylko ruchy, ale także stan emocjonalny i intencje drugiej osoby. Gdy ludzie „nadają na tej samej fali”, zwykle stoją lub siedzą w podobnej pozycji, a ich głosy przyjmują podobny rytm. Nasze neurony lustrzane czynią nas wrażliwymi także na negatywne emocje innych; reagujemy więc wściekłością na ich gniew, a ich depresja pociąga nasz nastrój w dół. Więcej o tych neuronach powiem w dalszej części książki, trauma bowiem niemal zawsze oznacza bycie niewidzianym, nienaśladowanym i niebranym pod uwagę. Leczenie musi reaktywować zdolność do bezpiecznego odzwierciedlania innych ludzi i do bycia przez nich odzwierciedlanym, ale jednocześnie odtworzyć umiejętność opierania się negatywnym emocjom innych. Każdy, kto pracował z osobami z uszkodzeniem mózgu albo zajmował się pacjentami z demencją, przekonał się na własnej skórze, że dobrze funkcjonujące płaty czołowe są kluczowe dla harmonijnych relacji z naszymi bliźnimi. Zdanie sobie sprawy, że inni mogą myśleć i czuć odmiennie od nas, to wielki krok w rozwoju dla dwu-, trzylatków. Uczą się rozumieć motywy innych, mogą więc bezpiecznie przebywać w grupach o odmiennych doświadczeniach, oczekiwaniach i wartościach. Bez elastycznych, aktywnych płatów czołowych ludzie stają się istotami kierowanymi przez nawyki, a ich

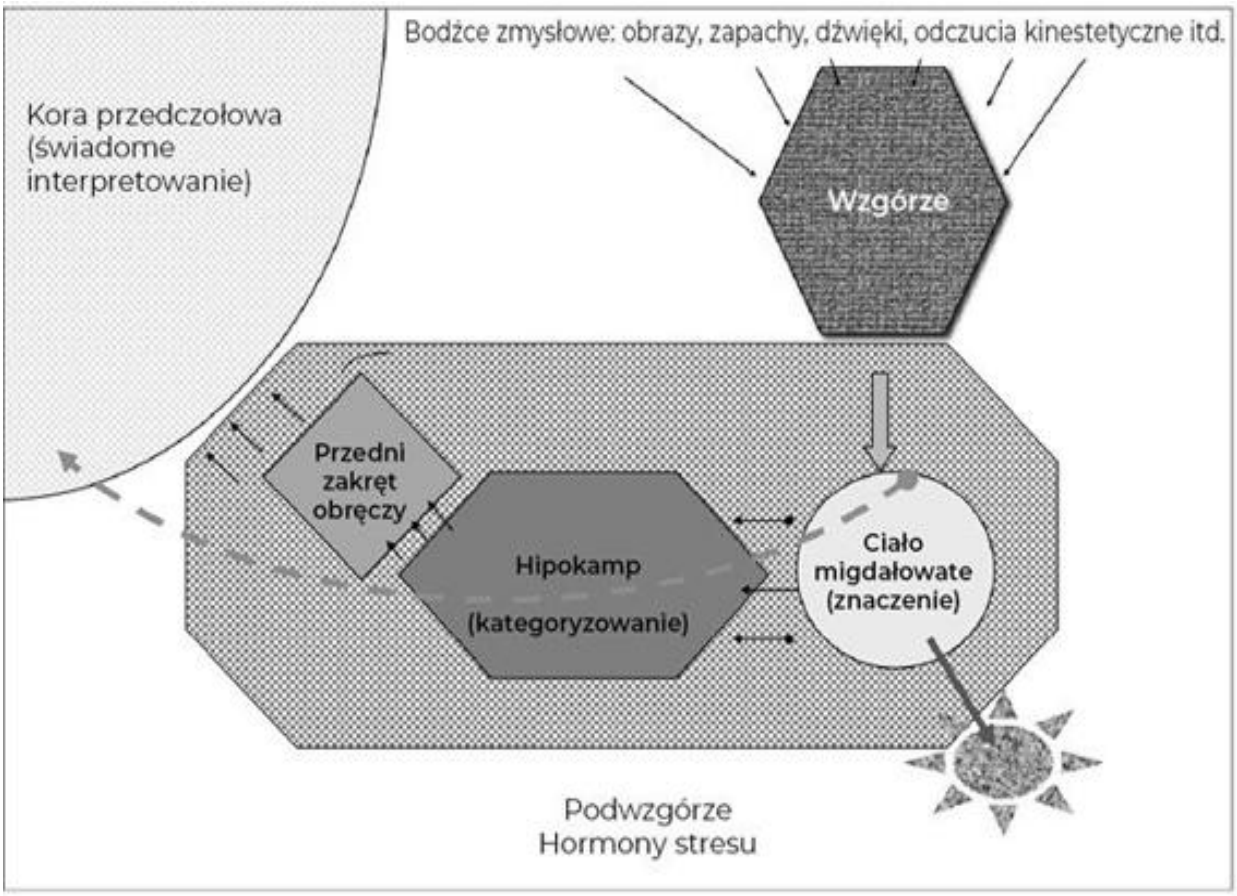
relacje są powierzchowne i rutynowe. Brak im inwencji i innowacyjności, zdolności do odkrywania i do zadziwienia się. Nasze płaty czołowe potrafią też (choć nie zawsze) powstrzymać nas przed zrobieniem czegoś, co mogłoby skrzywdzić innych albo przynieść nam wstyd. Nie musimy jeść za każdym razem, gdy zgłodniejemy, całować każdego, kto rozbudzi nasze pożądanie, ani wybuchać zawsze, kiedy się zdenerwujemy. Jednak to właśnie tu, na styku impulsów i zachowań akceptowalnych, rodzi się większość naszych kłopotów. Im silniejsze impulsy płyną „z trzewi" naszego emocjonalnego mózgu, tym trudniej jego racjonalnej części założyć na nie tłumik.



Potrójny mózg. Mózg rozwija się po kolei. Gadzia część powstaje w macicy i porządkuje podstawowe funkcje życiowe. Przez całe życie bardzo żywo reaguje na zagrożenia. Układ limbiczny rozwija się głównie w ciągu pierwszych sześciu lat życia, ale ewoluuje i później, w sposób „zależny od użytkownika". Trauma może znacząco wpływać na jego funkcjonowanie w ciągu całego życia. Ostatnia rozwija się kora przedczołowa i też ma na nią wpływ narażenie na traumatyczne doświadczenia, na przykład uniemożliwiając efektywne filtrowanie nieznaczących informacji. Przez całe życie jest podatna na wyłączanie się w obliczu zagrożenia.

Rozpoznawanie niebezpieczeństwa: kucharz i wykrywacz dymu

Niebezpieczeństwo jest częścią życia, a mózg potrafi wykrywać zagrożenie i organizować naszą na nie odpowiedź. Informacje zmysłowe o świecie zewnętrznym docierają do mózgu przez oczy, nos, usta i skórę. Wszystkie wrażenia łączą się we wzgórzu, obszarze będącym częścią układu limbicznego, który jest niczym kucharz mózgu. Miesza docierające z zewnątrz bodźce, ucierając je w autobiograficzną zupę, zintegrowane, spójne doświadczenie mówiące: „to jest to, co mi się przydarza” [61]. Potem wrażenia są przesyłane w dwóch kierunkach: w dół, do ciała migdałowatego, dwóch niewielkich struktur o kształcie, no tak, migdała, leżących głębiej w nieświadomym układzie limbicznym, i w górę, do płatów czołowych, gdzie docierają do naszej świadomości. Neurolog Joseph LeDoux nazywa ścieżkę do ciała migdałowatego „drogą dolną”, która jest niezwykle szybka, zaś tę do kory czołowej „drogą górną”, która trwa sporo milisekund dłużej, i to w trakcie wszechogarniającego zagrożenia. Tyle że przetwarzanie informacji przez wzgórze może się zepsuć. Obrazy, dźwięki, zapachy i wrażenia dotykowe są wtedy kodowane jako izolowane, rozproszone dane, a normalne przetwarzanie informacji pamięciowych ulega dezintegracji. Czas staje w miejscu, więc bieżące zagrożenie jest odbierane tak, jakby miało trwać przez wieki.



Mózg emocjonalny ma pierwszeństwo w interpretacji przychodzących informacji. Zmysłowe informacje o otaczającym środowisku i stanie ciała, otrzymywane dzięki oczom, uszom, zmysłowi dotyku, czucia głębokiego itp., zbiegają się we wzgórzu, tam są obrabiane i przesyłane dalej, do ciała migdałowatego, które interpretuje ich znaczenie emocjonalne. Wszystko dzieje się z prędkością błyskawicy. Jeśli wykrywane jest zagrożenie, ciało migdałowate wysyła sygnały do wzgórza, by zaczęło wydzielać hormony stresu, które mają bronić przed tym niebezpieczeństwem. Neurolog Joseph LeDoux nazywa tę ścieżkę „drogą dolną". Drugi szlak neuronalny, „droga górna", biegnie od wzgórza przez hipokamp i przedni zakręt obręczy do kory przedczołowej – mózgu racjonalnego – po świadomą i o wiele doskonalszą interpretację. To zajmuje sporo mikrosekund dłużej. Jeśli interpretacja zagrożenia w ciele migdałowatym będzie zbyt intensywna, a układ filtrowania informacji w wyższych obszarach mózgu – zbyt słaby, jak to się często dzieje w PTSD, ludzie stracą kontrolę nad automatycznymi reakcjami na zagrożenie, takimi jak przedłużające się znieruchomienie albo wybuch agresji.

Głównym zadaniem ciała migdałowatego, które nazywam mózgowym czujnikiem dymu, jest określenie, czy docierające doń informacje mają znaczenie dla naszego przeżycia [62]. Robi to naturalnie i automatycznie, z pomocą hipokampa, leżącej nieopodal struktury umiejscawiającej nowe bodźce względem przeszłych doświadczeń.

Jeśli ciało migdałowate wykrywa niebezpieczeństwo – potencjalną kolizję z nadjeżdżającym samochodem albo przechodnia, który wygląda groźnie – natychmiast wysyła wiadomość do podwzgórza i pnia mózgu, włączając układ hormonów stresu i autonomiczny układ

nerwowy (AUN) w zorganizowaną odpowiedź organizmu. Ponieważ ciało migdałowate przetwarza informacje otrzymane ze wzgórza szybciej niż płaty czołowe, to ono decyduje, czy przychodzące informacje stanowią zagrożenie dla naszego przeżycia, jeszcze zanim świadomie zdamy sobie sprawę z niebezpieczeństwa. Nim zorientujemy się, co się dzieje, nasz organizm może już reagować. Sygnały o zagrożeniu płynące z ciała migdałowatego powodują wyrzut silnych hormonów stresu, w tym kortyzolu i adrenaliny; one z kolei przyspieszają bicie serca, podnoszą ciśnienie krwi i przyspieszają oddech, przygotowując nas do walki lub ucieczki. Gdy niebezpieczeństwo mija, ciało stosunkowo szybko wraca do stanu wyjściowego. Jeśli jednak ścieżka powrotu jest zablokowana, organizm szykuje się do obrony. Ludzie stają się podnieceni i pobudzeni.

Choć wykrywacz dymu zwykle jest niezły w wykrywaniu oznak zagrożenia, trauma zwiększa ryzyko błędnej interpretacji. Z innymi ludźmi można się dogadywać, tylko jeśli prawidłowo oceniamy, czy ich intencje są pokojowe, czy nieprzyjazne. Nawet niewielka pomyłka może prowadzić do bolesnych nieporozumień w relacjach rodzinnych i zawodowych. Dobre funkcjonowanie w złożonym środowisku pracy albo w domu wypełnionym hałaśliwą gromadą dzieci wymaga umiejętności szybkiej oceny samopoczucia ludzi wokół nas i ciągłego dostosowywania własnych zachowań do obserwowanych zmian. Zepsuty system alarmowy prowadzi do wybuchów gniewu albo wycofania w reakcji na całkiem niewinną uwagę czy wyraz twarzy.

Kontrolowanie reakcji na stres: wieża obserwacyjna

Jeśli ciało migdałowate jest detektorem dymu, to o płatach czołowych (a szczególnie o środkowej korze przedczołowej – MPFC [63], zlokalizowanej bezpośrednio nad oczami) warto myśleć jak o wieży obserwacyjnej dającej z wysoka świetną perspektywę na wszystko, co się dzieje. Czy dym, który czujesz, to znak, że twój dom się pali i musisz z niego jak najszybciej uciekać, czy może to tylko przypalony stek, który za długo został na kuchence?

Ciało migdałowate nie dokonuje takich ocen; ono po prostu przygotowuje cię do walki lub ucieczki, zanim płaty czołowe zdążą przeanalizować sytuację. Jeśli tylko nie jesteś zbyt wzburzony, płaty

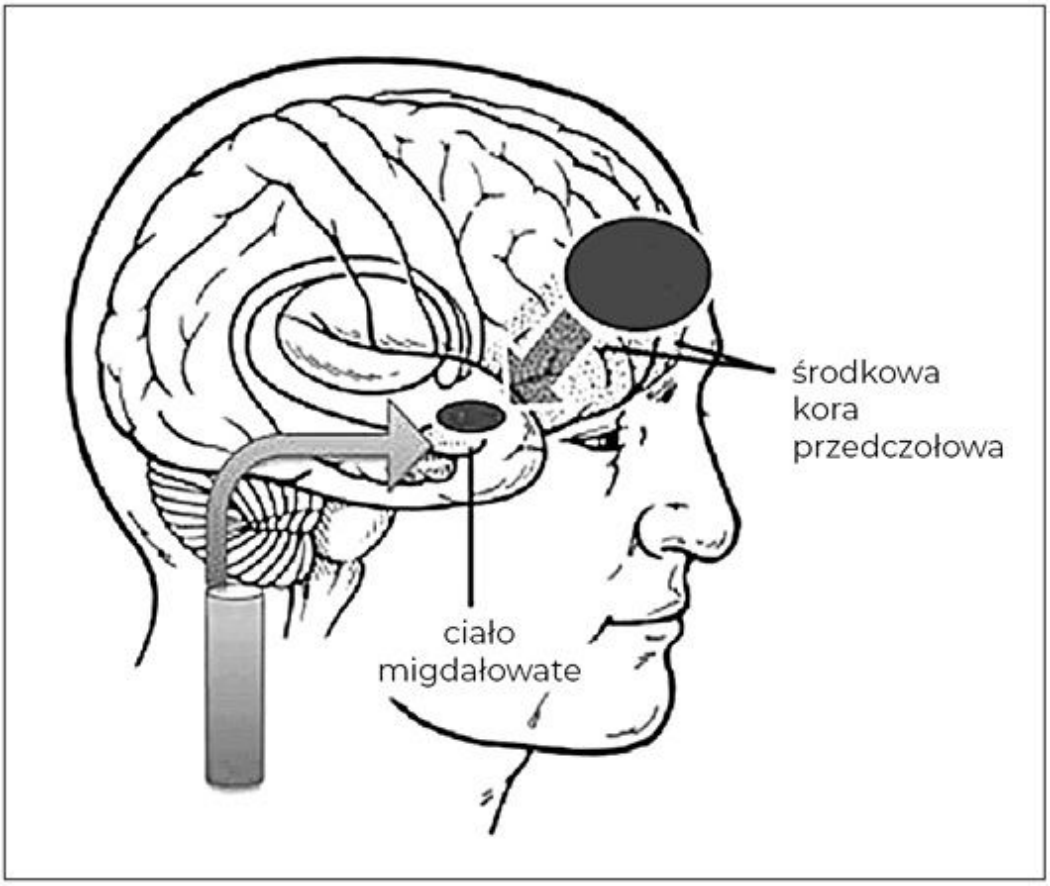
czołowe mogą przywrócić równowagę, pomagając ci zrozumieć, że reagujesz na fałszywy alarm, i zatrzymując stresową reakcję.

Na ogół zdolności zarządcze kory przedczołowej pozwalają ludziom na obserwację tego, co się dzieje, przewidywanie tego, co się wydarzy, jeśli podejmą określone działanie, i dokonanie świadomego wyboru. Zdolność do spokojnej i obiektywnej analizy myśli, uczuć i emocji (zdolność, którą w tej książce nazywam uważnością) i do wstrzymania się z reakcją pozwala świadomemu, racjonalnemu mózgowi na hamowanie, organizowanie i modulowanie automatycznych reakcji zaprogramowanych w jego emocjonalnej części. Ta umiejętność jest kluczowa dla zachowania dobrych relacji z bliźnimi. Jak długo płaty czołowe działają prawidłowo, raczej nie wybuchamy za każdym razem, gdy kelner spóźni się z zamówieniem albo agent ubezpieczeniowy nie zechce przyjąć naszego zgłoszenia. (Nasza wieża obserwacyjna mówi nam też, że gniew i groźby innych ludzi to wypadkowa ich stanu emocjonalnego). Gdy ten system się sypie, stajemy się niczym uwarunkowane zwierzęta: w chwili, gdy czujemy niebezpieczeństwo, automatycznie wchodzimy w tryb „walcz lub uciekaj”.

W PTSD radykalnie zmienia się podstawowa równowaga między ciałem migdałowatym (detektorem dymu) a MPFC (wieżą obserwacyjną), co sprawia, że o wiele trudniej jest kontrolować emocje i popędy. W badaniach z wykorzystaniem neuroobrazowania u osób bardzo pobudzonych emocjonalnie widać, że silny strach, smutek czy gniew aktywują podkorowe ośrodki zaangażowane w emocje i znacznie obniżają aktywność rozmaitych obszarów w obrębie płatów czołowych, szczególnie MPFC. Gdy to się dzieje, hamujące zdolności płatów czołowych znikają, a ludzie „odchodzą od zmysłów”: mogą zamrzeć w odpowiedzi na głośniejszy dźwięk, wściec się w reakcji na najmniejsze niepowodzenie albo znieruchomieć, gdy ktoś ich dotknie [64].

Skuteczne radzenie sobie ze stresem zależy od osiągnięcia równowagi między działaniem detektora dymu a pracą wieży obserwacyjnej. Jeśli chcesz lepiej panować nad emocjami, twój mózg daje ci do wyboru dwie drogi: możesz opanować je odgórnie albo oddolnie. Znajomość różnicy między tymi dwoma mechanizmami jest podstawowa dla zrozumienia i leczenia stresu pourazowego.

Odgórna regulacja obejmuje wzmocnienie zdolności wieży do monitorowania odczuć ciała. Pomagają w tym uważność, medytacja i joga.



Odgórnie czy oddolnie. Struktury mózgu emocjonalnego decydują o tym, co postrzegamy jako bezpieczne lub groźne. System wykrywania zagrożeń można zmienić na dwa sposoby: odgórnie, poprzez modulowanie przekazów ze środkowej kory przedczołowej (nie samej kory przedczołowej), albo oddolnie, poprzez gadzi mózg, przez oddech, ruch i dotyk

Oddolna regulacja oznacza przekalibrowanie autonomicznego układu nerwowego, który – jak to już wiemy – bierze swój początek w pniu mózgu. Do AUN możemy dotrzeć poprzez oddech, ruch albo dotyk. Oddychanie to jedna z nielicznych funkcji organizmu pozostająca zarówno pod kontrolą świadomości, jak i odruchów nieświadomych. W części piątej tej książki zajmiemy się szczegółowo technikami wzmacniającymi tak regulację odgórną, jak i oddolną.

Koń i jeździec

Chciałbym teraz podkreślić, że emocje nie są przeciwstawne rozumowi; nasze uczucia przypisują wartość doświadczeniom, są

więc podstawą rozumowania. Nasze doświadczenie siebie to produkt równowagi między racjonalną a emocjonalną częścią mózgu. Gdy współpracują, czujemy się sobą. Jednak gdy chodzi o przetrwanie, mogą działać stosunkowo niezależnie.

Powiedzmy, że jedziesz samochodem, gawędząc z przyjaciółką, i nagle kątem oka dostrzegasz wyłaniającą się zza rogu ciężarówkę. Natychmiast przerywasz rozmowę, dajesz po hamulcach i skręcasz, żeby uniknąć zderzenia. Jeśli te instynktowne reakcje uchroniły was od stłuczki, możesz podjąć konwersację tam, gdzie ją przerwałaś. To, czy potrafisz to zrobić, zależy w głównej mierze od tego, jak szybko twoje wnętrze się uspokaja.

Neurolog Paul MacLean, twórca koncepcji trójpodziału mózgu, którą przedstawiłem wcześniej, porównuje związek między racjonalną a emocjonalną częścią mózgu do relacji między mniej lub bardziej sprawnym jeźdźcem a jego narowistym koniem [65]. Jak długo pogoda jest dobra, a droga gładka, jeździec czuje, że ma pełną kontrolę. Jednak nieoczekiwany dźwięk albo zagrożenie ze strony innych zwierząt mogą sprawić, że koń się spłoszy, a jeździec – żeby nie spaść – będzie musiał z całych sił trzymać się grzbietu. Podobnie jest, gdy ludzie czują, że walczą o przeżycie, albo gdy są owładnięci gniewem, tęsknotą czy pożądaniem; przestają wówczas słuchać głosu rozsądku i nie ma sensu z nimi dyskutować.

Za każdym razem, gdy układ limbiczny decyduje, że coś jest kwestią życia lub śmierci, połączenia między nim a płatami czołowymi stają się wyjątkowo wątłe.

Psycholodzy zwykle próbują pomóc ludziom uzyskać wgląd i zrozumienie zachowań, żeby mogli nimi zarządzać. Jednak neuronauka wskazuje, że tylko nieliczne problemy psychologiczne są skutkiem niewłaściwego zrozumienia; większość bierze swój początek w głębiej położonych częściach mózgu, zawiadujących naszym postrzeganiem i koncentracją. Gdy układ alarmowy mózgu emocjonalnego nie przestaje sygnalizować niebezpieczeństwa, nie stłumi go żadna, nawet największa ilość wglądu. Przypomina mi się tu komedia, w której siedmiokrotny recydywista opowiada w programie zarządzania gniewem o zaletach technik, których się tam nauczył: „Są świetne i działają naprawdę super – dopóki nie jesteś rzeczywiście wkurzony”.

Kiedy mózg emocjonalny kłóci się z racjonalnym (tak jak w sytuacji, gdy jesteśmy wściekli na kogoś, kogo kochamy, boimy się osoby, od której jesteśmy zależni albo pożądamy kogoś poza naszym zasięgiem), zaczynają się wewnętrzne przepychanki. Bitwa toczy się głównie na polu wewnętrznych wrażeń – z jelit, płuc, serca – i wywołuje zarówno fizyczny dyskomfort, jak i problemy psychiczne.

W rozdziale szóstym omówimy interakcje mózgu i trzewi w sytuacjach bezpieczeństwa i zagrożenia, ma to bowiem kluczowe znaczenie dla zrozumienia licznych fizjologicznych przejawów traumy.

Rozdział ten chciałbym zakończyć omówieniem dwóch skanów mózgu ilustrujących niektóre z podstawowych elementów stresu pourazowego: ponowne przeżywanie bez końca; ponowne doświadczanie obrazów, dźwięków i emocji oraz dysocjację (wyparcie, poczucie odrealnienia, wybiórcza niepamięć).

Mózgi Stana i Ute w traumie

Pewnego pogodnego wrześniowego poranka 1999 roku Stan i Ute Lawrence, para czterdziestoletnich profesjonalistów, wyruszyli z domu w London, Ontario, na biznesowe spotkanie w Detroit. W połowie drogi wjechali nagle w obszar gęstej mgły zmniejszającej widoczność do zera. Stan natychmiast wcisnął hamulec i zatrzymał się w poprzek autostrady, usiłując uniknąć zderzenia z wielką ciężarówką. Osiemnastokołowiec dosłownie frunął na ich auto; potem kolejne samochody wjeżdżały w nich i w siebie nawzajem. Ludzie, którym udało się wydostać, ginęli pod kołami w trakcie prób ucieczki. Przeszywający odgłos miażdżonych blach zdawał się nie mieć końca – z każdym odgłosem uderzenia, z każdym kolejnym wstrząsem Stan i Ute myśleli, że ten ich w końcu zabije. Byli uwięzieni w trzynastym z osiemdziesięciu siedmiu samochodów, które zostały zniszczone w największej katastrofie drogowej w historii Kanady [66].

A potem nastała nieziemska cisza. Stan szarpał się, by otworzyć drzwi albo okno, ale wielki TIR, który zmiażdżył ich auto, dosłownie je zakleszczył. Nagle ktoś zaczął uderzać w dach. Jakaś dziewczynka krzyczała: „Zabierzcie mnie stąd! Palę się!”. Bezradnie patrzyli, jak ginie w płonącym samochodzie. Następną rzeczą, jaką zapamiętali, był kierowca ciężarówki stojący na dachu ich wozu z gaśnicą. Rozbił nią okno, by ich uwolnić, i Stan wyczołgał się na zewnątrz. Gdy się

odwrócił, by pomóc żonie, zobaczył, że Ute dosłownie zastygła w swoim fotelu. Razem z kierowcą ciężarówki wyciągnął ją z auta, a potem karetka zabrała ich na izbę przyjęć. Poza kilkoma skaleczeniami okazało się, że fizycznie nic im się nie stało.

Tej nocy w domu ani Stan, ani Ute nie chcieli zasnąć. Czuli, że jeśli stracą kontrolę, umrą. Byli rozdrażnieni, nerwowi, na krawędzi wybuchu. Przez kolejne noce upijali się winem, żeby stłumić swój strach. Nie mogli powstrzymać prześladujących ich obrazów ani pytań, które pozostawały bez odpowiedzi: Co by się stało, gdyby wyruszyli wcześniej? Gdyby nie zatrzymali się, żeby zatankować? Po trzech miesiącach takich męczarni zgłosili się po pomoc do doktor Ruth Lanius, psychiatry z University of Western Ontario.

Doktor Lanius, moja była studentka z Trauma Center, powiedziała Stanowi i Ute, że przed rozpoczęciem terapii chciałaby obejrzeć ich mózgi w czynnościowym rezonansie magnetycznym (fMRI). To badanie mierzy aktywność komórek nerwowych poprzez śledzenie zmian przepływu krwi w mózgu i w przeciwieństwie do badania PET, nie wymaga ekspozycji na promieniowanie. Doktor Lanius wykorzystała tę samą metodę scenariuszową, której i my używaliśmy na Harvardzie, zapisując obrazy, dźwięki, zapachy i inne wrażenia, jakich Stan i Ute doświadczyli, gdy byli uwięzieni w rozbitym aucie.

Pierwszy był Stan i od razu przeniósł się do tamtego wydarzenia, tak jak Marsha w naszym harwardzkim eksperymencie. Wyszedł ze skanera spocony, z łomocącym sercem i ciśnieniem niemal poza skalą. „Tak właśnie się czułem podczas wypadku”, opisywał. „Byłem pewien, że zginę, i nie mogłem nic zrobić, żeby się ocalić”. Zamiast wspominać wypadek jak coś, co zdarzyło się przed trzema miesiącami, mężczyzna przeżywał go na nowo.

Dysocjacja i ponowne przeżywanie

Istotą traumy jest dysocjacja. Przytłaczające doświadczenie jest rozbijane na fragmenty, tak że emocje, dźwięki, obrazy, myśli i fizyczne doznania zaczynają żyć własnym życiem. Zmysłowe fragmenty wspomnień wciskają się w teraźniejszość, gdzie są ponownie przeżywane. Tak długo, jak nie uda się z traumą uporać, hormony stresu uwalniane przez ciało dla ochrony nadal krążą we krwi, a reakcje obronne i emocjonalne są wciąż od nowa odgrywane.

Tyle że w przeciwieństwie do Stana, wiele osób może nie zdawać sobie sprawy ze związku między ich „szalonymi” uczuciami i reakcjami a traumatycznymi zdarzeniami, które są stale odtwarzane. Nie mają pojęcia, dlaczego reagują na drobne nieprzyjemności tak, jakby za chwilę mieli zostać unicestwieni. Flashbacki, czyli nawroty wspomnień i przeżywanie wciąż na nowo raniących zdarzeń, są pod wieloma względami gorsze od pierwotnej traumy. Ta ma swój początek i koniec – w pewnym momencie ustaje. Ale osoby z PTSD w każdej chwili, we śnie czy na jawie, mogą doświadczyć flashbacku. Nie są w stanie przewidzieć, kiedy do niego dojdzie ani jak długo będzie on trwać. Ludzie cierpiący z powodu nawracających wspomnień często tak organizują swoje życie, żeby się przed nimi chronić. Mogą spędzać godziny na siłowni, wyciskając ciężary (z poczuciem, że nigdy nie będą wystarczająco silni), odurzać się narkotykami albo podsycać w sobie złudne poczucie kontroli, angażując się w wysoce niebezpieczne działania (skoki na bungee, wyścigi motocyklowe albo praca kierowcy karetki pogotowia). Ciągła walka z niewidzialnym zagrożeniem wyczerpuje i pozostawia z poczuciem zmęczenia, znużenia i depresji. Jeśli elementy traumatycznej sytuacji są przeżywane na nowo, towarzyszące temu hormony stresu sprawiają, że wspomnienia te jeszcze głębiej zapadają w pamięć.

Zwyczajne, codzienne zdarzenia stają się coraz mniej pociągające. Osoby te nie potrafią w pełni przeżywać tego, co dzieje się tu i teraz, nie mogą więc naprawdę poczuć, że żyją. Z czasem coraz trudniej im odczuwać radości i smutki zwyczajnego życia, koncentrować się na bieżących zadaniach. Nie żyjąc teraźniejszością, stają się coraz bardziej uwięzione w przeszłości.

Wyzwalane reakcje mogą być różne. Weterani mogą na najmniejszy bodziec – jak wpadnięcie w dziurę na drodze czy zobaczenie dziecka bawiącego się na ulicy – zareagować tak, jakby znajdowali się w strefie wojny. Łatwo wywołać u nich poczucie zagrożenia, na które reagują wściekłością lub odrętwieniem. Ofiary molestowania seksualnego w dzieciństwie mogą tłumić swoją seksualność, a potem czuć ogromny wstyd, gdy wrażenia lub obrazy przywołujące wspomnienia molestowania wywołują u nich podniecenie, nawet jeśli takie wrażenia należą do naturalnych

przyjemności związanych z poszczególnymi częściami ciała. Jeśli osoby, które przeszły traumę, są zmuszane do opowiadania o swoich przeżyciach, u jednych wzrasta ciśnienie, u innych pojawiają się migrenowe bóle głowy. Jeszcze inne mogą się zamknąć emocjonalnie i nie odczuwać żadnych widocznych zmian, ale w laboratorium bez problemu wykryjemy u nich palpitacje serca czy wyrzut hormonów stresu.

Te reakcje są irracjonalne i w dużej mierze pozostają poza świadomą kontrolą. Intensywne i ledwie kontrolowane impulsy i uczucia sprawiają, że ludzie czują się, jakby wpadali w obłęd, jakby przestawali należeć do ludzkiej rasy. Uczucie odrętwienia na przyjęciach urodzinowych własnych dzieci albo w reakcji na śmierć kogoś bliskiego sprawia, że osoby te czują się potworami. Dominującym uczuciem zaczyna być wstyd, a głównym zadaniem – ukrywanie prawdy.

Ludzie ci rzadko zdają sobie sprawę ze źródeł swojego wyalienowania. I tu właśnie wkracza terapia – jest początkiem przywoływania uczuć wywołanych traumą i możliwości ich odczuwania, zdolności do obserwowania siebie „online", w czasie rzeczywistym. Trzeba jednak pamiętać, że wykrywający zagrożenia system w mózgu się zmienił, a reakcje fizyczne są dyktowane tym, co zaprogramowano w przeszłości.

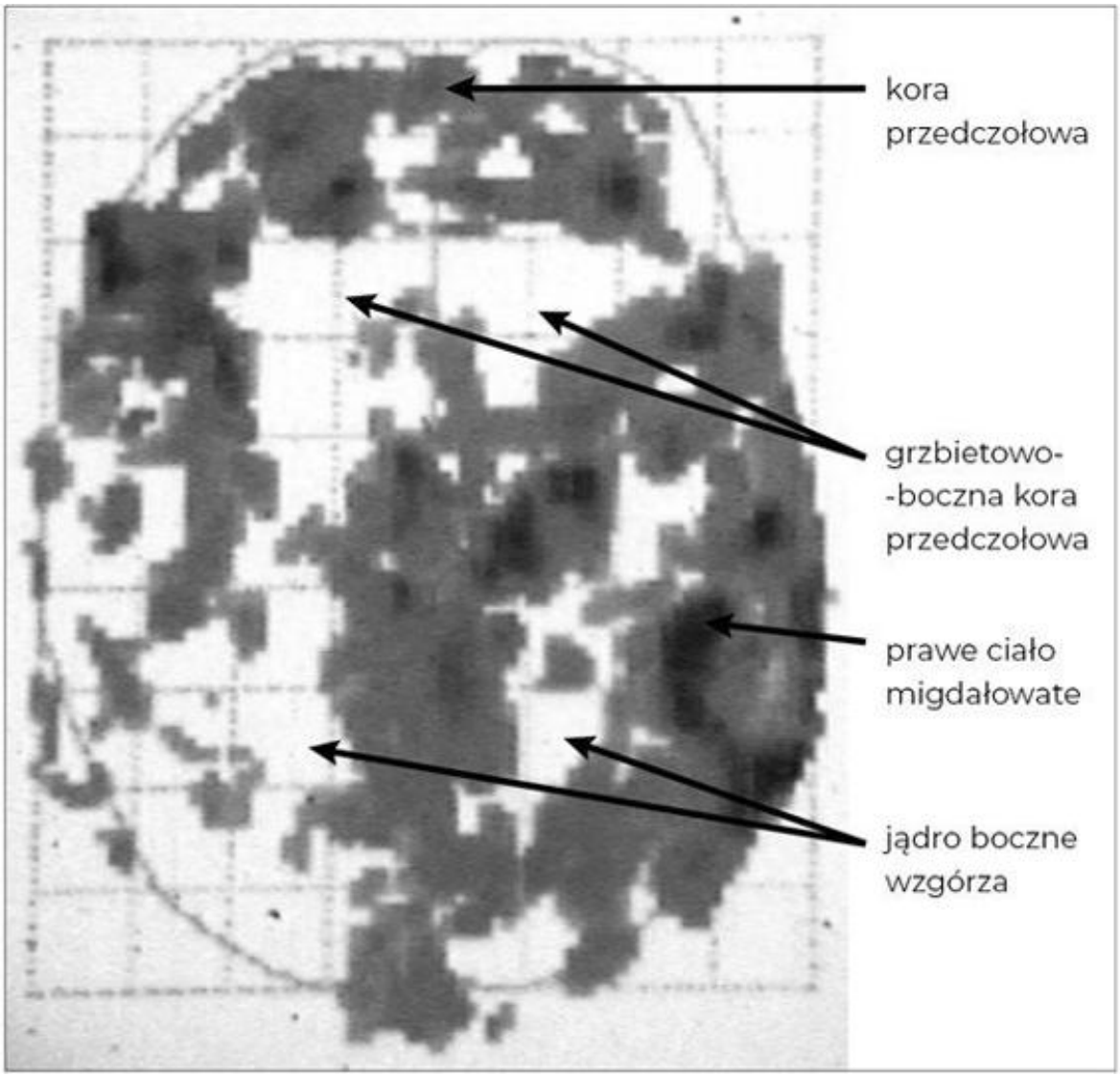
Trauma, która zaczęła się „kiedyś", jest odgrywana dziś, na polu walki, jakim jest ich własne ciało, zwykle bez świadomego związku między tym, co stało się kiedyś, a tym, co dzieje się wewnątrz nich tu i teraz. Wyzwaniem jest nie tyle nauczenie się akceptacji straszliwych rzeczy, jakie zdarzyły się w przeszłości, ile osiągnięcie kontroli nad wewnętrznymi odczuciami i emocjami. Wyczucie, nazwanie i poznanie tego, co dzieje się w nas, to pierwszy krok do odzyskania siebie.

Nadreaktywny detektor dymu

Skan mózgu Stana pokazuje flashback w pełnej krasie. Tak właśnie od strony mózgu wygląda ponowne przeżywanie traumy: jasne obszary w dolnym prawym rogu, zupełnie ciemny obszar u dołu po lewej stronie i cztery symetryczne białe dziury wokół środka obrazu.

(Możecie rozpoznać aktywne ciało migdałowate i wyłączony lewy mózg jak z harwardzkiego badania omawianego w rozdziale trzecim).

Ciało migdałowate Stana nie rozróżniało między przeszłością a teraźniejszością. Rozjarzało się dokładnie tak, jakby do wypadku dochodziło w skanerze, i wywoływało potężny wyrzut hormonów stresu oraz odpowiedź układu nerwowego. To ono było odpowiedzialne za pocenie się i drżenie, za tłukące się w piersi serce i za wysokie ciśnienie: reakcje zupełnie normalne i potencjalnie ratujące życie w sytuacji, gdy w twój samochód właśnie rąbnęła ciężarówka.



Flashback w fMRI. Proszę zauważyć, o ile bardziej aktywna jest prawa strona mózgu.

Każdy powinien mieć skuteczny detektor dymu: nikt nie chciałby przecież być zaskoczonym przez pożar. Ale jeśli wpadasz w panikę za każdym razem, gdy poczujesz dym, może ci to zrujnować życie. Powinieneś umieć wyczuć, czy ktoś się na ciebie gniewa, ale jeżeli twoje ciało migdałowate wciąż pracuje na najwyższych obrotach, stale boisz się, że ludzie cię nienawidzą albo chcą cię dopaść.

Rozpad wewnętrznego zegara

Po wypadku zarówno Stan, jak i Ute stali się nadwrażliwi i rozdrażnieni, co świadczy o tym, że w obliczu stresu ich kora przedczołowa miała problem z utrzymaniem kontroli. Flashbacki Stana prowadziły do jeszcze bardziej ekstremalnych reakcji. Dwa białe obszary w przedniej części mózgu (u góry obrazu) to prawa i lewa grzbietowo-boczna kora przedczołowa. Gdy zostają wyłączone, ludzie tracą poczucie czasu i zostają uwięzieni w danej chwili, bez poczucia przeszłości, teraźniejszości czy przyszłości [67].

Dla przetwarzania traumy w umyśle istotne są dwa systemy: jeden odpowiedzialny za intensywność emocjonalną, drugi – za kontekst. Pierwszym jest wykrywacz dymu, czyli ciało migdałowate a drugim przeciwwaga – wieża obserwacyjna, czyli przyśrodkowa kora przedczołowa (MPFC). Kontekst i znaczenie zdarzenia określane są przez układ obejmujący brzuszno-boczną korę przedczołową (DLPFC) i hipokamp. DLPFC mieści się z boków przedniej części mózgu, podczas gdy MPFC jest zlokalizowana bardziej pośrodku. Struktury wzdłuż centralnej osi mózgu zajmują się przetwarzaniem naszego wewnętrznego poczucia siebie, natomiast zadaniem struktur bocznych jest głównie ustalanie naszych relacji z otoczeniem. DLPFC mówi nam, jak nasze obecne doświadczenia są powiązane z przeszłością i jak mogą wpłynąć na naszą przyszłość. Można o niej myśleć jak o „zegarze” mózgu. Wiedza o tym, że cokolwiek się dzieje, ma swój koniec, sprawia, iż większość doświadczeń „da się przeżyć”. Działa to także w drugą stronę – sytuacje stają się nie do zniesienia, jeśli mamy wrażenie, że się nigdy nie skończą. Większość z nas zna z własnego, smutnego doświadczenia towarzyszące zwykle największemu żalowi poczucie, że ten okropny stan będzie trwać wiecznie i że nigdy nie uporamy się ze stratą. Trauma to właśnie najjaskrawszy przykład doświadczenia, które „będzie trwać wiecznie”.

Badanie Stana ujawnia, dlaczego ludzie mogą się otrząsnąć z traumy, tylko jeśli struktury mózgu wyeliminowane podczas pierwotnego zdarzenia – a właśnie to sprawia, że dane zdarzenie jest rejestrowane przez mózg jako trauma – są w pełni aktywne. Podróż do przeszłości w trakcie terapii można odbywać tylko z osobami, które – w sensie biologicznym – są silnie zakotwiczone w teraźniejszości i czują się maksymalnie bezpieczne, spokojne i ugruntowane („ugruntowane" znaczy: czują, że siedzą na krześle, widzą wpadające przez okno promienie słońca, czują napięcie własnych łydek i słyszą szum drzew w ogrodzie poruszanych wiatrem). Zakotwiczenie w teraźniejszości, podczas gdy ponownie przeżywa się traumatyczne zdarzenia, otwiera możliwość dogłębnego zrozumienia, że okropne przeżycia należą do przeszłości. By tak się stało, mózgowa wieża obserwacyjna, kucharz i zegar muszą być włączone. Terapia nie zadziała, dopóki poddawane jej osoby będą znów i znów wciągane w przeszłość.

Wyłączone wzgórze

Przypatrzmy się ponownie skanom mózgu Stana w czasie flashbacku. Możemy zobaczyć jeszcze dwie inne białe dziury, w dolnej części mózgu. To prawe i lewe wzgórze – wyłączone podczas „napadu wspomnień" tak samo, jak w trakcie pierwotnej traumy. Jak powiedziałem, wzgórze to kucharz – miejsce, które zbiera wrażenia z uszu, oczu i ze skóry, by stworzyć z nich zupę, która jest naszą autobiograficzną pamięcią. Wyłączenie tego obszaru wyjaśnia, dlaczego traumę pamięta się nie jako historię z początkiem, środkiem i końcem, ale raczej jako izolowane wrażenia zmysłowe: obrazy, dźwięki i doznania fizyczne, którym towarzyszą intensywne emocje, zazwyczaj przerażenie i bezradność [68].

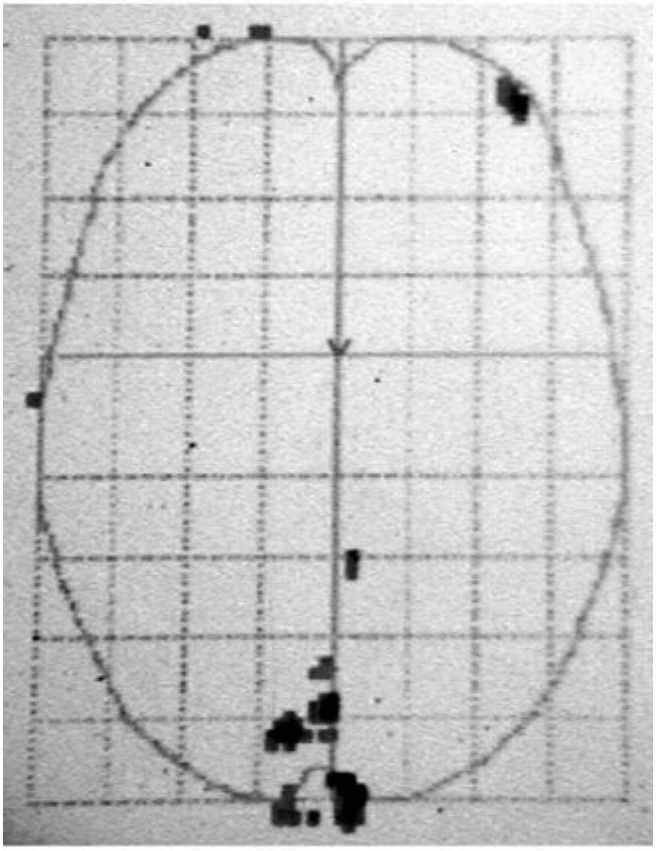
W normalnych okolicznościach wzgórze działa też jak filtr (albo bramkarz). To czyni je nieodzownym elementem takich procesów jak uwaga, koncentracja czy uczenie się nowych rzeczy – a wszystkie one są zakłócane przez traumę. Gdy czytasz te słowa, być może słyszysz gdzieś w oddali muzykę albo jadące samochody, a może odczuwasz burczenie w żołądku mówiące ci, że czas coś przekąsić. Jeśli umiesz utrzymać uwagę na tej stronie, twoje wzgórze pomaga ci podzielić płynące z zewnątrz bodźce zmysłowe na te, które są

istotne, i na te, które możesz bezpiecznie zignorować. W rozdziale 19., mówiącym o neurofeedbacku, omówię niektóre z testów, jakich używamy do pomiaru efektywności działania tego układu filtrującego, oraz metody pomagające go wzmocnić.

U ludzi z PTSD bramki są zawsze otwarte na oścież. Bez filtra czy też bramkarza są oni stale w stanie przeciążenia bodźcami. Starają się sobie z tym radzić, odcinając się od otoczenia, wypracowując widzenie tunelowe i nadmierną koncentrację. Jeśli nie potrafią wyłączyć się w sposób naturalny, mogą starać się odciąć od świata alkoholem lub narkotykami. Tragizm leży w tym, że ceną takiej blokady jest odcięcie się także od źródeł przyjemności i radości.

Depersonalizacja: zerwanie zE sobą samym

Spójrzmy teraz na doświadczenie Ute w skanerze. Nie wszyscy reagują na traumę w taki sam sposób, ale w tym przypadku różnica była szczególnie wyraźna. Ute siedziała przecież w zmiażdżonym aucie tuż obok Stana. Na odczytywany scenariusz zareagowała odrętwieniem: jej umysł po prostu się zamknął i niemal w każdym obszarze zanotowaliśmy znaczący spadek aktywności. Jej tętno nie przyspieszyło, a ciśnienie nie wzrosło. Zapytana, jak się czuła podczas badania, odpowiedziała: „Dokładnie tak, jak podczas wypadku. Nic nie czułam”.



Wyłączenie się (dysocjacja) w reakcji na przypomnienie przebytej traumy. W tym przypadku niemal każdy obszar mózgu jest mniej aktywny, co utrudnia myślenie, skupienie i orientację.

Medyczne określenie reakcji Ute to depersonalizacja [69]. Każdy, kto miał do czynienia z osobami po przebytej traumie, niezależnie, czy byli to mężczyźni, kobiety czy dzieci, prędzej czy później spotkał się z nieobecnym spojrzeniem i zupełnym wyłączeniem świadomości – przejawami biologicznej reakcji zastygnięcia. Depersonalizacja to jeden z objawów nasilonej dysocjacji wywołanej traumą. Flashbacki Stana były odzwierciedleniem przywołanych scenariuszem bezskutecznych wysiłków zmierzających do wydostania się z wraku – wszystkie pofragmentowane, oddzielone od siebie wrażenia i emocje powróciły z wielką siłą do teraźniejszości. Tymczasem Ute, zamiast próbować uciec, oddzieliła swój strach i „czuła nic”. Sam regularnie jestem świadkiem takiej depersonalizacji, gdy moi pacjenci opowiadają straszliwe historie bez żadnych emocji. Z gabinetu ucieka wtedy cała energia, a mnie udaje się utrzymać uwagę tylko nadludzkim wysiłkiem. Tak pozbawiony życia pacjent zmusza cię do o wiele większego wysiłku dla utrzymania terapii i często modliłem się, żeby taka godzina minęła jak najszybciej.

Po tym, jak zobaczyłem skany Ute, zacząłem zupełnie inaczej podchodzić do takich „wyłączonych” pacjentów. Gdy niemal cały mózg mają wyłączony, z pewnością nie mogą jasno myśleć, głęboko czuć, pamiętać ani uporządkować w umyśle tego, co się dzieje. Konwencjonalna psychoterapia jest w takich okolicznościach praktycznie bezużyteczna.

W przypadku Ute można było zgadnąć, dlaczego zareagowała w sposób tak różny od Stana. Wykorzystała strategię przetrwania, jakiej jej mózg nauczył się w dzieciństwie, by radzić sobie z surowym traktowaniem przez matkę. Ojciec Ute zmarł, gdy miała dziewięć lat, a matka często zachowywała się wobec niej w sposób nieprzyjemny i poniżający. W pewnym momencie Ute odkryła, że może „wyłączyć” umysł, kiedy matka na nią krzyczy. Trzydzieści pięć lat później uwięziony w zmiażdżonym aucie mózg Ute automatycznie przeszedł w ten sam tryb przetrwania – sprawił, że zniknęła.

Dla takich osób jak Ute wyzwaniem jest nauka aktywności i zaangażowania, zadanie trudne, lecz nieuniknione, jeśli chcą odzyskać swoje życie na nowo. (Ute się udało – napisała książkę o swoich doświadczeniach i z sukcesem prowadzi pismo o nazwie „Mental Fitness”). Tu dochodzi do głosu „oddolne” podejście do terapii. Celem jest zmiana fizjologii pacjenta; jego relacji do wrażeń pochodzących z własnego ciała. W naszym Trauma Center pracujemy nad takimi podstawowymi parametrami jak czynność serca i oddech. Pomagamy pacjentom wzbudzać i postrzegać płynące z ciała bodźce, pobudzając punkty akupresurowe [70]. Skuteczne są też rytmiczne interakcje z innymi ludźmi – rzucanie do siebie piłki plażowej, odbijanie się na piłce do ćwiczeń, bębnienie czy taniec.

Odrętwienie to druga strona medalu, jakim jest PTSD. Wiele nieleczonych osób zaczyna jak Stan, od wybuchowych flashbacków, a potem wpada w odrętwienie. I choć ponowne przeżywanie dramatycznych zdarzeń jest przerażające i potencjalnie autodestrukcyjne, z czasem bardziej niszczący może się okazać brak teraźniejszości. To problem szczególnie w przypadku straumatyzowanych dzieci. Dzieci, które wybuchają, zwracają na siebie uwagę; te, które się wycofują, nikomu nie przeszkadzają

i bywają pozostawione same sobie, tracąc przyszłość kawałek po kawałku.

Uczenie się życia w teraźniejszości

W leczeniu traumy wyzwaniem jest nie tylko poradzenie sobie z przeszłością, ale też (być może nawet większym) poprawa jakości codziennych doświadczeń. Jednym z powodów, dla których w PTSD traumatyczne wspomnienia stają się dominujące, jest fakt, że po traumie trudno czuć się w pełni żywym tu i teraz. Gdy nie możesz być w całości tutaj, wracasz do miejsc, w których czułeś, że żyjesz – nawet jeśli są pełne przerażenia i beznadziei.

Wiele rodzajów terapii stresu pourazowego skupia się na desensytyzacji – odczulaniu pacjentów na przeszłość (tak jak odczula się na pyłki) w nadziei, że powtarzana ekspozycja na przebytą traumę złagodzi emocjonalne wybuchy i flashbacki. Moim zdaniem takie podejście jest wynikiem niezrozumienia tego, co dzieje się w stresie pourazowym. Naszym zadaniem jest przede wszystkim pomoc pacjentom w bezpiecznym i pełnym przeżywaniu teraźniejszości. Żeby to osiągnąć, musimy pobudzić do działania te struktury mózgu, które wycofały się, gdy powtórnie owładnęła nimi trauma. Desensytyzacja może stłumić twoje reakcje, ale jeśli nie potrafisz odczuwać satysfakcji ze zwyczajnych, codziennych zdarzeń, takich jak spacer, gotowanie czy zabawa z dziećmi, życie przecieknie ci między palcami.

ROZDZIAŁ 5

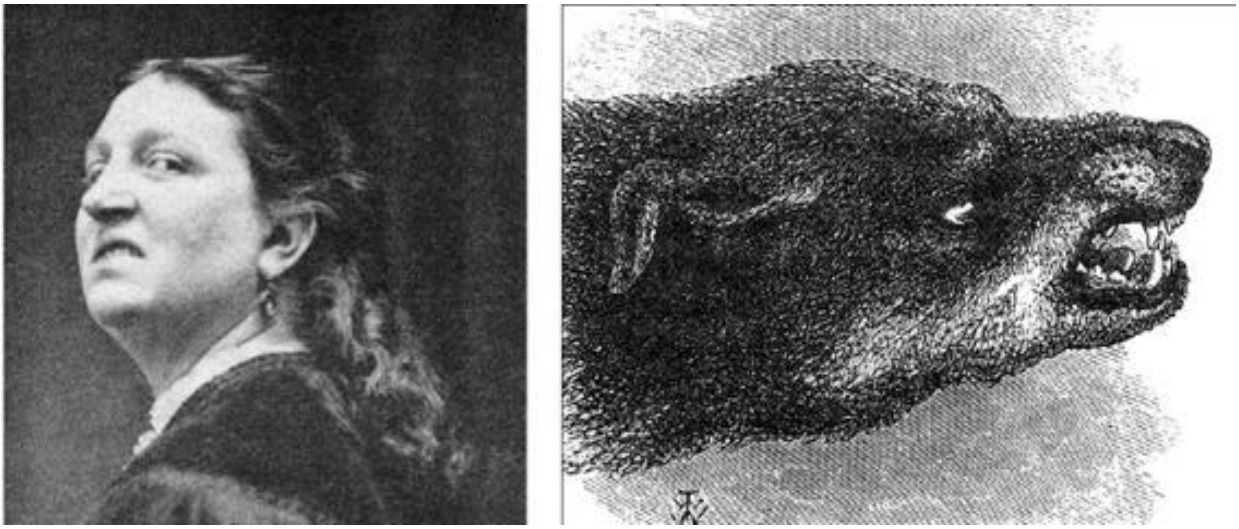
Łączność ciało–mózg

> Życie to rytm. Wibrujemy, nasze serca tłoczą krew. Jesteśmy rytmicznymi maszynami. Tym właśnie jesteśmy.
>
> Mickey Hart

Pod koniec kariery, w 1872 roku, Karol Darwin opublikował *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (*O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt*) [71]. Do niedawna większość naukowych dyskusji na temat teorii Darwina dotyczyła *On the Origin of Species* (1859) („O powstawaniu gatunków drogą doboru naturalnego „) i *The Descent of Man* (1871) („O pochodzeniu człowieka i doborze w odniesieniu do płci"). Jednak *The Expression of the Emotions* okazuje się wspaniałą wyprawą do podstaw życia emocjonalnego, wypełnioną obserwacjami i anegdotami zbieranymi przez dziesiątki lat badań, a także historiami z życia dzieci i domowych zwierząt uczonego. To także milowy krok w dziedzinie sztuki ilustracji – jedna z pierwszych książek, w której zamieszczono fotografie. (Fotografia była wtedy wciąż stosunkowo nową dziedziną i Darwin, podobnie jak większość naukowców, chciał wykorzystywać najnowsze technologie dla potwierdzenia swojego punktu widzenia). Nadal drukowane są kolejne wydania i łatwo można dostać najnowsze, ze wspaniałym wprowadzeniem i komentarzami Paula Ekmana, współczesnego pioniera badań nad emocjami.

Darwin zaczyna swój wywód odnotowaniem – wspólnych dla wszystkich ssaków, w tym również ludzi – struktur fizycznych podtrzymujących i przedłużających życie: płuc, nerek, mózgu, układu pokarmowego czy rozrodczego. Choć wielu dzisiejszych naukowców oskarżyłoby go o antropomorfizm, Darwin staje w jednym szeregu z obrońcami zwierząt, gdy głosi: „Człowiek i wyższe zwierzęta […] [również] mają wspólne instynkty. Wszyscy mamy te same zmysły, intuicję, odczucia, pasje, afekty i emocje, nawet te bardziej złożone, jak zazdrość, podejrzliwość, naśladownictwo, wdzięczność i wspaniałomyślność" [72]. Zauważa, że u ludzi występują niektóre

przejawy fizyczne zwierzęcych emocji. Fakt, że w strachu jeżą się włoski na twym karku, albo to, że odsłaniasz zęby, gdy jesteś wściekły, można zrozumieć wyłącznie jako ślady długiego procesu ewolucji.



„Gdy człowiek drwi z kogoś lub nań warczy, czyż nie unosi się warga nad kłem po stronie skierowanej ku osobie, do której się zwraca?" – Charles Darwin, 1872

Dla Darwina ssacze emocje są głęboko zakorzenione w biologii: są niezbędnym źródłem motywacji do działania. Emocje (od łacińskiego *emovere* – być w ruchu) nadają kształt i kierunek wszystkiemu, co robimy, a pierwotnie wyrażają się poprzez mięśnie twarzy i ciała. To ich ruchy (twarzy i ciała) komunikują innym nasze intencje i stan umysłu: gniewny wyraz twarzy i groźna postawa ostrzegają ich, że powinni się wycofać. Smutek przyciąga uwagę i troskę. Strach sygnalizuje bezradność albo ostrzega przed niebezpieczeństwem. Instynktownie odczytujemy dynamikę relacji między dwoma osobami na podstawie tego, czy są spięte, czy odprężone, jaka jest postawa ich ciała, ton głosu, zmieniająca się mimika. Patrząc na film w nieznanym języku, i tak możemy rozpoznać rodzaj relacji między postaciami. Często w ten sam sposób odczytujemy emocje innych ssaków (małp, psów czy koni).

Darwin idzie dalej i stwierdza, że podstawowym celem emocji jest rozpoczęcie działań, które mają przywrócić organizmowi bezpieczeństwo i równowagę fizjologiczną. Oto jego uwagi na temat źródeł tego, co dziś nazwalibyśmy PTSD:

> Zachowania unikania lub ucieczki przed niebezpieczeństwem z pewnością wyewoluowały po to, by uczynić każdy organizm konkurencyjnym w kategoriach

> przeżycia. Jednakże niewłaściwie przedłużane zachowanie unikowe lub ucieczkowe stawiałoby zwierzę w niekorzystnym położeniu, gdyż sukces zachowania gatunku wymaga reprodukcji; ta zaś z kolei zależy od zachowań związanych z pożywianiem się, poszukiwaniem schronienia i partnera do reprodukcji, wszystkie zaś one są przeciwne do unikania i ucieczki [73].

Innymi słowy, jeśli organizm utknie w trybie „przeżyć", jego energia skupia się na walce z niewidzialnym wrogiem, nie zostawiając miejsca na wychowywanie, opiekę czy miłość. Dla nas, ludzi, oznacza to, że jak długo umysł broni się przed nieznanymi atakami, tak długo zagrożone są nasze najbliższe relacje, podobnie jak nasza wyobraźnia, planowanie, zdolność do uczenia się i zabawy oraz zwracanie uwagi na potrzeby innych.

Darwin pisał też o związkach „ciało–mózg", które poznajemy do dziś. Silne emocje angażują nie tylko mózg, ale także serce i trzewia:

> Serce, trzewia i mózg są ze sobą w ścisłym kontakcie poprzez nerw błędny, kluczowy szlak zaangażowany w wyrażanie emocji i zarządzanie nimi zarówno u ludzi, jak i u zwierząt. Gdy umysł jest silnie pobudzony, natychmiast wpływa na stan trzewi; tak że w stanie podniecenia te dwa najważniejsze narządy ciała będą wchodzić w liczne wzajemne reakcje [74].

Gdy pierwszy raz wpadłem na ten fragment, czytałem go kilkakrotnie, z narastającym podnieceniem. Oczywiście, nasze najbardziej przejmujące uczucia odczuwamy jako łamiące serce i ściskające w trzewiach. Jak długo rejestrujemy emocje głównie umysłem, tak długo mamy je pod kontrolą, ale gdy czujemy się, jakby coś miażdżyło nam pierś albo jakbyśmy dostali cios w brzuch, to uczucie jest trudne do zniesienia. Zrobilibyśmy wszystko, żeby te okropne wrażenia fizyczne zniknęły. „Wszystko" może oznaczać desperackie czepianie się drugiej osoby, picie czy ćpanie do utraty przytomności albo cięcie się nożem – po to, żeby wszechogarniające emocje zastąpić odczuciem, które można zdefiniować. Ile problemów psychicznych, od uzależnień po samookaleczanie, zaczyna się od prób poradzenia sobie z niewyobrażalnym wręcz, fizycznym bólem wszechogarniających emocji? Jeśli Darwin miał rację, rozwiązanie wymaga odkrycia sposobów pomocy w zmianie wewnętrznego krajobrazu czuciowego ciała.

Do niedawna dwustronna komunikacja między ciałem a umysłem była przez zachodnią medycynę w zasadzie ignorowana, choć w wielu innych rejonach świata, takich jak Indie i Chiny, stanowiła

centralny element tradycyjnych praktyk leczniczych. Dziś zmienia ona nasze rozumienie traumy i procesu odzyskiwania zdrowia.

Okno na układ nerwowy

Wszystkie drobne wskazówki, jakie podświadomie rejestrujemy w trakcie rozmowy (ruchy i zmiana napięcia mięśni twarzy, ruchy oczu i zmiana szerokości źrenic, wysokość głosu i szybkość mowy), jak również zmiany w naszym własnym, wewnętrznym krajobrazie (wydzielanie śliny, przełykanie, częstość oddechów i tętno) są łączone przez pojedynczy układ kontrolny [75]. Wszystkie są efektem synchronizacji dwóch części autonomicznego układu nerwowego (AUN): współczulnej (sympatycznej) działającej niczym pedał gazu i przywspółczulnej (parasympatycznej) – pełniącej funkcję hamulca [76].

To „przeciwieństwa", o których wspominał Darwin. Współpracując, pełnią istotną funkcję w zarządzaniu przepływem energii w ciele. Jeden przygotowuje nas do jej wydatkowania, drugi – do zachowania.

Układ współczulny, inaczej sympatyczny (WUN), odpowiada za pobudzenie, w tym za reakcję walki lub ucieczki (darwinowskie „zachowanie ucieczkowe lub unikowe"). Niemal dwa tysiące lat temu rzymski lekarz Galen nazwał go „sympatycznym", gdyż zaobserwował, że współdziała z emocjami (*sympathos*). WUN kieruje krew do mięśni, żeby mogły szybko reagować, częściowo poprzez pobudzanie nadnerczy do wydzielania adrenaliny, która przyspiesza bicie serca i podnosi ciśnienie krwi.

Druga część AUN – układ przywspółczulny (PUN), czyli parasympatyczny („przeciw emocjom"), wspiera funkcje umożliwiające zachowanie energii, takie jak trawienie i gojenie ran. Pobudza uwalnianie acetylocholiny, żeby hamować pobudzenie, spowolnić serce, rozluźnić mięśnie i wyrównać oddech. Jak to ujął Darwin, „jedzenie, znajdowanie schronienia i zachowania reprodukcyjne" zależą właśnie od PUN.

W prosty sposób możesz doświadczyć na sobie działania obu części AUN. Gdy bierzesz głęboki oddech, pobudzasz WUN. Wyrzut adrenaliny przyspiesza bicie serca, co wyjaśnia, dlaczego wielu sportowców przed startem bierze kilka krótkich, głębokich wdechów. Z kolei wydech pobudza PUN, spowalniając tętno. Jeśli chodzisz na

zajęcia jogi lub medytacji, instruktor najpewniej poucza cię, żeby szczególną uwagę przykładać do wydechu, gdyż długie, pełne wydechy pomagają się wyciszyć. Gdy oddychamy, nasze serce bez przerwy to przyspiesza, to zwalnia i właśnie dlatego przerwa między dwoma kolejnymi uderzeniami nigdy nie trwa dokładnie tyle samo. Do badania elastyczności układu używa się parametru zwanego HRV (zmiennością rytmu zatokowego), a dobra HRV (im większe wahania, tym lepiej) to znak, że zarówno gaz, jak i hamulec twojego układu autonomicznego działają prawidłowo i są w równowadze.

Gdy zdobyliśmy instrument do pomiaru HRV, to był przełom. W rozdziale 16. wyjaśnię, jak można używać HRV w leczeniu PTSD.

Nerwowy kod miłości [77]

W roku 1994 Stephen Porges, który w czasie, gdy my zaczynaliśmy badania nad HRV, był naukowcem na University of Maryland, a który obecnie pracuje na University of North Carolina, przedstawił teorię poliwagalną, opartą na obserwacjach Darwina, ale dodającą do nich sto czterdzieści lat odkryć naukowych (termin „poliwagalny” odnosi się do wielu odgałęzień nerwu błędnego, które łączą poszczególne narządy, takie jak mózg, płuca, serce, żołądek i jelita). Teoria poliwagalna pozwala lepiej zrozumieć biologię bezpieczeństwa i zagrożenia, opartą na subtelnej interakcji między odczuciami fizjologicznymi naszych ciał a twarzami i głosami ludzi wokół nas. Wyjaśnia, dlaczego łagodna twarz i kojący głos mogą zupełnie zmienić nasze samopoczucie. Tłumaczy, dlaczego świadomość tego, że jesteśmy widziani i słyszani przez ważne dla nas osoby, może nas uspokajać i sprawiać, że czujemy się bezpiecznie, podczas gdy poczucie bycia ignorowanym i zbywanym może wyzwalać wściekłość albo powodować załamanie psychiczne. Pomaga zrozumieć, dlaczego świadome dostrojenie się do innej osoby może nas wyrwać ze stanu chaosu i przerażenia [78].

Reasumując, teoria Porgesa kazała nam spojrzeć poza skutki walki lub ucieczki i przenieść do centrum naszego rozumienia traumy relacje społeczne. Zasugerowała też nowe sposoby podejścia do leczenia, zorientowane na wzmacnianie układu sterującego pobudzeniem organizmu.

Istoty ludzkie są zdumiewająco wyczulone na subtelne zmiany emocjonalne u ludzi (i zwierząt) wokół nich. Wystarczy nieznaczne uniesienie brwi, zmiana układu zmarszczek wokół oczu, grymas warg czy pochylenie szyi, by poinformować nas o tym, czy obserwowana przez nas osoba jest zrelaksowana, podejrzliwa, odprężona, czy przestraszona [79].

Nasze neurony lustrzane rejestrują wewnętrzne doświadczenia innych, a nasze ciało dostosowuje się do tego, co zauważymy. Tak samo mięśnie naszej twarzy mówią innym, czy jesteśmy spokojni, czy podekscytowani, czy serce wali nam jak młotem, czy też bije spokojnie i czy mamy zamiar im przyłożyć, czy też raczej uciec gdzie pieprz rośnie. Gdy od drugiej osoby odbieramy przekaz „jesteś przy mnie bezpieczny", odprężamy się. Jeśli mamy szczęście w relacjach, czujemy się też otoczeni opieką, pomocą i wsparciem, kiedy patrzymy w oczy tej drugiej osoby.

Nasza kultura uczy nas skupiać się na indywidualnej wyjątkowości, ale na głębszym poziomie ledwie istniejemy jako pojedyncze osobniki. Nasze mózgi zostały tak stworzone, żebyśmy funkcjonowali w społeczności, jako członkowie plemienia. Jesteśmy częścią tego plemienia, nawet gdy jesteśmy sami, czy to słuchamy muzyki (którą stworzyli przecież inni ludzie), czy oglądamy w telewizji mecz koszykówki (nasze własne mięśnie kurczą się, gdy gracze biegają i skaczą), czy też przygotowujemy prezentację na spotkanie biznesowe (wyobrażając sobie reakcję szefa). Większość energii poświęcamy na tworzenie relacji z innymi.

Jeśli spojrzymy poza listę swoistych objawów składających się na sformalizowane rozpoznania psychiatryczne, dostrzeżemy, że niemal wszystkie problemy psychiczne albo wynikają z trudności w tworzeniu działających i satysfakcjonujących relacji, albo są efektem kłopotów w kontrolowaniu pobudzenia (jak przy notorycznym wpadaniu w gniew, zamykaniu się w sobie, nadmiernym podnieceniu lub dezorganizacji działań). Zazwyczaj można znaleźć oba te elementy. Standardowe podejście polegające na próbach znalezienia właściwego leku leczącego swoiste „zaburzenie" zwykle odciąga nas od dostrzeżenia tego, jak nasze problemy zakłócają nam funkcjonowanie w roli członków plemienia.

Bezpieczeństwo i wzajemność

Kilka tak temu usłyszałem, jak Jerome Kagan, szanowany emerytowany profesor psychologii dziecięcej z Harvardu, powiedział do Dalajlamy, że na każdy akt okrucieństwa na tym świecie przypadają setki drobnych aktów dobroci i więzi. Jego wniosek: „Prawdziwą naturą naszego gatunku jest prawdopodobnie dobro, nie zło". Przypuszczalnie najważniejszym pojedynczym aspektem zdrowia psychicznego jest zdolność do czucia się bezpiecznie w obecności innych ludzi; bezpieczne więzi to fundament życia, które uznajemy za satysfakcjonujące i mające znaczenie. Liczne, prowadzone na całym świecie badania reakcji na katastrofy wykazały, że wsparcie społeczności to najlepsza ochrona przed owładnięciem przez stres i traumę.

Społeczne wsparcie to jednak nie to samo, co po prostu bycie wśród innych. Podstawową sprawą jest wzajemność: to, że jest się naprawdę zauważonym i słuchanym, uczucie, że ktoś ma nas w sercu i w umyśle. Do tego, żebyśmy mogli się uspokoić, zregenerować fizycznie i wzrastać, potrzebujemy wewnętrznego, sięgającego do trzewi poczucia bezpieczeństwa. Żaden lekarz nie wypisze nam recepty na przyjaźń i miłość: to złożone umiejętności zdobyte ciężką pracą. Nie trzeba mieć za sobą historii traumy, żeby czuć się niepewnie, a nawet panikować na przyjęciu pełnym nieznajomych, ale trauma może zmienić cały świat w obcą planetę.

Wielu straumatyzowanych ludzi wciąż czuje się „nie w fazie" z otaczającymi ich osobami. Niektórzy znajdują pocieszenie w grupach, w których mogą – z ludźmi o podobnych doświadczeniach – odtwarzać swoje przeżycia wojny, gwałtu czy tortur. Skupienie się na wspólnej historii traumy i represjonowania łagodzi w nich dojmujące poczucie izolacji, ale zwykle za cenę ukrycia indywidualnych różnic: członkowie mogą przynależeć do grupy, tylko jeśli stosują się do wspólnego kodu.

Izolacja w obrębie wąskiej grupy ofiar sprawia, że pozostałych zaczynamy postrzegać w najlepszym razie jako nieważnych, a w najgorszym – jako groźnych, co prowadzi do dalszej alienacji. Gangi, ekstremistyczne partie polityczne czy sekty religijne mogą dawać ukojenie, ale rzadko wzmacniają umysłową elastyczność – niezbędną, żeby w pełni otworzyć się na to, co życie ma do zaoferowania. Dlatego nie mogą uwolnić swoich członków od

przeżytej traumy. Prawidłowo funkcjonujący ludzie potrafią zaakceptować indywidualne różnice i człowieczeństwo innych.

W ostatnim dwudziestoleciu powszechnie przyjęto fakt, że dzieci i dorośli, którzy są zbyt nerwowi albo zbyt zamknięci w sobie, by czerpać pociechę z relacji z innymi ludźmi, mogą czerpać taką pociechę z relacji z innymi ssakami. Konie, psy, a nawet delfiny dostarczają mniej złożonych relacji, które jednakowoż dają poczucie bezpieczeństwa. Zwłaszcza psy i konie są dziś szeroko wykorzystywane w leczeniu pewnych grup pacjentów po przebytej traumie [80].

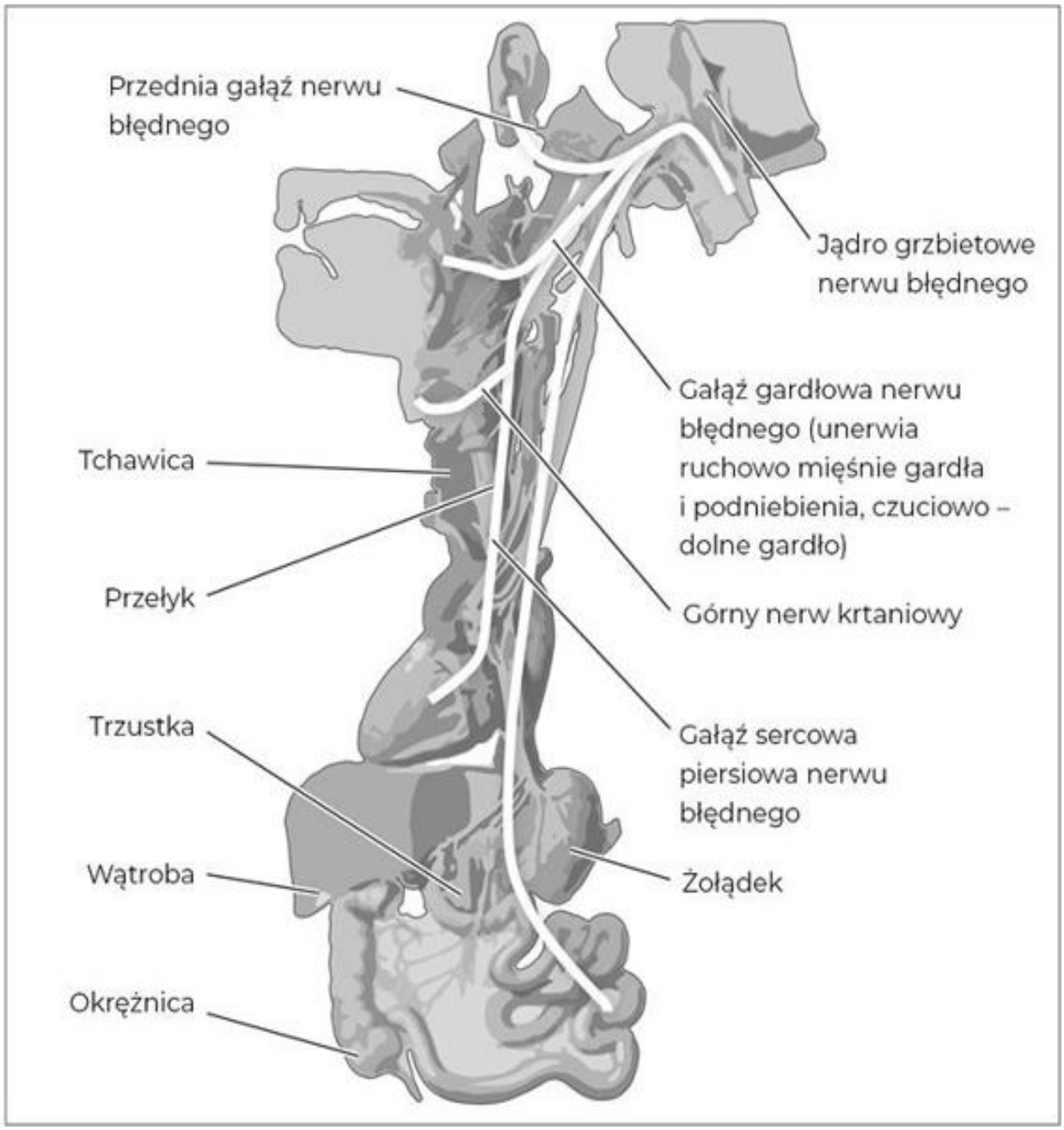
Trzy poziomy bezpieczeństwa

Świat po traumie postrzegany jest przez zupełnie inny układ nerwowy, o zmienionej percepcji bezpieczeństwa i ryzyka. Porges ukuł na to termin „neurocepcja", opisujący zdolność do oceny względnego ryzyka w środowisku. Gdy próbujemy pomóc osobom z nieprawidłową neurocepcją, największym wyzwaniem jest znalezienie sposobu na takie zresetowanie ich fizjologii, żeby mechanizmy przetrwania przestały działać przeciw nim. Oznacza to pomoc w wypracowaniu właściwej odpowiedzi na niebezpieczeństwo, ale może nawet bardziej w odtworzeniu umiejętności doświadczania bezpieczeństwa, odprężenia i prawdziwej wzajemności.

Przeprowadziłem szczegółowe wywiady i terapię sześciu osób, które przeżyły rozbicie się samolotu. Dwie stwierdziły, że w trakcie wypadku straciły przytomność i choć nie miały fizycznych obrażeń, psychicznie zupełnie się rozsypały. Dwie wpadły w panikę i pozostały w tym stanie jeszcze długo po rozpoczęciu terapii. Dwie pozostały spokojne i pomagały współpasażerom w ewakuacji z płonącego wraku. Podobny rozrzut reakcji obserwowałem u osób, które doświadczyły gwałtów, wypadków samochodowych czy tortur. W poprzednim rozdziale widzieliśmy, jak radykalnie różniły się reakcje Stana i Ute, gdy ponownie przeżywali katastrofę drogową, w której razem uczestniczyli. Co sprawia, że ludzkie reakcje: skupienie, załamanie, panika są tak różne?

Teoria Porgesa to wyjaśnia: autonomiczny układ nerwowy reguluje trzy podstawowe stany organizmu. To, który z nich jest aktywny w danej chwili, determinuje poziom bezpieczeństwa. Gdy czujemy się

zagrożeni, instynktownie przechodzimy na poziom pierwszy – *zaangażowanie społeczne*. Zwracamy się o pomoc, wsparcie i pocieszenie do osób wokół nas. Jeśli jednak nikt nie pospieszy na ratunek albo gdy niebezpieczeństwo zagraża nam bezpośrednio, organizm przełącza się na prymitywniejszą strategię przetrwania: *walka lub ucieczka*. Odpieramy napastnika bądź uciekamy w bezpieczne miejsce. Jeśli i to zawiedzie, nie możemy się wydostać, jesteśmy uwięzieni lub unieruchomieni, ciało stara się przetrwać, wyłączając się i wydatkując minimum energii. Znajdujemy się wtedy w stanie *zastygnięcia albo zamarcia*. I tu wkracza rozgałęziony nerw błędny. Opiszę pokrótce jego anatomię, gdyż jest kluczowa dla zrozumienia, jak ludzie radzą sobie z traumatycznymi przeżyciami. System społecznego zaangażowania zależy od nerwów biorących swój początek w rejonach regulatorowych pnia mózgu, głównie od nerwu błędnego, czyli dziesiątego nerwu czaszkowego, razem z towarzyszącymi mu nerwami uaktywniającymi mięśnie twarzy, gardła, ucha środkowego i krtani. Gdy ta wiązka nerwów (zwana VVC) ma kontrolę, uśmiechamy się, gdy inni się do nas uśmiechają, kiwamy głową, gdy się z czymś zgadzamy i marszczymy brwi, gdy przyjaciele opowiadają nam o swoich niepowodzeniach. Aktywny VVC wysyła też sygnały do serca i płuc, spowalniając akcję serca i pogłębiając oddech. W efekcie czujemy się spokojni i odprężeni, skupieni albo przyjemnie podnieceni.



Wiele gałęzi nerwu błędnego. Nerw błędny (nazywany przez Darwina płucno-żołądkowym) odbiera wrażenia, gdy serce pęka, a w żołądku ściska. Kiedy coś nas denerwuje, zasycha w gardle, głos zaczyna drżeć, serce przyspiesza, a oddech staje się szybki i płytki.

Jakiekolwiek zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa albo naszych relacji społecznych wywołuje zmiany w obszarach unerwionych przez VVC. Gdy dzieje się coś niepokojącego, automatycznie manifestujemy nasze zdenerwowanie wyrazem twarzy i tonem głosu, a zmiany mają przywołać innych, żeby przyszli nam z pomocą [81]. Jeśli jednak nikt się nie zjawia, poczucie zagrożenia

rośnie i wkracza stary układ limbiczny. Współczulny układ nerwowy przejmuje kontrolę, mobilizując mięśnie, serce i płuca do walki lub ucieczki [82]. Zaczynamy mówić szybciej, ostrym głosem i coraz szybciej bije nam serce. Jeśli w pokoju jest pies, zacznie się wiercić i warczeć, bo wyczuje aktywację naszych gruczołów potowych. I wreszcie, jeżeli nie ma ucieczki i nic nie możemy zrobić, żeby zapobiec nieuniknionemu, ujawnia się ostateczny układ ratunkowy: część grzbietowa nerwu błędnego (DVC). Ten system sięga w dół poniżej przepony, do żołądka, jelit i nerek i dramatycznie obniża metabolizm w całym ciele. Tętno spada (czujemy, jakby nam serce stanęło), nie możemy oddychać, a nasze jelita przestają pracować albo się opróżniają (przychodzi nam dosłownie „zesrać się ze strachu"). W takim momencie wyłączamy się, mdlejemy albo zastygamy.



Trzy odpowiedzi na zagrożenie.

1. System społecznego zaangażowania: zaalarmowana małpa sygnalizuje niebezpieczeństwo i woła o pomoc. VVC.

2. Walcz lub uciekaj: odsłonięte zęby, twarz wykrzywiona grymasem strachu i wściekłości. WUN.

3. Zapaść: ciało sygnalizuje klęskę i wycofuje się. DVC.

Walcz lub uciekaj czy zastygnij?

Jak zobaczyliśmy na przykładzie skanów mózgów Stana i Ute, trauma może się wyrażać nie tylko w reakcji walki lub ucieczki, ale także jako wyłączenie się i brak zaangażowania w teraźniejszość. W każdej z reakcji mózg jest aktywny na innym poziomie: ssaczy układ walki lub ucieczki chroni nas i nie pozwala na wyłączenie, zaś

mózg gadzi wywołuje reakcję załamania. Różnicę między nimi możesz zobaczyć w każdym dużym sklepie zoologicznym. Kocięta, szczeniaki, myszki czy myszoskoczki cały czas się bawią, a gdy się zmęczą, zbijają się razem, jeden tuż obok drugiego, w ciasną kulkę. Tymczasem jaszczurki i węże leżą nieruchomo w kątach terrariów, nie reagując na otoczenie [83]. Taki rodzaj znieruchomienia wywoływany przez mózg gadzi charakteryzuje wiele osób poddawanych przewlekłej traumie. W przeciwieństwie do nich osoby, które niedawno doświadczyły urazu, są przerażone i przerażające zarazem, a źródłem paniki i wściekłości jest ich mózg ssaczy.

Niemal każdy wie, jak wygląda typowa reakcja walki lub ucieczki – wściekłość odczuwana, kiedy nagłe zagrożenie w czasie jazdy samochodem wywołuje silny impuls: rusz się i atakuj. Niebezpieczeństwo wyłącza nasz układ społecznego zaangażowania, hamuje reakcję na ludzki głos i zwiększa wyczulenie na zagrażające dźwięki. Mimo to dla wielu ludzi panika lub wściekłość to lepsze wyjście niż ich przeciwieństwo: wyłączenie się i totalne odcięcie od świata. Uruchomienie reakcji walki lub ucieczki przynajmniej daje im energię. To dlatego tak wiele wykorzystanych i poddanych traumie osób czuje, że żyje, dopiero w obliczu prawdziwego niebezpieczeństwa, podczas gdy w sytuacjach obiektywnie bezpiecznych, lecz bardziej złożonych (jak przyjęcia urodzinowe czy rodzinne obiady), zupełnie się wyłącza.

Gdy walka ani ucieczka nie neutralizują zagrożenia, włączamy układ ostatniej szansy – nasz gadzi mózg. Najczęściej uaktywnia się on wtedy, kiedy jesteśmy fizycznie unieruchomieni, na przykład przygwożdżeni przez napastnika, albo gdy dziecko nie może uciec od przerażającego opiekuna. Omdlenie i wyłączenie kontroluje DVC, ewolucyjnie stara część przywspółczulnego układu nerwowego związana z takimi objawami jak nudności i biegunka. Ta część spowalnia też bicie serca i spłyca oddech. Gdy przejmuje kontrolę, inni ludzie i my sami, przestają się liczyć. Świadomość się wyłącza i możemy nawet nie odczuwać fizycznego bólu.

Jak stajemy się ludźmi

Według wspaniałej teorii Porgesa VVC wyewoluował u ssaków, by wspierać ich coraz bardziej złożone życie społeczne. Wszystkie

ssaki, w tym ludzie, łączą się, żeby się rozmnażać, wychowywać młode, bronić się przed wspólnymi wrogami, razem polować i zbierać żywność. Im efektywniej VVC synchronizuje aktywność współczulnej i przywspółczulnej części autonomicznego układu nerwowego, tym lepiej funkcjonowanie każdej jednostki będzie skoordynowane z działaniami innych członków plemienia.

Takie myślenie o VVC pozwala zrozumieć naturalny sposób, w jaki rodzice pomagają dostroić się swoim dzieciom. Noworodki nie są zbyt społeczne: większość czasu śpią, a budzą się tylko wtedy, gdy są głodne albo gdy jest im mokro. Po nakarmieniu mogą przez chwilę rozglądać się dookoła, trochę pomarudzą albo się pogapią i znów śpią, zgodnie ze swoim wewnętrznym zegarem. U zarania życia są w zasadzie na łasce i niełasce zmieniających się przypływów i odpływów aktywności współczulnego i przywspółczulnego układu nerwowego, a przez większą część czasu rządzi nimi gadzi mózg.

Stopniowo jednak, w miarę jak się do nich uśmiechamy, cmokamy i zagadujemy, pobudzamy synchronizację rozwijającego się VVC. Te interakcje sprawiają, że emocjonalny układ pobudzeń naszych dzieci zgrywa się z otoczeniem. VVC kontroluje ssanie, połykanie, mimikę i dźwięki wytwarzane w krtani. Gdy pobudzamy te funkcje u niemowlęcia, towarzyszy im uczucie przyjemności i poczucie bezpieczeństwa, które tworzą podwaliny pod wszystkie przyszłe zachowania społeczne [84]. Jak dawno temu nauczył mnie mój przyjaciel, Ed Tronick, mózg to twór kulturowy – kształtuje go doświadczenie.

Synchronizacja z innymi przedstawicielami naszego gatunku poprzez VVC jest niezwykle satysfakcjonująca. To, co zaczyna się jako wspólna zabawa matki i dziecka, przechodzi w rytmiczność dobrej gry w koszykówkę, zgranie pary w tangu, harmonię śpiewu chóralnego, włączenie się w jazzowe jam session albo wspólne granie muzyki kameralnej – każda z tych aktywności daje poczucie głębokiej przyjemności i więzi.

Gdy ten system zawodzi, możemy mówić o traumie: kiedy błagasz o życie, ale napastnik ignoruje twoje prośby; gdy jesteś przerażonym dzieckiem leżącym w łóżku i słyszysz, jak twoja matka krzyczy bita przez swojego partnera; widzisz przyjaciela uwięzionego pod stalową belką, zbyt ciężką, żebyś mógł ją podnieść; gdy chcesz odepchnąć

molestującego cię księdza, ale obawiasz się kary. U podłoża większości takich traumatycznych doświadczeń leży unieruchomienie. W takich przypadkach do głosu dochodzi DVC: twoje serce zwalnia, oddech staje się płytki i niczym zombie tracisz łączność ze swoim ciałem i otoczeniem. Odcinasz się, mdlejesz, padasz.

Bronić się czy odprężyć?

Steve Porges pomógł mi uświadomić sobie, że naturalnym stanem ssaków jest jakaś forma czujności. Jednak żeby poczuć emocjonalną bliskość z innym człowiekiem, nasz system obrony musi się czasowo wyłączyć. Żeby móc się bawić, rozmnażać czy wychowywać młode, mózg musi zablokować swoje mechanizmy obronne. Wiele straumatyzowanych osób nigdy nie traci czujności, nie może więc cieszyć się codziennymi przyjemnościami, jakie oferuje życie. Inne są zbyt odrętwiałe, by przyswajać nowe doświadczenia albo odbierać sygnały prawdziwego zagrożenia. Jeśli mózgowe czujniki dymu działają niewłaściwie, ludzie przestają uciekać, gdy trzeba, ani nie walczą, kiedy powinni się bronić. Przełomowe badanie ACE (Adverse Childhood Experiences, czyli Niepożądane Zdarzenia z Dzieciństwa), o którym będę więcej mówił w rozdziale 9. pokazało, że kobiety, które w dzieciństwie wykorzystywano i zaniedbywano, siedmiokrotnie częściej bywały gwałcone w dorosłym życiu. Te, które w dzieciństwie widziały, jak ich matki były bite przez partnerów, znacznie częściej padały ofiarą przemocy domowej [85].

Wiele osób czuje się bezpiecznie, o ile może ograniczyć kontakty społeczne do nic nieznaczących pogawędek, a fizyczny kontakt potrafi wyzwalać silne reakcje. Jednakże, jak podkreślał Porges, osiągnięcie głęboko intymnej relacji – obejmowanie się, spanie z partnerem, seks – wymaga tego, żeby pozwolić sobie na unieruchomienie bez uczucia strachu [86]. To szczególne wyzwanie dla ludzi straumatyzowanych: muszą umieć rozróżnić, kiedy są bezpieczni, a kiedy powinni uaktywnić swoje systemy obronne, gdyż grozi im prawdziwe niebezpieczeństwo. To wymaga doświadczeń, które przywracają wewnętrzne poczucie bezpieczeństwa, a będziemy do tej kwestii wracać jeszcze wielokrotnie w kolejnych rozdziałach.

Nowe podejście do terapii

Jeśli zrozumiemy, że osoby straumatyzowane, zarówno dzieci, jak i dorośli, zostają uwięzione w trybie „walcz lub uciekaj" albo trwale wyłączają się z życia, to jak możemy im pomóc przerwać ten zaklęty krąg działań obronnych, które niegdyś zagwarantowały im przetrwanie? Niektórzy utalentowani terapeuci pracujący z ludźmi po traumie wiedzą intuicyjnie jak to robić. Steve Gross prowadził kiedyś program gier w Trauma Center. Steve często przechadzał się po klinice z kolorową piłką, a kiedy widział w poczekalni zagniewane albo zastygłe dziecko, uśmiechał się do niego szeroko. Dziecko rzadko odpowiadało. Wtedy, chwilę później, wracał i „przypadkiem" upuszczał piłkę blisko miejsca, gdzie siedziało. Gdy pochylał się, żeby ją podnieść, łagodnie popychał ją ku siedzącemu, który zazwyczaj bez przekonania odpychał piłkę w jego stronę. Stopniowo Steve'owi udawało się rozkręcić podawanie piłki i po chwili uśmiechali się już oboje.

Z prostych, rytmicznych ruchów Steve budował małą, bezpieczną przestrzeń, gdzie mógł ponownie pojawić się system społecznego zaangażowania. W ten sam sposób ci, którzy przeżyli ciężką traumę, mogą więcej skorzystać, ustawiając po prostu krzesła przed spotkaniem albo przyłączając się do grupy wybijającej rytm na siedzeniach, niż siedząc na tychże krzesłach i dyskutując o porażkach swojego życia. Jedno jest pewne: wrzeszczenie na kogoś, kto i tak już stracił kontrolę, może prowadzić tylko do dalszych zaburzeń. Tak jak pies kuli się, gdy na niego krzyczysz, a macha ogonem, kiedy przemawiasz do niego wysokim, śpiewnym głosem, tak i my reagujemy na oschły ton strachem, złością albo zamknięciem się w sobie, a na pogodny głos otwarciem i odprężeniem.

Po prostu nie możemy się powstrzymać przed odpowiedzią na te sygnały bezpieczeństwa lub zagrożenia. Niestety, nasz system kształcenia, podobnie jak wiele metod udających, że leczą traumę, ignoruje ten system zaangażowania emocjonalnego, a zamiast tego skupia się na wzmacnianiu kognitywnych zdolności umysłu. Mimo dobrze udokumentowanego wpływu gniewu, strachu i niepokoju na zdolność rozumowania, wiele programów pomija konieczność włączenia – przed próbami wspierania nowych sposobów myślenia – mózgowego układu bezpieczeństwa. Ostatnią rzeczą, jaką powinno

się usuwać z programów szkolnych, są zajęcia chóru czy wychowania fizycznego, przerwy i wszystko, co promuje ruch, zabawę i radosne zaangażowanie. Gdy dzieci buntują się albo bronią, są wycofane lub wściekłe, należy zrozumieć, że takie „złe zachowanie", nawet jeśli jest niezwykle drażniące lub odpychające, może być po prostu powtórzeniem schematów działania służących przetrwaniu poważnego zagrożenia.

Prace Porgesa miały ogromny wpływ na to, jak z moimi kolegami z Trauma Center organizowaliśmy terapię molestowanych dzieci i straumatyzowanych dorosłych. Zapewne w jakimś momencie stworzylibyśmy program jogi terapeutycznej dla kobiet, zwłaszcza że joga okazała się tak skutecznie pomagać im w wyciszaniu się i ponownym nawiązaniu kontaktu z ciałem, od którego na tak długo się oderwały. Pewnie poeksperymentowalibyśmy też z warsztatami teatralnymi w szkołach w centralnym Bostonie, z lekcjami karate dla osób po gwałcie wykorzystującymi specjalny typ owiniętych wojłokiem pozorantów czy z technikami zabawy i pracy z ciałem, takimi jak stymulacja sensoryczna, które to metody są obecnie wykorzystywane w pracy z osobami po traumie na całym świecie. (Wszystkie te i jeszcze inne techniki omówimy w części piatej). Teoria poliwagalna pomogła nam jednak zrozumieć i wyjaśnić, dlaczego różne i niekonwencjonalne techniki tak dobrze działają. Pozwoliła nam bardziej świadomie łączyć metody odgórne (aktywowanie zaangażowania społecznego) z oddolnymi (wyciszanie fizycznych napięć w ciele). Staliśmy się bardziej otwarci na zalety innych, starych, niefarmakologicznych technik leczenia, od dawna praktykowanych w medycynach innych niż zachodnia; od ćwiczeń oddechowych (*pranayama*) i śpiewnych intonacji, po sztuki walki, takie jak qigong, grę na bębnach, chóralne pieśni i tańce w kręgu. Wszystkie one polegają na interpersonalnych rytmach, czuciu ciała oraz porozumiewaniu się głosem i mimiką; to pomaga ludziom wyjść ze stanu „walcz lub uciekaj", przeorganizować postrzeganie zagrożenia i poprawić zdolność do utrzymywania relacji.

Jeśli pamięć traumy jest zakodowana w trzewiach, w emocjach łamiących serce i ściskających żołądek, w chorobach autoimmunologicznych i problemach z układem mięśniowo-szkieletowym, i jeśli komunikacja umysł–mózg–trzewia to królewska

droga do wyregulowania uczuć, wymaga to zupełnej zmiany naszych założeń terapeutycznych.

ROZDZIAŁ 6

Utrata ciała, utrata siebie

> Bądź cierpliwy względem wszystkiego, co nierozwiązane w twoim sercu, i staraj się pokochać same pytania. […] Żyj pytaniami. Być może z czasem, niezauważenie, pewnego odległego dnia dożyjesz odpowiedzi.
>
> Rainer Maria Rilke, *Listy do młodego poety*

Sherry weszła do mojego gabinetu zgarbiona, a jej broda niemal dotykała piersi. Zanim jeszcze powiedziała cokolwiek, jej ciało już mówiło mi, że boi się stawić czoła światu. Zauważyłem też, że długie rękawy tylko częściowo przykrywały blizny na przedramionach. Gdy usiadła, monotonnym, wysokim tonem powiedziała mi, że nie może się powstrzymać od skubania skóry na rękach i klatce piersiowej i że robi to, dopóki nie zacznie krwawić. Odkąd pamiętała, jej matka prowadziła rodzinę zastępczą, a ich dom często gościł nawet piętnaścioro dziwnych, destrukcyjnych, przerażonych i przerażających dzieciaków, które znikały równie nagle, jak się pojawiały.

Sherry dorastała, opiekując się tymi „przejściowymi" dziećmi, czując, że dla niej i jej potrzeb nie było już miejsca. „Wiedziałam, że byłam niechciana", powiedziała. „Nie jestem pewna, kiedy sobie to po raz pierwszy uświadomiłam, ale myślałam o tym, co mówiła mi moja matka, i oznaki istniały od zawsze. Mówiła mi na przykład: «Wiesz, myślę, że nie należysz do tej rodziny. Myślę, że dali nam niewłaściwe dziecko». I mówiła to z uśmiechem na twarzy. Ale rzecz jasna, ludzie często udają, że żartują, kiedy mówią coś na serio". Przez lata nasz zespół badawczy po wielekroć stwierdzał, że wykorzystywanie emocjonalne i zaniedbywanie mogą być tak samo tragiczne w skutkach jak fizyczne znęcanie się czy molestowanie seksualne [87]. Sherry okazała się tego żywym przykładem: bycie niewidzialną, niepoznaną i brak miejsca, w które można pójść, żeby poczuć się bezpiecznie, to niszczące doświadczenie w każdym wieku, ale szczególnie destrukcyjnie wpływa na małe dzieci, które dopiero starają się znaleźć swoje miejsce w świecie.

Sherry ukończyła college, ale wykonywała nudną urzędniczą pracę, mieszkała samotnie z kotami i nie miała bliskich przyjaciół. Gdy spytałem ją o mężczyzn, powiedziała, że jedyną bliższą „relację" miała z człowiekiem, który ją porwał, kiedy była na obozie studenckim na Florydzie. Trzymał ją w niewoli i gwałcił przez pięć dni. Pamiętała, jak większość czasu spędziła zwinięta w kłębek, przerażona i zmartwiała, dopóki nie uświadomiła sobie, że może próbować ucieczki. Wystarczyło wyjść, gdy porywacz był w łazience. Kiedy zadzwoniła do matki po pomoc, ta odmówiła zapłaty za połączenie. W końcu Sherry udało się dotrzeć do domu z pomocą pracowników schroniska dla ofiar przemocy domowej.

Powiedziała mi, że zaczęła skubać skórę, bo to dawało jej swoistą ulgę od poczucia znieczulenia. Fizyczne wrażenia sprawiały, że czuła się „bardziej żywa", ale także głęboko zawstydzona – wiedziała, że jest uzależniona od krzywdzenia się, ale nie potrafiła tego przerwać. Zanim trafiła do mnie, była u wielu specjalistów od spraw zdrowia psychicznego i każdy pytał ją o „zachowania samobójcze". Jeden z psychiatrów umieścił ją też przymusowo w szpitalu po tym, jak odmówił jej leczenia, dopóki nie obieca mu, że już nigdy więcej nie będzie się okaleczać. Z mojego doświadczenia wynika jednak, że pacjenci tacy jak Sherry, którzy się tną albo w inny sposób kaleczą skórę, rzadko chcą się zabić; oni tylko próbują poczuć się lepiej w jedyny znany sobie sposób.

Dla wielu ludzi to trudne do zrozumienia. Jak już pisałem w poprzednim rozdziale, najczęstszą reakcją na zagrożenie jest zwracanie się o pomoc i otuchę do osób, które lubimy i którym ufamy. Możemy się też uspokoić poprzez ruch, na przykład jeżdżąc na rowerze albo idąc na siłownię. Zaczynamy się uczyć tych sposobów kontrolowania emocji od pierwszej chwili, w której ktoś nas nakarmi, gdy jesteśmy głodni, okryje, kiedy jest nam zimno, albo ukołysze, gdy jesteśmy zranieni lub przerażeni.

Ale jeśli nikt nigdy nie patrzył na ciebie wzrokiem pełnym miłości ani nie uśmiechał się na twój widok; jeżeli nikt nie spieszył ci z pomocą (a zamiast tego mówił: „Przestań płakać albo naprawdę dam ci powód do płaczu"), musisz znaleźć inne sposoby radzenia sobie. Najpewniej będziesz próbować wszystkiego – narkotyków,

alkoholu, napadowego objadania się albo samookaleczania – co w jakimś sensie przynosić będzie ulgę.

Choć więc Sherry skrupulatnie przychodziła na każde spotkanie i szczerze odpowiadała na moje pytania, nie czułem, żeby udało się nam nawiązać ten rodzaj więzi, który jest niezbędny dla powodzenia terapii. Uderzyło mnie, jak spięta i zmrożona jest na naszych sesjach, zaproponowałem więc, żeby spotkała się z Liz, masażystką, z którą wcześniej współpracowałem. Podczas ich pierwszego spotkania Liz ułożyła Sherry na stole do masażu, a potem przeszła na jeden z jego końców i łagodnie wzięła w dłonie jej stopy. Leżąc z zamkniętymi oczyma, Sherry nagle wykrzyknęła w panice: „Gdzie jesteś?!”. Jakimś cudem straciła poczucie obecności Liz, choć masażystka wciąż tam była i trzymała ręce na jej stopach.

Sherry była jedną z pierwszych pacjentek, które pokazały mi, jak dalece można zerwać kontakt ze swoim ciałem, co towarzyszy wielu ofiarom traumy i zaniedbywania. Odkryłem, że moje profesjonalne wyszkolenie, ukierunkowane na zrozumienie i wgląd, w zasadzie ignorowało znaczenie żywego, oddychającego ciała, tej podstawy naszego „ja”. Sherry wiedziała, że wyskubywanie sobie skóry jest działaniem destrukcyjnym i że ma związek z zaniedbywaniem jej przez matkę w dzieciństwie, ale zrozumienie źródeł impulsu wcale nie pomagało jej go kontrolować.

Utrata ciała

Gdy zdałem sobie z tego sprawę, ze zdumieniem odkryłem, jak wielu moich pacjentów mówiło mi, że nie czują całych obszarów swojego ciała. Czasami prosiłem ich, żeby zamknęli oczy i powiedzieli, co włożyłem im do wyciągniętej ręki. To mogły być kluczyki od samochodu, szklanka, otwieracz do konserw – bardzo często nie potrafili zgadnąć, co trzymają w ręku; ich odbiór wrażeń zmysłowych po prostu nie działał.

Dyskutowałem o tym z moim przyjacielem, Alexandrem McFarlane’em z Australii, który zauważył ten sam fenomen. W swoim laboratorium w Adelajdzie badał, skąd wiemy bez patrzenia, że w ręku mamy kluczyki od samochodu? Rozpoznanie przedmiotu leżącego w dłoni wymaga wyczucia jego kształtu, masy, temperatury, tekstury i położenia. Każde z tych indywidualnych

wrażeń zmysłowych jest przesyłane do innego rejonu mózgu, a ten musi je połączyć w jedno wrażenie. McFarlane odkrył, że ludzie z PTSD często nie potrafią połączyć poszczególnych części tej układanki [88].

Gdy nasze zmysły są stłumione, nie możemy żyć pełnią życia. W pracy zatytułowanej *What Is an Emotion?* („Czym jest uczucie?") z 1884 roku [89] William James, ojciec amerykańskiej psychologii, opisał u leczonej przez siebie kobiety niezwykły przypadek „nieczułości czuciowej".

„Nie mam ludzkich uczuć", powiedziała mu pacjentka. „Jestem otoczona wszystkim, co może uczynić życie szczęśliwym i przyjemnym, a mimo to nie potrafię się cieszyć ani odczuwać. […] Każdy z moich zmysłów, każda część mnie samej jest jakby oddzielona ode mnie i nie może już dać mi żadnego uczucia; ta niemożność wydaje się mieć źródło w pustce, którą czuję z przodu czaszki, i wynikać z osłabienia wrażliwości na całej powierzchni ciała. Wydaje mi się bowiem, że nigdy naprawdę nie sięgam przedmiotów, których dotykam. Wszystko to nie miałoby wielkiego znaczenia, gdyby nie przerażający skutek, którym jest niemożność odczuwania wszelkich innych wrażeń, żadnego zadowolenia, choć doświadczam potrzeby i pragnienia ich odczuwania, i to czyni me życie niewyobrażalną torturą".

Taka reakcja na traumę każe stawiać kolejne ważne pytanie: Jak ludzie straumatyzowani mogą nauczyć się integrować zwyczajne wrażenia zmysłowe, tak żeby móc zanurzyć się w nurcie tych wrażeń, a jednocześnie czuć się bezpiecznie i kompletnie we własnym ciele?

Skąd wiemy, że żyjemy?

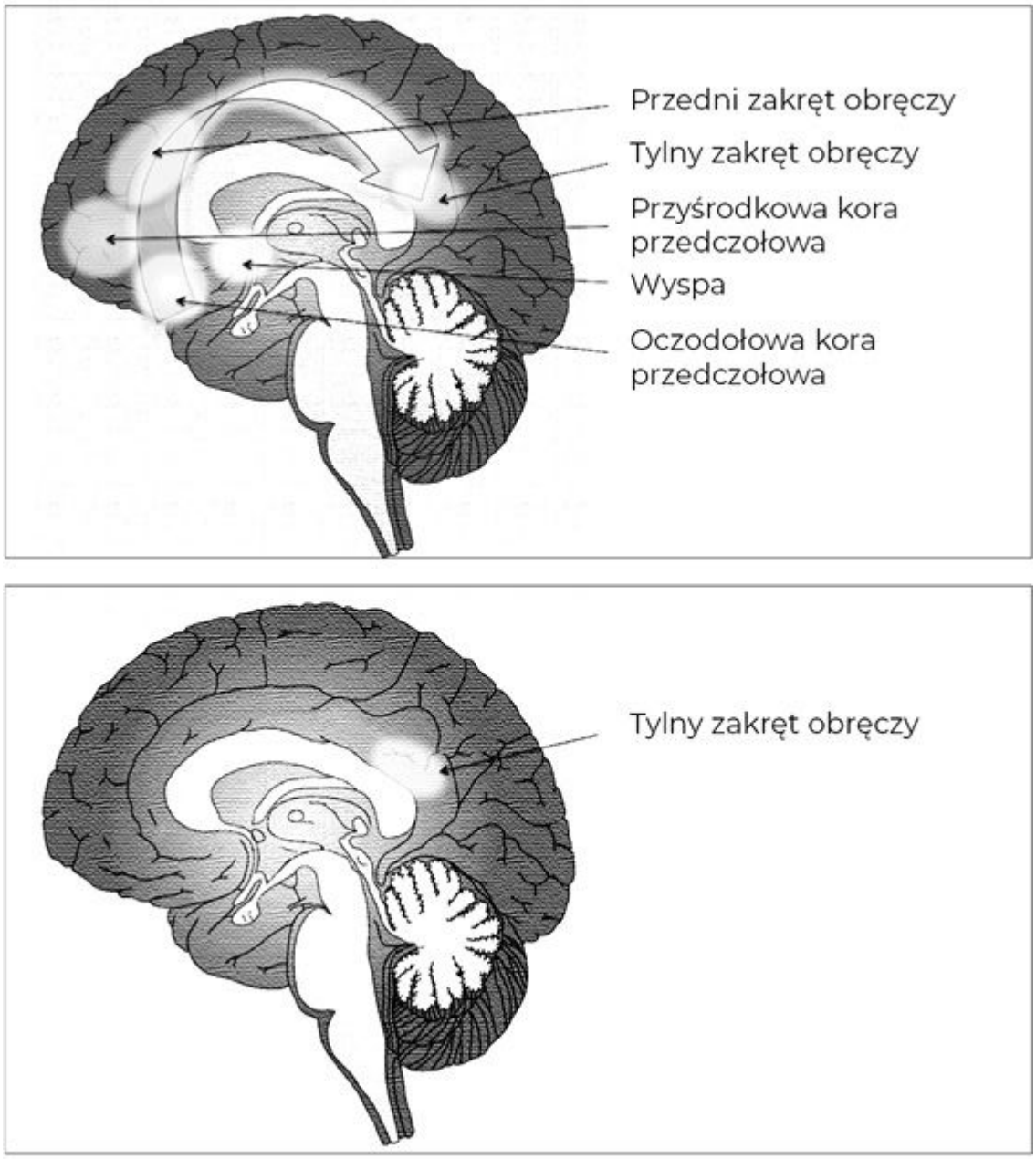
Większość wczesnych badań neuroobrazowych osób po traumie wyglądała tak, jak badania, które opisaliśmy w rozdziale 3.: skupiała się na tym, jak badani reagowali na wspomnienia związane z traumatycznym wydarzeniem. Dopiero w 2004 roku moja koleżanka Ruth Lanius, która prowadziła badanie mózgów Stana i Ute Lawrence'ów, postawiła nowe pytanie: Co się dzieje w mózgach osób, które przeżyły traumę, kiedy NIE myślą o przeszłości? Jej badania nad odpoczywającym mózgiem, nad

„wyjściowym stanem sieci” (default state network – DSN) otworzyły całkiem nowy rozdział w historii pojmowania wpływu traumy na samoświadomość, szczególnie czuciową [90].

Doktor Lanius zebrała grupę szesnastu „normalnych” Kanadyjczyków, którzy zgodzili się leżeć w skanerze i nie myśleć o niczym szczególnym. To, wbrew pozorom, niełatwe zadanie, gdyż kiedy czuwamy, nasz mózg ciągle pracuje, ale badaczka kazała im skupić się na oddechu i postarać się oczyścić umysł na tyle, na ile to możliwe. Następnie to samo doświadczenie powtórzyła z osiemnastoma osobami, nad którymi długotrwale znęcano się w dzieciństwie. Co twój mózg robi, gdy o niczym nie myślisz? Okazuje się, że zwracasz wtedy uwagę na siebie: w stanie podstawowym pobudzeniu ulegają te rejony mózgu, które współpracują w tworzeniu poczucia twojego własnego „ja”.

Gdy Ruth oglądała obrazy ochotników, stwierdziła pobudzenie opisywanych wcześniej przez naukowców rejonów DSN. Ja lubię je nazywać irokezem samoświadomości; to struktury mózgu położone blisko linii pośrodkowej, które zaczynają się tuż nad oczyma i biegną przez środek mózgu aż na sam tył. Wszystkie odgrywają rolę w tworzeniu poczucia własnego „ja”. Największy, jasny rejon w tylnej części mózgu to tylny zakręt obręczy, który daje nam fizyczne poczucie tego, gdzie jesteśmy – rodzaj naszego wewnętrznego GPS-u. Jest on blisko związany z przyśrodkową korą przedczołową (MPFC), wieżą obserwacyjną, którą omawiałem w rozdziale 4. (To połączenie nie jest widoczne na obrazie, bo fMRI nie potrafi go wykryć). Łączy się też z rejonami odbierającymi wrażenia z reszty ciała: z wyspą, która przekazuje wiadomości z trzewi do ośrodków emocji, i z przednim zakrętem obręczy, który koordynuje myśli i uczucia. Wszystkie te obszary tworzą świadomość.

Kontrast z obrazami uzyskanymi od osiemnastu pacjentów z przewlekłym PTSD wywołanym traumą z dzieciństwa był uderzający. Niemal w żadnym z odbierających siebie obszarów mózgu nie wykryto pobudzenia: MPFC, przedni zakręt obręczy, kora ciemieniowa i wyspa w ogóle nie świeciły; jedynym rejonem, który się lekko uaktywniał, był tylny zakręt obręczy, odpowiedzialny za podstawową orientację w przestrzeni.



Gdzie jest „ja”. Irokez samoświadomości. Zaczynając od przodu (po prawej), składa się z: oczodołowej kory przedczołowej, przyśrodkowej kory przedczołowej, przedniego zakrętu obręczy, tylnego zakrętu obręczy i wyspy. U osób, które przeżyły długotrwałą traumę, te same rejony wykazują drastycznie obniżoną aktywność, co utrudnia rejestrowanie wewnętrznego samopoczucia i ocenę znaczenia docierających informacji.

Wyjaśnienie mogło być tylko jedno: w odpowiedzi na pierwotny uraz i próbując radzić sobie z horrorem, który trwał jeszcze długo potem, pacjenci nauczyli się wyłączać te obszary mózgu, które przekazywały najgłębsze, płynące z trzewi odczucia i emocje, jakie towarzyszą przerażeniu. Tyle że w normalnym życiu te same rejony mózgu są odpowiedzialne za rejestrowanie całego wachlarza uczuć

i wrażeń, które tworzą podstawy naszej świadomości siebie, naszego poczucia tego, kim jesteśmy. Byliśmy świadkami tragicznego przystosowania: chcąc wytłumić przerażające odczucia, badani zamknęli też sobie drogę do tego, żeby móc poczuć życie w całej jego pełni. Zanik aktywacji przyśrodkowej kory przedczołowej mógł wyjaśnić, dlaczego tak wiele straumatyzowanych osób traci poczucie celu i kierunku. Kiedyś dziwiło mnie to, jak często moi pacjenci pytali mnie o radę w sprawach, wydawałoby się, oczywistych, a potem jak rzadko z niej korzystali. Teraz zrozumiałem, że uszkodzeniu uległ ich związek z własną, wewnętrzną rzeczywistością. Jak mogli podejmować decyzje albo wcielać w życie plany, jeśli nie potrafili określić, czego chcą, albo raczej: co próbują im powiedzieć odczucia ich własnego ciała, podstawa wszelkich emocji?

Brak świadomości siebie u ofiar przewlekłego wykorzystywania w dzieciństwie jest czasem tak głęboki, że nie potrafią rozpoznać się w lustrze. Skany mózgu pokazują, że nie jest to efekt nieuwagi: struktury odpowiedzialne za samorozpoznawanie mogą zostać wyłączone razem z tymi, które biorą udział w doświadczaniu siebie.

Gdy Ruth Lanius pokazała mi wyniki swoich badań, przypomniało mi się zdanie z mojej klasycznej edukacji licealnej. Matematyk Archimedes, ucząc o dźwigni, miał ponoć powiedzieć: „Dajcie mi punkt podparcia, a poruszę Ziemię!”. Albo, jak to ujął inny wielki XX-wieczny somatoterapeuta, Moshe Feldenkrais: „Nie możesz robić tego, co chcesz, dopóki nie wiesz, co robisz”. Wnioski są jasne: żeby poczuć własną obecność, musisz wiedzieć, gdzie jesteś, i być świadomym tego, co się z tobą dzieje. Jeśli system odbierania siebie przestanie działać, musimy znaleźć sposób na jego reaktywację.

System odbierania siebie

Fascynujące było widzieć, jak wielkie korzyści odnosiła Sherry z terapii masażem. Była bardziej odprężona i śmielsza w codziennych sytuacjach; stałą się też bardziej zrelaksowana i otwarta w kontaktach ze mną. Zaczęła naprawdę angażować się w terapię i wykazywała autentyczną ciekawość swoich zachowań, myśli i uczuć. Przestała kaleczyć skórę, a gdy nadeszło lato, spędzała wieczory, siedząc na ganku i gawędząc z sąsiadami.

Zapisała się nawet do kościelnego chóru, co dało jej wspaniałe doświadczenie grupowego współbrzmienia.

Mniej więcej w tym czasie, na niewielkich warsztatach zorganizowanych przez Dana Schactera, szefa wydziału psychologii na Harvardzie, spotkałem Antonio Damasio. W serii fantastycznych książek i artykułów naukowych Damasio wyjaśniał związek między stanami ciała, emocjami a przeżyciem. Jako neurologa, który leczył setki pacjentów z różnymi uszkodzeniami mózgu, zafascynował go problem świadomości i identyfikacji obszarów niezbędnych do tego, żebyś wiedział, co czujesz. Poświęcił się odnajdywaniu rejonów odpowiedzialnych za nasze doświadczanie siebie. Jego najważniejszą książką jest dla mnie *Tajemnica świadomości: Ciało i emocje współtworzą świadomość* (*The Feeling of What Happens*), jej lektura była dla mnie objawieniem [91]. Damasio zaczął od ukazania głębokiego rozziewu między naszym poczuciem siebie a życiem zmysłowym naszego ciała. Jak to poetycznie wyjaśnił: „Czasem używamy umysłu nie po to, by odkryć fakty, lecz by je ukryć… Jedną z rzeczy, jakie ekran ukrywa najlepiej, jest ciało, nasze własne ciało, przez które rozumiem jego wnętrze, to, co w środku. Niczym płaszcz kryjący skórę, by zapewnić przyzwoitość, ekran częściowo usuwa z umysłu wewnętrzne stany ciała, te, które zapewniają ciągłość życia w codziennej wędrówce przez każdy kolejny dzień” [92].

Dalej autor opisuje, jak „ekran” może działać na naszą korzyść, pozwalając nam zająć się pilnymi problemami świata zewnętrznego. Ma to jednak swoją cenę: „Na ogół nie pozwala nam wyczuć możliwego źródła i natury tego, co nazywamy sobą” [93]. Opierając się na stuletniej pracy Williama Jamesa, Damasio przekonuje, że trzonem naszej samoświadomości są fizyczne doznania przekazujące wewnętrzne stany ciała:

> Pierwotne uczucia dostarczają bezpośredniego doświadczenia własnego żyjącego ciała bez słów, bez ozdobników i bez związku z niczym poza czystą egzystencją. Te pierwotne wrażenia odzwierciedlają bieżący stan ciała na wielu płaszczyznach, […] pełen wachlarz: od przyjemności do bólu; a wszystkie biorą swój początek raczej na poziomie pnia mózgu niż w korze. Wszystkie odczucia emocji są złożonymi wariacjami muzycznymi na temat tych pierwotnych wrażeń [94].

Świat naszych wrażeń kształtuje się, jeszcze zanim przyjdziemy na świat. W macicy czujemy płyn owodniowy na skórze, słyszymy

cichy szum płynącej krwi i układ pokarmowy przy pracy, opadamy i kręcimy się w rytm ruchów matki. Po urodzeniu doznania fizyczne określają nasze relacje ze sobą i z otoczeniem. Najpierw jesteśmy wilgocią, głodem, sytością i sennością. Kakofonia niezrozumiałych dźwięków i obrazów zalewa nasz dziewiczy układ nerwowy. Nawet gdy już zyskamy świadomość i opanujemy język, nasz wewnętrzny układ czucia ciała zapewnia podstawowe informacje o jego stanie tu i teraz. Ciągły szum dostarcza wrażeń o kondycji jelit, o zmianach w mięśniach twarzy, tułowia i kończyn, które sygnalizują ból lub komfort, a także takie popędy jak głód czy podniecenie seksualne. Na wrażenia fizyczne wpływa też to, co dzieje się wokół nas. Dostrzeżenie kogoś znajomego, usłyszenie jakichś konkretnych dźwięków (czy to muzyki, czy syreny policyjnej) albo wyczucie zmiany temperatury – wszystko to zmienia obiekt naszej uwagi i, choć nie zdajemy sobie z tego sprawy, wpływa na nasze myśli i działania.

Wiemy już, że zadaniem mózgu jest nieustanne monitorowanie i ocenianie tego, co dzieje się wewnątrz i wokół nas. Oceny są przekazywane poprzez chemiczne substancje krążące we krwi i przez elektryczne impulsy płynące w nerwach, co wywołuje nieznaczne lub wyraźne zmiany w organizmie i w samym mózgu. Te zmiany zwykle zachodzą zupełnie poza świadomością: podkorowe obszary mózgu są nad podziw skuteczne w regulowaniu oddychania, rytmu serca, trawienia, wydzielania hormonów i działania układu odpornościowego. Układy te jednak mogą zostać przytłoczone, gdy zagraża nam niebezpieczeństwo, a nawet, gdy tylko sądzimy, że nam zagraża. To wywołuje szereg fizycznych dolegliwości, dobrze udokumentowanych w badaniach nad osobami po doświadczeniu traumy.

Mimo wszystko nasza świadomość też odgrywa ważną rolę w utrzymaniu równowagi wewnętrznej: żeby zapewnić ciału bezpieczeństwo, musimy zarejestrować wrażenia fizyczne i odpowiednio zadziałać. Uświadamiając sobie, że jest nam zimno, zakładamy sweter; uczucie głodu albo lekkiego zamroczenia mówi nam, że spadło stężenie cukru we krwi i musimy coś przekąsić; parcie na pęcherz każe nam szukać toalety. Damasio pokazuje, że wszystkie rejony mózgu rejestrujące podświadome odczucia

mieszczą się w pobliżu ośrodków kontrolujących podstawowe funkcje życiowe, takie jak oddychanie, apetyt, wydalanie oraz cykl snu i czuwania. „Dzieje się tak, ponieważ konsekwencje posiadania emocji i uwagi są całkowicie związane z podstawowym zadaniem, jakim jest podtrzymanie funkcji życiowych w organizmie. Nie można zarządzać życiem i utrzymywać homeostazę bez danych o bieżącym stanie ciała” [95]. Damasio nazywa te „porządkowe” obszary mózgu jaźnią *(proto-self*), ponieważ tworzą one „wiedzę bez słów”, leżącą u podstaw naszego świadomego poczucia siebie.

„Ja” pod presją

W roku 2000 Damasio wraz z kolegami opublikował w „Science”, najlepszym czasopiśmie naukowym świata, artykuł, w którym donosił, że ponowne przeżywanie silnych, negatywnych emocji wywołuje znaczące zmiany w obszarach mózgu odbierających sygnały z mięśni, jelit i ze skóry – obszarów kluczowych dla regulacji podstawowych funkcji życiowych. Wykonane przez zespół skany mózgu pokazały, że wspominanie przebytego, naładowanego emocjami zdarzenia z przeszłości sprawia, że naprawdę zaczynamy ponownie doświadczać „trzewnych” odczuć, jakie towarzyszyły nam w trakcie oryginalnego przeżycia. Każdy rodzaj emocji tworzy charakterystyczny wzór, odmienny od innych. I tak określona część pnia mózgu uaktywnia się „w smutku i gniewie, ale nie w szczęściu ani strachu” [96]. Wszystkie leżą poniżej układu limbicznego, do którego przypisuje się emocje, ale dostrzegamy ich zaangażowanie za każdym razem, gdy używamy jednego z popularnych wyrażeń opisujących związek silnych emocji z ciałem: „słabo mi się robi na twój widok”, „czułem, jak włos mi się jeży”, „zupełnie mnie zatkało”, „serce mi zamarło”, „aż mi skóra cierpnie”.

Ten najbardziej podstawowy układ jaźni w pniu mózgu i układzie limbicznym jest silnie pobudzany, gdy zagraża nam unicestwienie. Jego aktywacja wywołuje wszechogarniające uczucie strachu i przerażenia połączone z ogromnym, fizycznym pobudzeniem. Dla ludzi, którzy odtwarzają traumę, nic nie jest logiczne; dla nich to znów kwestia życia lub śmierci, zostają uwięzieni w stanie paraliżującego strachu lub ślepej furii. Ciało i umysł są ciągle pobudzane, jakby stale groziło im niebezpieczeństwo. Wzdrygają się

nawet na cichy dźwięk, wszystko ich drażni. Stale mają problemy ze snem, a jedzenie traci swoje walory smakowe. To może prowadzić do desperackich prób odcięcia się od tych uczuć poprzez zamrożenie i dysocjację [97].

Jak ludzie odzyskują kontrolę, gdy ich zwierzęce mózgi utknęły w fazie walki o przetrwanie? Jeśli to, co dzieje się głęboko w mózgu, dyktuje nam, jak się czujemy, i jeśli odczucia naszego ciała koordynuje podkorowa (a więc i podświadoma) część mózgu, jaką tak naprawdę możemy mieć nad nimi kontrolę?

Sprawczość, czyli władanie swoim życiem

Sprawczość to techniczny termin określający uczucie posiadania kontroli nad własnym życiem: poczucie, że dokładnie orientujesz się w sytuacji, że masz coś do powiedzenia, że możesz do pewnego stopnia kształtować otoczenie. Weterani, którzy w VA próbowali przebić gipsową ściankę, chcieli w ten sposób wyrazić swoją sprawczość – sprawić, że coś się stanie. W efekcie czuli jednak, że jeszcze bardziej tracą kontrolę, i wielu z tych kiedyś pewnych siebie mężczyzn nie mogło wyjść z zaklętego kregu między miotaniem się a bezruchem.

Sprawczość zaczyna się od tego, co naukowcy nazywają interocepcją, świadomością subtelnych wrażeń czuciowych ciała: im większa jest ta świadomość, tym lepiej potrafimy kontrolować swoje życie. Wiedzieć, *co* czujemy, to pierwszy krok do uświadomienia sobie, *dlaczego* tak się czujemy. Jeśli uświadamiamy sobie ciągłe zmiany zachodzące w naszym wewnętrznym i zewnętrznym środowisku, możemy się zmobilizować, żeby je kontrolować. Nie możemy jednak tego robić, o ile nasza wieża obserwacyjna – MPFC nie nauczy się obserwować tego, co dzieje się w naszym wnętrzu. To dlatego kamieniem węgielnym w leczeniu traumy jest praktykowanie uważności, które wzmacnia MPFC [98].

Po obejrzeniu świetnego filmu *Marsz pingwinów* złapałem się na tym, że myślę o niektórych moich pacjentach. Pingwiny są niezłomne i czarujące zarazem; bolesne było dowiedzieć się, że od niepamiętnych czasów przemierzają piechotą ponad sto kilometrów w głąb lądu, pokonują niewiarygodne wręcz trudności, żeby dotrzeć na tereny lęgowe; tracą wiele zapłodnionych jaj z powodu zbyt

długiej ekspozycji na zimno, a potem niemal zagłodzone, czołgają się z powrotem do oceanu. Gdyby pingwiny miały nasze płaty czołowe, użyłyby swoich płetwiastych skrzydeł do budowy igloo, opracowały lepszy podział zadań i zreorganizowały dostawy żywności. Wielu moich pacjentów przeżyło traumę tylko dzięki wielkiej odwadze i wytrwałości i tylko po to, by wciąż na nowo wpadać w te same kłopoty. Trauma wyłączyła ich wewnętrzny kompas i okradła ich z wyobraźni potrzebnej do stworzenia czegoś lepszego.

Neurologia osobowości i sprawczości uzasadnia terapie somatyczne opracowane przez moich przyjaciół: Petera Levine'a [99] i Pat Ogden [100]. Omówię je bardziej szczegółowo w części piątej, ale w skrócie mają one trzy cele:

- wydobyć informacje sensoryczne, które trauma zablokowała i zamroziła;
- pomóc pacjentom oswajać raczej niż tłumić energię wyzwalaną przez te wewnętrzne doświadczenia;
- dokończyć fizyczne działania, które miały ich ocalić, a zostały zablokowane, gdy oni sami znaleźli się w pułapce, unieruchomieni lub obezwładnieni strachem.

Nasze wewnętrzne, płynące z trzewi odczucia sygnalizują nam, co jest bezpieczne i podtrzymuje życie, a co mu zagraża, nawet jeśli nie potrafimy wyjaśnić, dlaczego czujemy się tak, a nie inaczej. Nasze zmysłowe wnętrze ciągle wysyła nam informacje, czego potrzebuje nasz organizm. Te odczucia pomagają nam też oceniać, co się dzieje wokół nas. Ostrzegają, że zbliżający się do nas facet jest jakiś dziwny, ale dają nam też znać, że pokój z zachodnią wystawą, otoczony liliowcami przywraca nam pogodę ducha. Jeśli swobodnie komunikujesz się ze swoim wnętrzem, jeśli możesz ufać, że przekazuje ci dokładne informacje, to czujesz, że masz kontrolę nad ciałem, uczuciami i nad sobą.

Jednak osoby, które przeszły traumę, zwykle czują się w swoim ciele niepewnie: przeszłość jest w nich wciąż żywa w formie dręczącego, wewnętrznego dyskomfortu. Ich ciała wciąż są bombardowane płynącymi z trzewi sygnałami o niebezpieczeństwie i, próbując kontrolować te procesy, ludzie ci często stają się ekspertami w ignorowaniu wewnętrznych sygnałów i blokowaniu

świadomości tego, co dzieje się w ich wnętrzu. Uczą się kryć przed swoim „ja”.

Im bardziej jednak starają się odepchnąć i zignorować wewnętrzne sygnały ostrzegawcze, tym pewniejsze staje się, że uczucia te w końcu wezmą górę, pozostawiając ich zaskoczonymi, zdezorientowanymi i zawstydzonymi. Ci, którzy nie umieją ze spokojem dostrzegać tego, co dzieje się w ich wnętrzu, mają skłonność reagować na jakąkolwiek zmianę albo totalnym wyłączeniem się, albo paniką – wytwarza się u nich strach przed samym strachem.

Wiemy, że objawy paniki utrzymują się głównie dlatego, że dana osoba zaczyna bać się płynących z ciała wrażeń związanych z atakami paniki. Sam atak może być wywołany czymś zupełnie irracjonalnym, o czym ten ktoś dobrze wie, ale strach przed przykrymi doznaniami eskaluje aż do stanu pełnej mobilizacji ciała. Stany związane z przerażeniem i traumą dobrze opisują takie wyrażenia jak „sztywny z przerażenia” czy „zmartwiały ze strachu” (gdy mdlejemy i martwiejemy), przedstawiające ich wewnętrzne, podświadome podstawy. Doświadczenie strachu bierze się z prymitywnych reakcji na zagrożenie, gdy ucieczka jest z jakichś względów niemożliwa. Ludzkie życie pozostanie zakładnikiem lęku, dopóki nie zmieni się to wewnętrzne poczucie. Ceną za ignorowanie lub zniekształcanie sygnałów płynących z ciała jest niemożność rozpoznania, co jest naprawdę groźne lub szkodliwe, a co bezpieczne bądź pożywne. Samoregulacja zależy od posiadania przyjacielskich relacji z własnym ciałem. Bez niej musisz polegać na regulacji zewnętrznej – lekach, alkoholu, narkotykach, ciągłym pocieszaniu się albo kompulsywnym wypełnianiu życzeń innych ludzi.

Wielu moich pacjentów nie reaguje na stres poprzez dostrzeżenie i nazwanie go – zamiast tego dostają migreny albo ataku astmy [101].

Sandy, pielęgniarka środowiskowa w średnim wieku, powiedziała mi, że jako dziecko czuła się przerażona i samotna, niedostrzegana przez rodziców alkoholików. Radziła sobie z tym, okazując pokorę i szacunek każdemu, od kogo była zależna (w tym i mnie, jako swojemu terapeucie). Gdy tylko jej mąż zrobił jakąś nietaktowną uwagę, przychodziła do mnie z napadem astmy. Zanim zorientowała

się, że nie może oddychać, było już za późno na zastosowanie inhalatora i trzeba ją było zabrać na izbę przyjęć.

Tłumienie wewnętrznego wołania o pomoc nie przerywa mobilizacji ciała, jaka dokonuje się pod wpływem hormonów stresu. Choć Sandy nauczyła się ignorować problemy w związku i blokować fizyczne sygnały niepokoju, ujawniały się one w postaci objawów, które wymagały jej uwagi. Celem terapii było uświadomienie jej związku między fizycznymi objawami a jej emocjami. Zachęciłem ją też, by zapisała się na zajęcia kick-boxingu. W ciągu trzech lat, podczas których była moją pacjentką, ani razu nie trafiła na izbę przyjęć.

Objawy somatyczne bez wyraźnej przyczyny są bardzo częste u osób straumatyzowanych, zarówno dzieci, jak i dorosłych. Należą do nich przewlekłe bóle pleców i karku, fibromialgia, migreny, kłopoty trawienne, zespół jelita drażliwego, przewlekłe zmęczenie i niektóre rodzaje astmy [102]. Straumatyzowane dzieci cierpią na astmę pięćdziesięciokrotnie częściej niż ich rówieśnicy, którzy nie mieli takich tragicznych doświadczeń [103]. Z badań wynika, że wiele dzieci i wielu dorosłych, u których atak astmy skończył się śmiercią, nie było wcześniej świadomych tego, że mają problemy z oddychaniem.

Aleksytymia: brak słów dla uczuć

Miałem owdowiałą ciotkę, która przeżyła ciężką traumę; stała się dla naszych dzieci kimś w rodzaju honorowej babci. Często przyjeżdżała w odwiedziny, a jej wizyty charakteryzowały się mnóstwem działania (szyciem zasłon, porządkowaniem kuchennych półek, naprawianiem dziecięcych ubrań) i niemal totalnym brakiem rozmowy. Zawsze chętnie zadowalała innych, ale trudno było się zorientować, co sprawia przyjemność jej. Po wielu dniach wymiany uprzejmości nie było już o czym gadać i musiałem się bardzo starać, by wypełnić długie chwile ciszy. Ostatniego dnia takiej wizyty odwoziłem ją na lotnisko, gdzie dostawałem od niej sztywny, pożegnalny uścisk, podczas gdy łzy płynęły jej ciurkiem po twarzy. Bez cienia ironii mówiła wtedy, że te łzy to reakcja na chłodny wiatr na międzynarodowym lotnisku Logana. Jej ciało czuło smutek, którego jej umysł nie potrafił zarejestrować – zostawiała naszą młodą rodzinę, swoich najbliższych żyjących krewnych.

Psychiatrzy określają takie zjawisko mianem aleksytymii, od greckiego słowa oznaczającego brak słów na wyrażenie uczuć. Wiele dzieci i wielu dorosłych, którzy przeżyli traumę, po prostu nie potrafi opisać, co czuje, ponieważ nie umie zidentyfikować znaczenia swoich fizycznych, zmysłowych odczuć. Mogą wyglądać na wściekłych, lecz zaprzeczają, że czują gniew; mogą wydawać się przerażeni, lecz mówią, że czują się dobrze. Nie potrafią rozpoznać, co dzieje się w ich wnętrzu, a to sprawia, że są całkiem oderwani od swoich potrzeb i mają problem z zadbaniem o siebie, niezależnie, czy chodzi o zjedzenie tego, co trzeba wtedy, kiedy trzeba, czy o dostarczenie sobie odpowiedniej dawki snu.

Tak jak moja ciotka, aleksytymicy zastępują język emocji językiem działań. Zapytani, „Jak byś się czuł, gdybyś widział pędzącą na ciebie z prędkością 130 kilometrów na godzinę ciężarówkę?”, większość ludzi odpowie: „Byłbym przerażony” albo „Pewnie strach by mnie zmroził”. Aleksytymik odpowiedziałby: „Jak bym się czuł? Nie wiem… Pewnie bym uskoczył” [104]. Takie osoby rejestrują emocje jako fizyczne problemy, a nie sygnały, że coś wymaga ich uwagi. Zamiast czuć się zagniewanym albo smutnym, odczuwają ból mięśni, kłopoty trawienne bądź inne objawy, dla których nie można znaleźć przyczyny. Jakieś trzy czwarte pacjentów z anoreksją i ponad połowa chorych na bulimię jest zadziwiona tym, co czują, i ma ogromne trudności z opisaniem swoich uczuć [105]. Gdy badacze pokazują aleksytymikom zdjęcia zagniewanych albo zestresowanych twarzy, ci nie umieją odczytać malujących się na tych twarzach emocji [106].

Jedną z pierwszych osób, które przekazały mi wiedzę o aleksytymii, był psychiatra Henry Krystal, który, pragnąc zrozumieć tak ogromny uraz psychiczny, pracował z ponad tysiącem ocalonych z Holocaustu [107]. Sam też przeżył obóz koncentracyjny i odkrył, że wielu jego pacjentów odnosiło sukcesy w pracy, lecz ich relacje intymne były płytkie i powierzchowne. Tłumienie uczuć pozwoliło im funkcjonować w świecie, ale za określoną cenę. Nauczyli się wyłączać wszechogarniające ich kiedyś emocje, ale w rezultacie przestali umieć rozpoznawać, co czują. Tylko niewielu było choć trochę zainteresowanych terapią.

Paul Frewen z University of Western Ontario wykonał serię skanów przedstawiających mózgi chorych z PTSD cierpiących na aleksytymię. Jeden z uczestników powiedział mu: „Nie wiem, co czuję. To tak, jakby moja głowa nie była połączona z ciałem. Żyję w tunelu, we mgle […] niezależnie od tego, co się dzieje, reakcja jest ta sama – odrętwienie, nic. To samo uczucie wzbudza kąpiel w pianie i przypalanie gorącym żelazem albo gwałt. Mój mózg nie czuje". Frewen i jego współpracownica Ruth Lanius odkryli, że im bardziej ludzie zrywają kontakt z wewnętrznymi odczuciami, tym mniejszą aktywność wykazywały ośrodki mózgowe odpowiedzialne za czucie siebie [108].

Osoby z doświadczeniem traumy często mają kłopot z odbiorem tego, co czuje ich ciało, brakuje im więc zróżnicowania reakcji na zdenerwowanie. Odpowiedzią na stres jest albo totalna blokada, albo nieproporcjonalna wściekłość. Niezależnie od reakcji, często nie potrafią powiedzieć, co ich zdenerwowało. Ta niezdolność do nawiązania kontaktu ze swoim ciałem sprawia, że – co dowiedzione – nie potrafią się skutecznie bronić i bardzo często ponownie stają się ofiarami przestępstw [109]. Mają też ogromne trudności w odczuwaniu przyjemności, zmysłowości i z poczuciem sensu.

Osoby z aleksytymią mogą poczuć się lepiej, tylko jeśli nauczą się rozpoznawać zależności między tym, co fizycznie odczuwają, a swoimi emocjami; podobnie jak daltoniści mogą wejść do świata kolorów, tylko jeśli nauczą się rozróżniać i doceniać wszystkie odcienie szarości. Tak jak moja ciotka i pacjenci Henry'ego Krystala, zwykle nie chcą tego zrobić. Większość, jak się wydaje, podjęła nieświadomą decyzję, że lepiej chodzić do lekarzy i leczyć dolegliwości, które nie znikają, niż podjąć trudne zadanie zmierzenia się z demonami przeszłości.

Depersonalizacja, czyli odrealnienie

Kolejnym krokiem na drodze do samozapomnienia jest depersonalizacja–utrata świadomości siebie. Skan mózgu Ute jaki oglądaliśmy w rozdziale 4., w swojej całkowitej pustce jest jej żywym przykładem. Depersonalizacja często towarzyszy traumatycznym przeżyciom. Sam zostałem kiedyś napadnięty nocą w parku niedaleko domu i unosząc się nad sceną walki, widziałem siebie

leżącego na śniegu z raną głowy, otoczonego przez trzech wymachujących nożami nastolatków. Nie czułem bólu dźgnięć ich noży na moich dłoniach i żadnego strachu, gdy negocjowałem, żeby oddali mi pusty portfel. Nie doszło u mnie do PTSD, jak sądzę, częściowo dlatego, że byłem bardzo ciekaw doświadczenia, które tak długo badałem u innych, a częściowo z powodu złudnego przeświadczenia, że będę potrafił narysować portrety pamięciowe napastników i pokazać je policji. Rzecz jasna nigdy ich nie złapano, ale moja fantazja o zemście musiała dać mi satysfakcjonujące poczucie sprawczości.

Osoby straumatyzowane nie mają tyle szczęścia i pozostają jakby oddzielone od swoich ciał. Jeden szczególnie trafny opis depersonalizacji pochodzi od niemieckiego psychoanalityka Paula Schildera, który pisał: „Dla osoby cierpiącej na depersonalizację świat wydaje się dziwny, szczególny, obcy, niczym ze snu. Przedmioty wydają się niekiedy dziwnie pomniejszone, a kiedy indziej płaskie. Dźwięki dochodzą jakby z oddali. […] Podobnym zmianom podlegają emocje. Pacjenci skarżą się, że nie odczuwają ani bólu, ani przyjemności. Sami dla siebie stają się obcy” [110].

Z zachwytem dowiedziałem się, że grupa neurologów na Uniwersytecie Genewskim [111] wywołała podobne wrażenie pobytu poza ciałem, drażniąc pewną część mózgu, konkretnie skrzyżowanie skroniowo-ciemieniowe, niewielkim prądem elektrycznym. U jednej z pacjentek wywołano tym wrażenie, że zwisa z sufitu, patrząc na swoje ciało; u innej – że ktoś przy niej stoi. Opisane doświadczenie potwierdza to, co mówili nam nasi pacjenci: że „ja” można oddzielić od ciała i kazać mu żyć własnym, widmowym życiem. Podobnie Lanius i Frewen oraz grupa badaczy z Uniwersytetu Groningen w Holandii [112], prowadzili neuroobrazowanie mózgu u osób, które zdysocjowały się od swego strachu, i odkryli, że podczas przypominania sobie traumatycznych przeżyć ośrodki strachu w ich mózgach po prostu się wyłączały.

Zaprzyjaźnić się z ciałem

Ofiary traumy nie mogą wrócić do zdrowia, dopóki nie poznają odczuć płynących z ciała i nie zaprzyjaźnią się z nimi. Bycie przerażonym oznacza, że żyjesz w ciele, które jest ciągle czujne.

Gniewni ludzie żyją w gniewnych ciałach. Ciała ofiar molestowania w dzieciństwie są spięte i stale w postawie obronnej, dopóki nie znajdą sposobu, by się odprężyć i poczuć bezpiecznie. Żeby się zmienić, ludzie muszą uświadomić sobie, co czują i jak ich ciała reagują z otaczającym ich światem. Fizyczna świadomość siebie to pierwszy krok do uwolnienia się od tyranii przeszłości.

Jak można się otworzyć i poznawać swój wewnętrzny świat wrażeń i emocji? W mojej praktyce zaczynam od tego, że pomagam pacjentom najpierw dostrzec, a potem opisać uczucia płynące z ich ciał; nie emocje, takie jak gniew, niepokój czy strach, ale fizyczne doznania, które tkwią głębiej: ciśnienie, gorąco, napięcie mięśni, mrowienie, uginanie się, uczucie pustki i tak dalej. Pracuję też nad identyfikowaniem wrażeń związanych z odprężeniem lub przyjemnością. Pomagam pacjentom uświadamiać sobie oddech, gesty i ruchy. Proszę, by zwracali uwagę na drobne zmiany w ich ciałach, takie jak uczucie ucisku w piersiach albo ściskania w żołądku, gdy mówią o negatywnych zdarzeniach, które, jak twierdzą, nic ich nie obchodzą.

Dostrzeganie tych wrażeń po raz pierwszy może być bardzo stresujące i wywoływać traumatyczne wspomnienia, podczas których ludzie kulą się lub przyjmują postawę obronną. To somatyczne przejawy nieprzetrawionej traumy i najpewniej reprezentują postawy, jakie chorzy przyjęli w trakcie pierwotnego wydarzenia. Obrazy i doznania mogą w takiej chwili zupełnie owładnąć pacjentem i terapeuta musi wiedzieć, jak można skanalizować te uczucia, żeby nie przydać pacjentowi stresu w wyniku ponownego obcowania z przeszłością. (Często bardzo dobrze wywiązują się z takiej roli nauczyciele, pielęgniarki i policjanci, którzy niemal na co dzień stykają się z ludźmi, którzy tracą kontrolę albo są w stanie zupełnego chaosu).

Stanowczo zbyt często jednak, zamiast uczyć ludzi, jak radzić sobie z niepokojącymi fizycznymi wrażeniami, przepisuje im się takie leki jak abilify, zyprexa czy seroquel. Tymczasem one tylko tłumią odczucia i nie pomagają ani rozwiązać problemów, ani zmienić wrażeń z toksycznej trucizny w sprzymierzeńców.

Najbardziej naturalnym dla nas, ludzi, sposobem uspokojenia się, gdy jesteśmy zdenerwowani, jest przytulenie się do drugiej osoby. To

oznacza, że pacjenci, którzy padli ofiarą fizycznej lub seksualnej napaści, stają przed dylematem: desperacko pragną dotyku, ale jednocześnie fizyczny kontakt ich przeraża. Umysł musi się ponownie nauczyć odbierania wrażeń zmysłowych, a ciału trzeba pomóc tolerować dotyk, a nawet cieszyć się jego kojącą siłą. Osoby, którym brakuje emocjonalnej świadomości, mogą, jeśli będą ćwiczyć, nauczyć się łączyć doznania fizyczne ze zdarzeniami psychicznymi. Powoli zaczynają wracać do siebie [113].

W kontakcie ze sobą, w kontakcie z innymi

Rozdział ten chciałbym zakończyć omówieniem jeszcze jednego badania, które pokazuje koszty utraty swojego ciała. Po tym, jak Ruth Lanius i jej zespół przebadali mózg w stanie spoczynku, skupili się na innym problemie z codziennego życia: Co dzieje się z osobami, które doświadczyły długotrwałej traumy, gdy nawiązują kontakt wzrokowy?

Wielu pacjentów przychodzących do mojego gabinetu nie potrafi spojrzeć mi w oczy. Widząc, jak trudno im to zrobić, od razu się orientuję, jak bardzo są zestresowani. Zawsze okazuje się, że czują się obrzydliwi i nie mogą znieść tego, że widzę, jak bardzo są godni pożałowania. Nigdy nie przyszło mi do głowy, że to silne uczucie wstydu znajduje swoje odzwierciedlenie w nieprawidłowej aktywacji mózgu.

Ruth Lanius raz jeszcze pokazała, że mózg i umysł to jedno – to, co dzieje się w jednym, jest rejestrowane w drugim. Kupiła drogie urządzenie, które pokazywało leżącej w skanerze osobie jakąś postać (w tym przypadku animowany bohater przypominał łagodnego Richarda Gere'a). Postać mogła się zbliżać do badanego albo z naprzeciwka, patrząc wprost na niego, albo pod kątem 45 stopni, z odwróconym wzrokiem. To pozwoliło na porównanie sposobu aktywowania mózgu w sytuacji bezpośredniego kontaktu wzrokowego i w sytuacji odwróconego spojrzenia [114].

Najbardziej uderzającą różnicą między grupą kontrolną a tymi, którzy przeżyli długotrwałą traumę, była aktywacja kory przedczołowej (PFC) w odpowiedzi na bezpośredni kontakt wzrokowy. W normalnych warunkach PFC ocenia osobę, która się do nas zbliża, a nasze neurony lustrzane pomagają nam określić jej

zamiary. Tymczasem u osób z PTSD żadna część płata czołowego nie ulegała aktywacji, co oznacza, że nie potrafiły one wzbudzić w sobie ciekawości względem nieznajomego. Jedyną ich reakcją było silne pobudzenie głęboko w emocjonalnej części mózgu, w prymitywnych rejonach znanych jako okołowodociągowa istota szara, dających początek reakcji zaskoczenia, nadpobudliwości, ukrywania się i innym zachowaniom obronnym. Brak było aktywacji w jakiejkolwiek części mózgu zaangażowanej w zachowania społeczne. Gdy ktoś na nich patrzył, po prostu przechodzili w tryb przetrwania. Co to oznacza dla ich zdolności do nawiązywania znajomości i współżycia z ludźmi? Co to znaczy dla ich terapii? Czy osoby z PTSD zawierzą terapeucie swoje najgłębsze lęki? Żeby nawiązać szczere relacje trzeba umieć doświadczać innych jako odrębnych jednostek, każdej z jej własnymi motywacjami i intencjami. Musisz umieć się bronić, ale musisz też umieć rozpoznać, że inni mają swoje własne sprawy. Trauma sprawia, że wszystkie te kategorie stają się mgliste, nieostre.

CZĘŚĆ TRZECIA

Mózg dziecka

ROZDZIAŁ 7

Nadawanie na tej samej fali: przywiązanie i dostrajanie się

> U podstaw odporności […] leży poczucie bycia rozumianym; bycia w sercu i umyśle drugiej, kochającej, opanowanej i dopasowanej do nas osoby.
>
> Diana Fosha

Oddział dziecięcy Ośrodka Zdrowia Psychicznego w szpitalu Massachusetts pełen był zaburzonych i niepokojących dzieciaków. To były dzikie osobniki, które nie umiały usiedzieć, które biły i gryzły inne dzieci, a czasem nawet personel. W jednej chwili przybiegały do ciebie i przytulały się, by w kolejnej uciec w przerażeniu. Niektóre kompulsywnie się masturbowały, inne atakowały przedmioty, zwierzęta i siebie. Łaknęły uczucia, a jednocześnie były gniewne i zbuntowane. Dziewczynki zaś potrafiły być do bólu posłuszne. Niezależnie od tego, czy się dystansowały, czy łaknęły kontaktu, żadne z dzieci nie potrafiło poznawać świata ani bawić się w sposób typowy dla ich normalnych rówieśników. Niektóre z trudem rozwinęły poczucie własnego „ja” – nie potrafiły nawet rozpoznać się w lustrze.

W tamtym czasie niewiele wiedziałem o dzieciach, poza tym, czego uczyły mnie moje dwa przedszkolaki. Miałem jednak szczęście w osobie Niny Fish-Murray, która oprócz wychowywania piątki własnych dzieci studiowała w Genewie u Jeana Piageta. Piaget opierał swoje teorie rozwoju dziecka na bezpośrednich, drobiazgowych obserwacjach, zaczynając od własnych niemowląt, Nina natomiast przeniosła tego ducha do raczkującego Trauma Center w MMHC.

Nina wyszła za mąż za byłego szefa wydziału psychologii na Harvardzie, Henry’ego Murraya, jednego z pionierów teorii osobowości, i aktywnie zachęcała do współpracy wszystkich członków wydziału, którzy podzielali jej zainteresowania.

Fascynowały ją moje opowieści o weteranach wojennych, ponieważ przypominali jej oni zaburzone dzieciaki, z jakimi pracowała w szkołach publicznych w Bostonie. Uprzywilejowana pozycja

i osobisty urok Niny dały nam wstęp na oddział prowadzony przez psychiatrów dziecięcych, którzy nie interesowali się traumą.

Henry Murray stał się sławny między innymi za sprawą opracowania szeroko stosowanego testu Apercepcji Tematycznej (TAT), nazwanego zresztą jego imieniem. W TAT, nazywanym też testem projekcyjnym, używa się zestawu kart, by odkryć, jak wewnętrzna rzeczywistość danej osoby kształtuje jej pogląd na świat. W odróżnieniu od testu Rorschacha, jakiego używaliśmy w badaniach weteranów, karty TAT przedstawiają realistyczne, lecz dwuznaczne i w pewien sposób niepokojące sceny: oto mężczyzna i kobieta smutno odwracają od siebie wzrok, chłopiec patrzy na zniszczone skrzypce. Badani mają za zadanie opowiedzieć, co dzieje się na obrazkach, co stało się wcześniej i co stanie się później. W większości przypadków interpretacje szybko ujawniają, co ich dręczy. Nina i ja zdecydowaliśmy, że stworzymy zestaw kart testowych specjalnie dla dzieci, wykorzystujących zdjęcia, które wycięliśmy z magazynów leżących w poczekalni kliniki. W pierwszym badaniu porównaliśmy dwanaścioro pacjentów oddziału, w wieku od sześciu do jedenastu lat, z grupą dzieci z pobliskiej szkoły, jak najlepiej dopasowanych pod względem wieku, rasy, inteligencji i układów rodzinnych [115]. Naszych pacjentów odróżniała historia krzywdzenia, jakie spotkało ich w rodzinach. Był tam chłopiec, którego matka regularnie biła, dziewczynka wykorzystywana przez ojca od czwartego roku życia, dwóch chłopców regularnie przywiązywanych do krzesła i chłostanych i dziewczynka, która w wieku pięciu lat widziała, jak jej matkę (prostytutkę) zgwałcono, rozczłonkowano, podpalono i wrzucono do bagażnika. Alfons matki był podejrzewany o wykorzystywanie seksualne dziewczynki.

Dzieci z grupy kontrolnej też żyły w biednej, zaniedbanej części Bostonu, gdzie regularnie bywały świadkami wstrząsających aktów przemocy. W trakcie prowadzenia badania jeden z chłopców oblał kolegę z klasy benzyną i podpalił go. Inny w drodze do szkoły, razem z ojcem i kolegą znalazł się w krzyżowym ogniu. Został ranny w pachwinę, a jego przyjaciel zginął. Biorąc pod uwagę tak wysoki „wyjściowy” poziom przemocy, czy ich odpowiedzi na nasze testowe karty mogły się różnić od tych, jakie dawali pacjenci?

Jedna z naszych kart przedstawiała scenkę rodzinną: dwoje uśmiechniętych dzieci patrzy, jak tata naprawia samochód.



Każde dziecko skomentowało, że niebezpiecznie jest leżeć pod samochodem. Podczas jednak gdy u dzieci z grupy kontrolnej opowieści dobrze się kończyły – samochód został naprawiony i może tata z dziećmi pojechali nim do McDonalda – straumatyzowane dzieciaki przedstawiały smutne wersje wydarzeń. Jedna z dziewczynek powiedziała, że dziewczynka na zdjęciu zaraz rozbije głowę ojca młotkiem. Dziewięciolatek, który był fizycznie wykorzystywany, przedstawił skomplikowaną historię o tym, jak chłopiec z obrazka kopnął podnośnik tak, że samochód przygniótł ciało jego ojca, a krew obryzgała cały garaż.

Podczas opowiadania nasi pacjenci stawali się bardzo podnieceni i chaotyczni. Sporo czasu musieliśmy spędzić przy poidełku z wodą i na spacerze, zanim mogliśmy pokazać im kolejną kartę. Nic dziwnego, że niemal u wszystkich rozpoznano ADHD, a większość była na ritalinie, choć lek z pewnością nie tłumił ich pobudzenia w takich sytuacjach.

Dzieci wykorzystywane dawały podobne odpowiedzi, opisując pozornie niewinny obrazek ciężarnej kobiety siedzącej przy oknie. Gdy pokazaliśmy go siedmiolatce, którą wykorzystano seksualnie w wieku czterech lat, mówiła o penisach i waginach i wciąż pytała Ninę o takie rzeczy jak: „Ilu facetów już cię puknęło?”. Podobnie jak inne wykorzystywane seksualnie dziewczynki w naszym badaniu, tak się podnieciła, że musieliśmy przerwać. Siedmiolatka z grupy kontrolnej podchwyciła tęskny nastrój zdjęcia: snuła opowieść o wdowie smutno patrzącej przez okno i tęskniącej za swoim mężem. W końcu jednak kobieta spotkała kochającego mężczyznę, który stał się dobrym ojcem dla jej dziecka.



Karta po karcie odkrywaliśmy, że mimo świadomości zagrożenia dzieci, które nie były wykorzystywane, wciąż ufały, że świat jest

z gruntu dobry; potrafiły wyobrazić sobie wyjście z trudnych sytuacji. Wydawały się bezpieczne w swoich rodzinach. Czuły się też kochane przynajmniej przez jedno z rodziców, co wydawało się mieć zasadnicze znaczenie dla ich chęci do nauki i uczestnictwa w grupie szkolnej.

Reakcje pacjentów oddziału były alarmujące. Nawet najbardziej niewinne obrazy wywoływały w nich silne poczucie zagrożenia, agresję, podniecenie seksualne albo przerażenie. Nie wybieraliśmy zdjęć z uwagi na jakieś ich ukryte znaczenia, które osoby wrażliwe mogłyby odkryć; to były zwyczajne obrazki z codziennego życia. Mogliśmy tylko wywnioskować, że dla molestowanych dzieci cały świat był pełen wyzwalaczy emocji. Tak długo, jak potrafiły sobie wyobrazić tylko złe skutki nawet najbezpieczniejszych sytuacji, każdy, kto wchodził do pokoju, każdy nieznajomy, każdy obraz na ekranie czy na plakacie mógł być postrzegany jako zwiastun katastrofy. W tym świetle dziwaczne zachowanie pacjentów oddziału dziecięcego nagle nabierało sensu [116].

Ku memu zaskoczeniu w dyskusjach personelu rzadko wspominano przerażające doświadczenia tych dzieci czy wpływ traumy na ich uczucia, myślenie i samokontrolę. Zamiast tego historie chorób wypełniały książkowe rozpoznania; dla rozzłoszczonych i buntowniczych: „zaburzenia zachowania” albo „zaburzenie opozycyjno-buntownicze”, albo „choroba dwubiegunowa”; niemal dla wszystkich diagnozą „współistniejącą” było ADHD. Czyżby ich trauma znikła w zamęcie rozpoznań?

Teraz stały przed nami dwa wyzwania. Jednym było dowiedzieć się, czy odmienne postrzeganie świata przez normalne dzieci mogło mieć znaczenie dla ich odporności, a na głębszym poziomie, odpowiedzieć na pytanie, jak każde dziecko tworzy sobie mapę świata. Drugie, równie zasadnicze pytanie brzmiało: Czy można pomóc mózgom i umysłom skrzywdzonych dzieci narysować na nowo wewnętrzne mapy i wbudować w nie ufność i pewność przyszłości?

Mężczyźni bez matek

Badania naukowe nad więzią niemowląt z matkami zaczęli angielscy arystokraci, wydarci za młodu ze swoich rodzin i wysłani do szkół

z internatem, gdzie wychowywano ich w skoszarowanym, jednopłciowym środowisku. Gdy pierwszy raz odwiedziłem słynną londyńską klinikę Tavistock, zauważyłem wiszącą na ścianie wzdłuż głównych schodów kolekcję czarno-białych fotografii tych wspaniałych XX-wiecznych psychiatrów: Johna Bowlby'ego, Wilfreda Biona, Harry'ego Guntripa, Ronalda Fairbairna i Donalda Winnicotta. Każdy z nich na swój sposób badał, jak nasze wczesne doświadczenia stają się wzorcem dla wszystkich późniejszych związków i jak, w codziennych kontaktach z opiekunami, kształtuje się nasze najgłębsze poczucie siebie.

Naukowcy badają to, co ich najbardziej ciekawi, i stają się często ekspertami w kwestiach, które inni uznają za oczywiste. (Albo, jak powiedziała mi kiedyś badaczka związków Beatrice Beebe, „większość badań to samobadania"). Badający rolę matki w życiu dziecka mężczyźni jako chłopcy między szóstym a dziesiątym rokiem życia przebywali daleko od domu, na długo przedtem zanim przyszedł dla nich właściwy czas, by samodzielnie stawić czoło światu. Sam Bowlby powiedział mi, że doświadczenie szkoły z internatem prawdopodobnie zainspirowało George'a Orwella do napisania *Roku 1984*, który wspaniale ukazuje, jak istoty ludzkie można pobudzić do poświęcenia wszystkiego, co bliskie i drogie – w tym poczucia własnego „ja" – w imię bycia kochanym i akceptowanym przez kogoś, kto ma władzę.

Bowlby był w bliskich stosunkach z Murrayami, więc miałem okazję rozmawiać z nim o jego pracy za każdym razem, kiedy odwiedzał Harvard. Urodził się w rodzinie arystokratycznej (jego ojciec był królewskim chirurgiem) i studiował psychologię, medycynę i psychoanalizę w świątyniach brytyjskiego establishmentu. Po ukończeniu Cambridge pracował z młodocianymi przestępcami w londyńskim East Endzie, dzielnicy znanej z wysokiej przestępczości, w dużej mierze zniszczonej niemieckimi bombardowaniami w czasie II wojny światowej. W trakcie służby i po zakończeniu wojny Bowlby widział skutki ewakuacji i ochronek, które oddzielały małe dzieci od ich rodzin. Badał też wpływ hospitalizacji, wykazując, że nawet krótkotrwała rozłąka (wtedy rodzicom nie pozwalano zostawać w szpitalu na noc) przyczyniała się do zwiększenia dziecięcego cierpienia. Już pod koniec lat czterdziestych

stał się w środowisku brytyjskich psychoanalityków *persona non grata,* twierdził bowiem, że zaburzenia zachowania dzieci były tylko reakcją na rzeczywiste zdarzenia z ich życia – zaniedbania, brutalność, rozdzielenie – a nie po prostu wytworem infantylnych fantazji seksualnych. Niezniechęcony resztę życia poświęcił na tworzenie tego, co później nazwano teorią więzi [117].

Bezpieczna przystań

Gdy przychodzimy na świat, oznajmiamy naszą obecność krzykiem. Ktoś natychmiast się nami zajmuje: kąpie nas, zawija w kocyk i karmi, a co najlepsze, mama może nas położyć na swoim brzuchu lub piersi, zapewniając fantastyczny kontakt skóry ze skórą. Jesteśmy istotami do głębi społecznymi, nasze życie składa się ze znajdowania sobie miejsca w społeczności innych istot ludzkich. Uwielbiam wyrażenie ukute przez wielkiego francuskiego psychiatrę Pierre'a Janeta: „Każde życie jest sztuką, tworzoną wszelkimi dostępnymi środkami".

W miarę jak dorastamy, stopniowo uczymy się dbać o siebie, zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, ale pierwszych lekcji tego dbania udzielają nam ci, którzy troszczą się o nas. Opanowanie sztuki samokontroli w dużym stopniu zależy od tego, jak harmonijne są nasze wczesne interakcje z opiekunami. Jeśli rodzice są źródłem siły i komfortu, na którym można polegać, dziecko zyskuje przewagę na całe życie – rodzaj zderzaka amortyzującego wszystko, co zły los może rzucić mu pod nogi.

John Bowlby zdał sobie sprawę, że dzieci zatrzymują uwagę na twarzach i głosach oraz że są niezmiernie wyczulone na mimikę, postawę ciała, ton głosu, zmiany fizjologiczne, szybkość ruchów i inicjowane działania. Uznawał tę wrodzoną zdolność za wytwór ewolucji, niezbędny do przetrwania tak bezbronnych stworzeń. Dzieci są tak zaprogramowane, żeby wybrać jednego, najwyżej kilku dorosłych, z którymi będą rozwijać swój naturalny system komunikacji. To tworzy pierwotną więź. Im bardziej adekwatnie dorosły reaguje na dziecko, tym głębsze przywiązanie i tym pewniejsze, że dziecko wytworzy zdrowe sposoby interakcji z ludźmi.

Bowlby często odwiedzał londyński Regent's Park, gdzie prowadził systematyczne obserwacje interakcji dzieci z ich matkami. Podczas

gdy kobiety spokojnie siedziały na ławkach, szydełkując albo czytając gazety, dzieci wałęsały się po okolicy, od czasu do czasu spoglądając przez ramię, by upewnić się, czy mama wciąż patrzy. Gdy jednak obok zatrzymała się sąsiadka, zajmując uwagę matki najnowszymi ploteczkami, dziecko natychmiast przybiegało i pozostawało w pobliżu, by się upewnić, że wciąż jest dostrzegane. Kiedy niemowlęta i małe dzieci orientują się, że ich matki nie poświęcają im stu procent uwagi, zaczynają się denerwować. Gdy ich matki znikają, dzieci zaczynają płakać i nie można ich uspokoić, ale kiedy tylko matki pojawiają się z powrotem, dzieci znów wracają do zabawy.

Bowlby rozumiał więź jako bezpieczną bazę, z której dziecko wyrusza na podbój świata. Prowadzone przez następne pół wieku badania potwierdziły, że posiadanie bezpiecznej przystani sprawia, że bardziej polegamy na sobie, mamy większą zdolność do współczucia i chęć pomocy innym w potrzebie. Z bliskiej relacji dawania i brania dzieci uczą się, że inni ludzie mają myśli i uczucia, które są zarówno podobne, jak i różne od tych, których one same doświadczają. Innymi słowy, dostrajają się do otoczenia i do otaczających je osób, kształtują w ten sposób swoją samoświadomość, empatię, motywację oraz uczą się kontrolować popędy – wszystko to pozwala im stać się wartościowymi członkami większej społeczności. Tych cech bardzo brakowało pacjentom naszego oddziału pediatrycznego.

Taniec więzi

Dzieci zawsze przywiązują się do osoby, która funkcjonuje jako ich główny opiekun, jednak natura tej więzi – poczucie bezpieczeństwa albo niepewności – wywiera ogromny wpływ na całe dalsze życie malucha. Bezpieczna relacja tworzy się, gdy opieka obejmuje też dostrojenie emocjonalne. Zaczyna się ono od najsubtelniejszych, interakcji fizycznych między niemowlęciem a jego opiekunem i daje dziecku poczucie, że jest rozumiane. Jak mawia badacz więzi z Edynburga, Colwyn Trevarthen: „Mózg koordynuje rytmiczne ruchy ciała i sprawia, że są w synchronii z mózgami innych ludzi. Niemowlę słyszy głos matki i uczy się jego muzyczności jeszcze przed urodzeniem” [118].

W rozdziale 4. opisałem odkrycie neuronów lustrzanych, międzymózgowego łącznika dającego nam zdolność empatii. Neurony lustrzane zaczynają działać już przy urodzeniu. Gdy Andrew Meltzoff na University of Oregon zaciska usta albo pokazuje język sześciogodzinnym noworodkom, te natychmiast go naśladują [119]. (Noworodki potrafią skupić wzrok tylko na obiektach umiejscowionych jakieś 20–30 cm od ich twarzy, tyle żeby zobaczyć, kto je trzyma). Naśladownictwo to nasza najbardziej podstawowa umiejętność społeczna. Dzięki niej automatycznie podejmujemy i kopiujemy zachowania naszych rodziców, nauczycieli i rówieśników.

Większość rodziców wchodzi w relacje ze swoimi dziećmi tak spontanicznie, że ledwie zdają sobie sprawę z tego, jak rozwija się proces wzajemnego dostrajania się. Jednak zaproszenie od mojego przyjaciela, badacza więzi Eda Tronicka, pozwoliło mi bliżej się temu przyjrzeć. Przez lustro weneckie w laboratorium rozwoju człowieka na Harvardzie obserwowałem matkę bawiącą się ze swoim dwumiesięcznym synkiem, który siedział w foteliku naprzeciwko niej. Gaworzyli do siebie i świetnie się bawili, dopóki matka nie pochyliła się ku dziecku, by szturchnąć je nosem, a ono – strasznie podekscytowane – nie złapało jej za włosy. Matka, zupełnie zaskoczona, krzyknęła z bólu i odepchnęła rączkę synka, jednocześnie patrząc na niego gniewnie. Dziecko natychmiast puściło pukiel włosów i oboje oddalili się od siebie. Dla obojga źródło przyjemności stało się nagle źródłem stresu. Wyraźnie przestraszone dziecko zasłoniło oczy rączkami, by nie widzieć zagniewanej twarzy matki. Ona z kolei, uświadamiając sobie, że malec się boi, znów skupiła na nim swoją uwagę i zaczęła doń łagodnie przemawiać, próbując uspokoić sytuację. Niemowlę wciąż zasłaniało oczy rękoma, ale wkrótce górę wzięła tęsknota za więzią. Chłopiec zaczął podglądać, żeby zorientować się, czy niebezpieczeństwo minęło; matka w tym czasie patrzyła na niego zatroskana. Gdy zaczęła łaskotać go w brzuszek, opuścił rączki i zaniósł się radosnym chichotem, a harmonia została przywrócona. Niemowlę i jego matka znów dostroili się do siebie. Cała sekwencja rozkoszy, zerwania, naprawy i ponownej rozkoszy trwała niecałe dwanaście sekund.

Tronick i inni badacze pokazali, że gdy niemowlęta i ich opiekunowie są ze sobą dobrze dostrojeni na poziomie

emocjonalnym, są tacy również na poziomie fizycznym [120].

Dzieci nie potrafią kontrolować swoich emocji, nie mówiąc już o tętnie, stężeniu hormonów czy aktywności układu nerwowego, jakie towarzyszą uczuciom. Kiedy dziecko dostroi się do opiekuna, jego poczucie radości i łączności wyraża się w miarowym biciu serca i oddechu oraz w niskim stężeniu hormonów stresu. Jego ciało jest spokojne, podobnie jak jego emocje. Gdy ta melodia zostaje przerwana (jak to się często dzieje w codziennych sytuacjach), wszystkie te fizjologiczne zmienne też się zmieniają. Możesz poczuć, że równowaga została przywrócona, gdy widzisz, że do równowagi wróciła fizjologia.

Niemowlęta uspokajamy, ale wkrótce rodzice zaczynają uczyć swoje dzieci znoszenia wysokich poziomów pobudzenia; to zadanie często spada na ojców. (Usłyszałem kiedyś, jak psycholog John Gottman powiedział: „Matki głaszczą, ojcowie szturchają”). Zdolność panowania nad pobudzeniem to ważna umiejętność życiowa i rodzice muszą jej nauczyć swoje dzieci, zanim one nauczą się jej same. Jeśli gniecenie w żołądku sprawia, że dziecko zapłacze, pojawia się pierś lub butelka z mlekiem. Jeżeli maluch się przestraszy, ktoś bierze go w ramiona i kołysze, dopóki się nie uspokoi. Jeśli zrobi kupę, ktoś go myje i przewija. Łączenie silnych wrażeń z bezpieczeństwem, komfortem i opanowaniem to podstawa samokontroli, samouspokojenia i samowychowania; do tego tematu wracam stale w tej książce.

Bezpieczna więź połączona z rozwijaniem zdolności tworzy wewnętrzny obszar kontroli, czynnik kluczowy dla właściwego radzenia sobie w życiu [121]. Dzieci zaangażowane w bezpieczne więzi odkrywają, co sprawia im radość, a co powoduje, że czują się źle; nabywają również poczucia sprawczości: doświadczają, że ich działania mogą zmienić odczucia i reakcje innych. Takie dzieci uczą się, jaka jest różnica między sytuacją, którą mogą kontrolować, a taką, w której potrzebują pomocy. Uczą się, że postawione przed trudnym zadaniem mogą odgrywać aktywną rolę. Tymczasem dzieci, które były wykorzystywane lub zaniedbywane, uczą się, że ich przerażenie, błagania i płacz nie docierają do ich opiekunów. Nic, co mogą powiedzieć czy zrobić, nie powstrzymuje bicia ani nie przynosi

uwagi i pomocy. W rezultacie zostają uwarunkowane, by dać za wygraną, gdy w późniejszym życiu stają przed jakimś wyzwaniem.

Stawanie się rzeczywistym

Ojcem współczesnych badań więzi jest rówieśnik Bowlby'ego, pediatra i psychoanalityk Donald Winnicott. Jego wnikliwe obserwacje matek i dzieci zaczęły się od badania, jak matki trzymają swoje maleństwa. Uważał, że te fizyczne związki tworzą podwaliny niemowlęcego poczucia siebie, a wraz z tym – poczucia tożsamości na całe życie. Sposób, w jaki matka trzyma dziecko, podkreśla „zdolność do odczuwania ciała jako miejsca, gdzie rezyduje psyche" [122]. To głębokie, płynące z trzewi, kinestetyczne odczucie spotykania się naszych ciał jest podstawą tego, co odbieramy jako „rzeczywiste" [123].

Winnicott sądził, że większość matek świetnie dostraja się do swoich dzieci; nie trzeba specjalnych talentów, żeby być – jak to określał – „wystarczająco dobrą matką" [124]. Jeśli jednak matka nie potrafi się dostroić do fizycznej rzeczywistości swojego dziecka, sprawy mogą się poważnie skomplikować. Gdy kobieta nie potrafi zaspokoić żądań i potrzeb dziecka, ono „uczy się, jak być wyobrażeniem matki o tym, jakie powinno być dziecko". Będąc zmuszonym do ignorowania wewnętrznych odczuć i starając się dostosować do potrzeb opiekuna, dziecko nabiera przekonania, że coś jest z nim „nie tak".

Dzieci, którym brakuje fizycznego dostrojenia, są podatne na blokowanie płynących bezpośrednio z ich ciał sygnałów przyjemności, celu czy kierunku.

Od czasu, gdy świat poznał idee Bowlby'ego i Winnicotta, badania nad tworzeniem więzi prowadzone na całym świecie wykazały, że przeważająca większość dzieci jest w bezpiecznych relacjach. Gdy dorastają, historia opanowanej, odpowiedzialnej opieki pomaga im dystansować się od strachu i niepokoju. Jeśli pominąć jakieś zupełnie wyjątkowe, tragiczne wydarzenia – traumę, która niszczy mechanizmy samoregulacyjne – przez całe życie utrzymują stan wewnętrznego bezpieczeństwa. Bezpieczna więź tworzy też wzorzec dziecięcych relacji. Maluchy wychwytują uczucia innych i bardzo wcześnie uczą się odróżniać grę od rzeczywistości, świetnie

wyczuwają nieautentyczne sytuacje i niebezpiecznych ludzi. Dzieci posiadające bezpieczne relacje stają się wesołymi współtowarzyszami zabaw i mają mnóstwo doświadczeń z rówieśnikami, w których potwierdzają swoją wartość. Gdy nauczą się dostrajać się do innych osób, zwykle zauważają subtelne zmiany mimiki czy głosu i odpowiednio dostosowują swoje zachowanie. Uczą się żyć, dzieląc z otoczeniem to samo rozumienie świata, i najpewniej staną się dzięki temu wartościowymi członkami społeczności.

Tę spiralę sukcesu można jednak załamać, a wręcz odwrócić jej bieg, poprzez wykorzystywanie i zaniedbywanie. Wykorzystywane dzieci często są bardzo wyczulone na zmiany mimiki i tonu głosu, ale zwykle odbierają je jako zagrożenie, nie jako wskazówkę, żeby się dostroić. Doktor Seth Pollak z University of Wisconsin pokazał grupie normalnych ośmiolatków serię zdjęć twarzy i porównał ich reakcje z reakcjami obserwowanymi w grupie wykorzystywanych rówieśników. Patrząc na wachlarz rozmaitych, zagniewanych lub smutnych twarzy, maltretowane dzieci wyjątkowo reagowały na najmniejszy przejaw gniewu [125].



COPYRIGHT © 2000, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

To jedna z przyczyn, dla których takie dzieci łatwo przyjmują postawę obronną lub przerażoną. Spróbuj sobie wyobrazić, że mijasz morze twarzy na korytarzu szkolnym, starając się zgadnąć, kto może cię zaatakować. Dzieciaki, które przesadnie reagują na zaczepki rówieśników – łatwo zamykają się w sobie albo tracą kontrolę – najczęściej są wykluczane ze wspólnych zabaw i nie są zapraszane do innych domów. W końcu uczą się ukrywać strach za maską twardziela. Albo coraz więcej czasu spędzają samotnie, oglądając telewizję lub grając w gry komputerowe. Coraz bardziej więc pozostają w tyle w zakresie nawiązywania kontaktów międzyludzkich i emocjonalnej samokontroli. Potrzeba więzi nigdy nie wygasa. Większość ludzi nie znosi oddzielenia od innych, nawet na krótko. Ludzie, którzy nie potrafią tworzyć więzi przez pracę, przyjaźnie czy

relacje rodzinne, zwykle znajdują inne sposoby: poprzez chorobę, procesowanie się albo rodzinne waśnie. Wszystko jest lepsze od poczucia wyalienowania, bycia nikim, zapomnianym przez Boga i ludzi.

Kilka lat temu, w Wigilię, wezwano mnie, żebym zbadał pewnego czternastolatka osadzonego w więzieniu okręgowym w Suffolk. Jacka aresztowano za włamanie do domu sąsiadów, którzy wyjechali na urlop. Alarm wył, gdy policja znalazła go w salonie. Pierwsze pytanie, jakie zadałem chłopcu, brzmiało: Kto odwiedzi go w areszcie w święta? „Nikt" – odpowiedział, „Nikt nigdy nie zwraca na mnie uwagi". Okazało się, że wcześniej już wielokrotnie był przyłapywany na włamaniach. Znał policjantów, a oni znali jego. Z zachwytem w głosie opowiadał, że gdy policjanci zobaczyli go stojącego pośrodku salonu, zakrzyknęli: „No nie, to znowu Jack, ten mały skurwysyn!".

Ktoś go rozpoznał, ktoś znał jego imię. Trochę później Jack przyznał: „Wiesz, właśnie to sprawia, że warto". Dzieci zrobią niemal wszystko, żeby mogły poczuć się dostrzeżone i powiązane z innymi.

Rodziców się nie wybiera

Dzieci mają wrodzony instynkt tworzenia więzi, nie mają wyboru. Niezależnie od tego, czy rodzice lub opiekunowie są kochający i opiekuńczy, czy zdystansowani, nieczuli, odpychający bądź maltretujący, dziecko będzie rozwijać styl przywiązania oparty na próbach zaspokojenia choć niektórych swoich potrzeb.

Dziś mamy rzetelne metody oceny i identyfikacji tych stylów przywiązania; głównie dzięki pracom dwóch amerykańskich badaczek, Mary Ainsworth i Mary Main, oraz ich kolegów, którzy przez lata przeprowadzili tysiące godzin obserwacji par matka–niemowlę. Na podstawie badań Ainsworth stworzyła narzędzie badawcze zwane Obcą Sytuacją (*Strage Situation*), oceniające jak niemowlę reaguje na czasowe oddzielenie od matki. Podobnie jak u Bowlby'ego, dzieci tworzące bezpieczną więź denerwują się, gdy matka je opuszcza, ale okazują niezwykłą radość, kiedy wraca, i po krótkim upewnieniu się, że już jest, uspokajają się i wracają do zabawy.

Jednak u dzieci pozbawionych takiej bezpiecznej więzi obraz jest bardziej złożony. Jeśli główny opiekun nie reaguje na nie lub je odrzuca, dzieci uczą się radzić sobie z niepokojem na dwa różne sposoby. Badacze zauważyli, że część wydawała się ciągle zdenerwowana i miała pretensje do matek, podczas gdy inne były bardziej pasywne i wycofane. W obu grupach kontakt z matką nie przynosił ukojenia – maluchy nie wracały spokojnie do zabawy, jak to ma miejsce przy bezpiecznych relacjach. We wzorze przywiązania nazwanym stylem unikającym niemowlęta wyglądają, jakby nic ich nie martwiło; nie płaczą, gdy matka odchodzi, i ignorują ją, kiedy wraca. Nie oznacza to jednak, że nic nie czują. W rzeczywistości stale podwyższone tętno świadczy o tym, że pozostają w stanie nadmiernego pobudzenia. Ja i moi koledzy nazywamy ten schemat „radzi sobie, ale nie odczuwa” [126]. Większość matek takich dzieci wydaje się unikać ich dotykania. Mają problem z trzymaniem i przytulaniem maluchów i nie wykorzystują mimiki ani tonu głosu, żeby stworzyć łagodny, kojący rytm interakcji ze swoimi pociechami.

We wzorze przywiązania nazywanym stylem niespokojnym albo ambiwalentnym niemowlę stale stara się zwrócić na siebie uwagę płaczem, krzykiem, czepianiem się rodzica: „czuje, ale nie radzi sobie” [127]. Takie dziecko zdaje się dochodzić do wniosku, że jeśli nie zrobi sceny, to nikt nie zwróci na nie uwagi. Gdy nie wie, gdzie jest matka, staje się niewiarygodnie zestresowane, ale kiedy opiekunka wraca, nie uspokaja go to. I choć wydaje się, że nie cieszy się jej obecnością, wciąż pozostaje na niej skupione, w sposób pasywny lub gniewny, nawet w sytuacjach, w których inne dzieci wróciłyby do zabawy [128].

Zdaniem badaczy więzi te trzy „uporządkowane” style przywiązania (bezpieczny, unikający i ambiwalentny) działają, bo wywołują najlepszą reakcję ze strony danego opiekuna. Dzieci spotykające się ze stałym rodzajem opieki, nawet jeśli ma to być opieka nacechowana emocjonalnym dystansem czy nieczułością, potrafią się dostosować, żeby utrzymać tę relację. Co nie znaczy, że nie ma w niej problemów: schemat przywiązania często przechodzi w dorosłe życie. Niespokojne maluchy zwykle wyrastają na niespokojnych dorosłych, podczas gdy te unikające najczęściej stają się osobami, które nie mają kontaktu ani z własnymi uczuciami, ani

z uczuciami innych ludzi. (To ci, którzy mówią: „Nie ma nic złego w dobrym laniu. Mnie bito, a popatrzcie, jakie odnoszę sukcesy”). W szkole dzieci unikające zwykle prześladują innych, podczas gdy ambiwalentne często stają się ich ofiarami [129]. Rozwój nie jest jednak liniowy i wiele doświadczeń życiowych może zmienić efekt końcowy.

Istnieje jeszcze jedna grupa, mniej stabilnie zaadaptowana, grupa tworząca większość leczonych przez nas dzieci i sporą część dorosłych pacjentów klinik psychiatrycznych. Jakieś dwadzieścia lat temu Mary Main i jej koledzy z Berkeley dostrzegli, że istnieje grupa dzieci (około 15 procent z tych, które wtedy badali) niepotrafiących, jak się wydawało, określić, w jaki sposób mają wejść w relacje ze swoimi opiekunami. Najistotniejsze było to, że sami opiekunowie stanowili dla tych dzieci źródło zdenerwowania lub przerażenia [130].

W takiej sytuacji dziecko nie ma się do kogo zwrócić i jest postawione przed nierozwiązywalnym dylematem: jego matka jest z jednej strony niezbędna mu do przetrwania, a z drugiej jest źródłem strachu [131]. Dziecko „nie może podejść (strategia bezpieczna lub ambiwalentna), odwrócić uwagi (strategia unikowa) ani uciec” [132]. Obserwując takie maluchy w żłobku albo w laboratorium badania więzi, można zobaczyć, że gdy rodzic wchodzi do pokoju, one najpierw patrzą na niego, by zaraz potem się odwrócić. Nie potrafiąc wybrać między potrzebą bliskości a unikania, mogą kiwać się w miejscu, jakby w transie, zastygać z uniesionymi rękoma albo wstać, by przywitać rodzica, a zaraz potem opaść na ziemię. Nie wiedząc, kto jest bezpieczną przystanią ani do kogo należą, takie dzieci mogą być bardzo przyjazne w stosunku do obcych lub nie ufać nikomu. Main nazwała ten schemat przywiązaniem zdezorganizowanym. Styl zdezorganizowany to „strach bez wyjścia” [133].

Wewnętrzny chaos

Sumienni rodzice często niepokoją się, gdy odkrywają badania więzi, sądzą bowiem, że ich okazjonalna niecierpliwość i zdarzające się niepowodzenia w dostrojeniu się do dziecka mogą trwale „uszkodzić” osobowość malucha. W prawdziwym życiu muszą się jednak zdarzać nieporozumienia, niewłaściwe reakcje i niepowodzenia w komunikacji. Matki i ojcowie przegapiają pewne sygnały albo są po

prostu zajęci czymś innym, więc dzieci często muszą same znaleźć sposób, jak się uspokoić. W pewnych granicach to nie problem. Dzieciaki muszą się nauczyć radzenia sobie z frustracją i rozczarowaniem. Jeśli opiekunowie są „wystarczająco dobrzy", ich pociechy uczą się, że zerwane więzi można naprawić. Najważniejsze jest, czy potrafią uwewnętrznić głębokie, instynktowne poczucie bezpieczeństwa ze swoimi rodzicami czy opiekunami [134].

W badaniu stylów przywiązania prowadzonym na próbie ponad dwóch tysięcy niemowląt w normalnych środowiskach klasy średniej stwierdzono, że 62 procent wytwarza schemat bezpieczny, 15 procent – unikający, 9 procent – niespokojny (inaczej ambiwalentny), a 15 procent – zdezorganizowany [135]. Co ciekawe, to duże badanie pokazało, że płeć i wrodzony temperament dziecka mają niewielki wpływ na styl przywiązania; na przykład dzieci o „trudnym" charakterze nie są bardziej predysponowane do wytworzenia stylu zdezorganizowanego. Bywa on natomiast częstszy u dzieci z niższych klas socjoekonomicznych [136], których rodzice są często silnie zestresowani problemami ekonomicznymi i rodzinnymi.

Dzieci, które nie czują się bezpiecznie w niemowlęctwie, mają z wiekiem trudności z kontrolowaniem nastroju i reakcji emocjonalnych. W przedszkolu wiele z takich zdezorganizowanych dzieciaków staje się albo agresywnych albo wycofanych i zamkniętych w sobie. Pojawiają się też u nich rozmaite problemy psychiatryczne [137]. Wykazują również wyższy poziom stresu, co można wykryć, badając tętno i jego zmienność [138], stężenie hormonów stresu oraz obniżone stężenie czynników odpornościowych [139]. Czy ten rodzaj biologicznego rozchwiania automatycznie wraca do normy, gdy dziecko dorasta albo jest przeniesione w bezpieczne otoczenie? Z tego, co dotąd wiemy – nie.

Przemoc ze strony rodziców nie jest jedynym powodem zdezorganizowanego przywiązania: opiekunowie, którzy są przejęci własną traumą (przemocą domową, gwałtem, niedawną śmiercią kogoś bliskiego), mogą być zbyt niestabilni emocjonalnie, zbyt rozchwiani, by zapewnić komfort i ochronę [140]. Choć każdy rodzic potrzebuje wszelkiej dostępnej pomocy w wychowaniu bezpiecznych, pewnych siebie dzieci, szczególnej pomocy potrzebują ci, którzy sami

padli ofiarą przemocy. Potrzebują oni pomocy w dostrojeniu się do potrzeb dziecka.

Opiekunowie często nie zdają sobie sprawy z tego, że są niedostrojeni. Mam żywo w pamięci taśmę, jaką pokazała mi Beatrice Beebe [141]. Był na niej zapis zabawy matki z jej trzymiesięcznym dzieckiem. Wszystko było w porządku, dopóki niemowlę nie odsunęło się i nie odwróciło głowy, sygnalizując, że potrzebuje przerwy. Matka nie odebrała jednak tego sygnału i zdwoiła wysiłki, by przyciągnąć jego uwagę; zbliżała twarz do dziecka i mówiła coraz głośniej. Gdy maluch jeszcze bardziej się odsuwał, zaczęła go huśtać i poszturchiwać, aż zaczął płakać. Dopiero wtedy położyła go i odeszła, całkiem zbita z tropu. Czuła się okropnie, ale po prostu przegapiła oczywiste sygnały. Łatwo sobie wyobrazić, jak takie złe odczytanie intencji, jeśli powtarza się wielokrotnie, może stopniowo prowadzić do trwałego rozpadu więzi. (Każdy, kto miał do czynienia z niemowlęciem nadaktywnym albo cierpiącym na kolki, wie, jak szybko podnosi się poziom stresu, gdy widzisz, że nic, co robisz, nie pomaga). Jeśli matka mimo prób nie potrafi uspokoić swojego dziecka i nawiązać przyjaznego kontaktu twarzą w twarz, zaczyna postrzegać je jako „trudne”, jako swoją porażkę i przestaje starać się je utulić. W praktyce często trudno odróżnić problemy wynikłe ze zdezorganizowanego schematu przywiązania od problemów będących skutkiem traumy; często oba typy się przeplatają. Moja koleżanka, Rachel Yehuda, badała częstotliwość występowania PTSD u dorosłych nowojorczyków, którzy zostali napadnięci lub zgwałceni [142]. Okazało się, że poważne problemy psychiczne po takich traumatycznych przeżyciach znacznie częściej pojawiały się u osób, których matki przeżyły Holokaust. Najbardziej logiczne jest wyjaśnienie, że wychowanie wykształciło fizjologiczną podatność na zranienie i sprawiło, że trudniej było tym osobom odzyskać równowagę po urazie. Yehuda odkryła podobną podatność u dzieci, z którymi matki były w ciąży feralnego 11 września, w World Trade Center [143].

Reakcje dzieci na bolesne przeżycia w dużej mierze kształtuje to, na ile spokojni lub zestresowani są ich rodzice. Mój były student Glenn Saxe, obecnie szef wydziału psychiatrii dzieci i młodzieży w NYU, wykazał, że u dzieci hospitalizowanych z powodu ciężkich

oparzeń ryzyko rozwoju PTSD można przewidzieć na podstawie tego, jak bezpiecznie czuły się w obecności matek [144]. Pewność więzi z matką pozwalała też przewidzieć dawkę morfiny niezbędną do kontrolowania bólu – im bezpieczniejsza więź, tym mniej środka przeciwbólowego było potrzeba.

Inny mój kolega, Claude Chemtob, który kieruje programem badawczym traumy rodzin (Family Trauma Research Program) w centrum medycznym Langone na NYU, przebadał sto dwanaścioro nowojorskich dzieci, które były naocznymi świadkami ataków terrorystycznych z 11 września [145]. Stwierdził, że dzieci, u których matek w okresie obserwacji rozpoznano PTSD lub depresję, sześciokrotnie częściej miały poważne problemy emocjonalne i jedenastokrotnie częściej wykazywały nadmierną agresję w reakcji na doświadczenia. Dzieci, których ojcowie cierpieli na PTSD, też miały problemy z zachowaniem, ale Chemtob odkrył, że był to efekt pośredni, przekazywany przez matki. (Życie z wybuchowym, wycofanym lub przerażonym partnerem to duże brzemię psychologiczne, może być nawet przyczyną depresji). Jeśli brak ci wewnętrznego poczucia bezpieczeństwa, trudno odróżnić zagrożenie od komfortu. Jeżeli stale czujesz życie jak za szybą, tylko potencjalnie niebezpieczne sytuacje mogą na chwilę pozwolić ci poczuć, że żyjesz. Jeśli dochodzisz do wniosku, że musisz być okropną osobą (bo z jakiego innego powodu twoi rodzice mieliby cię tak traktować?), zaczynasz oczekiwać, że inni też będą cię okropnie traktować. Prawdopodobnie zasłużyłeś sobie na to, a w każdym razie nie możesz nic z tym zrobić. Gdy zdezorganizowani ludzie pielęgnują w sobie takie wyobrażenie o sobie samych, wystawiają się na to, że kolejne doświadczenia będą dla nich traumatyczne [146].

Długofalowe skutki zdezorganizowanego modelu przywiązania

Na początku lat osiemdziesiątych moja koleżanka, Karlen Lyons-Ruth, badaczka więzi z Harvardu, zaczęła nagrywać na wideo bezpośrednie interakcje matek z ich dziećmi, gdy te miały sześć, dwanaście i osiemnaście miesięcy. Kolejne nagrania odbywały się, kiedy dzieci miały po pięć lat, a ostatnie, gdy były siedmio- i ośmiolatkami [147]. Wszystkie pochodziły z rodzin wysokiego ryzyka: sto procent spełniało federalne kryteria ubóstwa i niemal połowa była

wychowywana przez samotne matki. Zdezorganizowane przywiązanie manifestowało się na dwa sposoby: jedna grupa matek wydawała się zbyt pochłonięta własnymi problemami, by zajmować się dzieckiem. Często były nieznośne i wrogie; raz odrzucały swoje dzieci, to znowu zachowywały się tak, jakby oczekiwały, że będą one odpowiadały na ich potrzeby. Matki z drugiej grupy wydawały się bezbronne i pełne lęku. Często pozowały na słodkie i kruche, ale nie umiały być dorosłym w relacji i wydawało się, że chcą, by to dzieci je pocieszały. Nie witały się z nimi po rozłące i nie tuliły, gdy dzieci były zdenerwowane. Nie robiły tego celowo – po prostu nie wiedziały, jak dostroić się do swoich pociech i jak odpowiadać na dawane przez nie sygnały. Dlatego nie potrafiły uspokoić maluchów ani ich pocieszyć.

Matki wrogie/natarczywe częściej same w dzieciństwie były maltretowane i/lub były świadkami przemocy domowej, podczas gdy matki wycofane/zależne częściej bywały molestowane albo przeżyły utratę rodziców (ale nie maltretowanie) [148].

Zawsze zastanawiałem się, dlaczego rodzice maltretują swoje dzieci. W końcu wychowanie zdrowego potomstwa wydaje się dla ludzi podstawą sensu życia, nadaje mu znaczenie. Co może popchnąć rodzica do celowego krzywdzenia albo zaniedbywania dziecka? Badania Karlen dały mi przynajmniej jedną odpowiedź: patrząc na nagrania, widziałem, jak dzieci stają się coraz bardziej nieukojone, przygnębione i oporne na działania niedostrojonych do nich matek. Jednocześnie matki stawały się coraz bardziej sfrustrowane, przegrane i bezradne w swoich interakcjach. Gdy zaś matka zaczyna dostrzegać w dziecku nie partnera we wzajemnej dopasowanej relacji, lecz frustrującego, denerwującego, niereagującego na nią obcego, to tworzy podstawy dla późniejszego maltretowania.

Osiemnaście lat później, gdy badane dzieci miały mniej więcej po dwadzieścia lat, Lyons-Ruth przeprowadziła kontrolne badanie mające sprawdzić, jak sobie radzą. Te, których emocjonalne relacje z matkami były poważnie zaburzone w wieku osiemnastu miesięcy, wyrosły na młodych ludzi o obniżonym poczuciu własnej wartości, autodestrukcyjnie impulsywnych (chodzi tu zarówno o nadmierne wydawanie pieniędzy, jak również o przypadkowy seks, narkotyki, nieostrożną jazdę samochodem czy kompulsywne objadanie się),

wybuchających gniewem w sposób całkowicie nieadekwatny do sytuacji i powtarzających próby samobójcze.

Karlen i jej koledzy oczekiwali, że najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym niezrównoważenia psychicznego u dorosłych dzieci będzie wrogie lub agresywne zachowanie matek, odkryli jednak coś zupełnie przeciwnego. Największy i najdłużej utrzymujący się wpływ miało uczuciowe wycofanie. Najsilniejszy związek z młodocianą agresją zarówno względem siebie, jak i w stosunku do innych miały dystans emocjonalny i odwrócenie ról (czyli sytuacja, gdy matki oczekiwały, że to dzieci będą się nimi opiekować).

Dysocjacja: wiedząc i nie wiedząc

Lyons-Ruth szczególnie interesowała się zjawiskiem dysocjacji, która przejawiała się w poczuciu zagubienia, przytłoczenia, porzucenia i zerwania łączności ze światem, a jednocześnie postrzeganiem siebie jako osoby niekochanej, pustej, bezradnej, zamkniętej w pułapce i przygniecionej. Odkryła „uderzający i niespodziewany" związek między matczynym brakiem zaangażowania i dostrojenia do dziecka w pierwszych dwóch latach życia a objawami dysocjacji u tegoż dziecka w okresie dojrzewania. Lyons-Ruth doszła do wniosku, że niemowlęta, które nie są tak naprawdę dostrzegane i poznane przez swoje matki, z dużym prawdopodobieństwem jako nastolatki też nie będą potrafiły dostrzegać i poznawać" [149].

Dzieci dorastające w bezpiecznym środowisku uczą się komunikować nie tylko swoje zdenerwowanie i niepokój, ale także kształtującą się osobowość – swoje zainteresowania, preferencje i cele. Współczujące reakcje tworzą bufor chroniący maluchy (i dorosłych) przed nadmiernym poziomem pobudzenia i strachu. Jeśli jednak opiekunowie ignorują twoje potrzeby albo wręcz nie cierpią samego twojego istnienia, uczysz się oczekiwać odrzucenia i wycofania. Radzisz sobie najlepiej, jak umiesz, blokując wrogość lub zaniedbywanie ze strony matki, jakby nie miały one znaczenia, ale twoje ciało pozostanie najpewniej w stanie nadmiernego pobudzenia, przygotowane na odparcie ciosów, na głód i chłód albo na opuszczenie. Dysocjacja to stan, w którym zarazem wiesz i nie wiesz [150].

Bowlby pisał: „Tego, czego nie można przekazać matce, nie można przekazać własnemu »ja«” [151]. Jeśli nie możesz znieść tego, co wiesz, albo czuć tego, co czujesz, jedynym wyjściem jest zaprzeczenie i dysocjacja [152]. Pewnie najbardziej niszczącym, długofalowym efektem takiej blokady jest poczucie, że nie jest się prawdziwym w środku, stan, jaki widzieliśmy u dzieci z oddziału dziecięcego i jaki widujemy u dzieci, które już jako dorośli trafiają do naszego Trauma Center. Gdy nie czujesz się prawdziwym, rzeczywistym, nic nie ma znaczenia. To sprawia, że nie możesz bronić się przed niebezpieczeństwem albo, próbując coś poczuć, sięgasz po ekstremalne środki – takie jak cięcie ciała żyletką czy wdawanie się w bójki z nieznajomymi.

Badania Karlen pokazały, że dysocjacja to coś, czego uczymy się bardzo wcześnie: późniejsze maltretowanie ani inne rodzaje traumy nie miały znaczenia dla objawów dysocjacji u młodych dorosłych [153].

Wykorzystywanie i trauma były odpowiedzialne za wiele problemów, ale nie za trwałą dysocjację ani autoagresję. Zasadniczą kwestią leżącą u podstaw tych zaburzeń było to, że pacjenci nie wiedzieli, co zrobić, żeby poczuć się bezpiecznie. To brak poczucia bezpieczeństwa we wczesnych relacjach z opiekunem prowadził do zaburzenia poczucia wewnętrznej realności, nadmiernej lepkości emocjonalnej i zachowań autodestrukcyjnych; bieda, samotne rodzicielstwo czy problemy psychiczne matki nie miały znaczenia dla rozwoju tych objawów.

Nie należy wyciągać z tego wniosku, że maltretowanie dziecka nie ma znaczenia [154], ale że niezależnie od wszystkich innych urazów [155], największe znaczenie dla uniknięcia problemów psychicznych ma jakość wczesnych relacji z opiekunem. Dlatego terapia musi odnieść się nie tylko do śladów konkretnych traumatycznych zdarzeń, ale także do skutków tego, że dziecko nie było rozumiane, nie dostrajano się do niego i nie zapewniano mu ciągłej opieki ani miłości: do dysocjacji i utraty samokontroli.

Przywracanie synchronii

Wczesne schematy przywiązania tworzą wewnętrzne mapy, stanowiące podwaliny wszystkich późniejszych relacji w naszym życiu, nie tylko tego, czego oczekujemy od innych, ale także tego, ile

komfortu i przyjemności możemy doświadczać w ich obecności. Wątpię, czy poeta E. E. Cummings mógłby napisać tak radosne wersy: „lubię swoje ciało, gdy jest z twoim ciałem […] mięśnie lepiej, nerwy bardziej", gdyby jego najwcześniejszym doświadczeniem były zastygłe twarze i wrogie spojrzenia [156].

Nasze mapy relacji są niejawne, wyryte w emocjonalnej części mózgu i nie da się ich wymazać po prostu przez zrozumienie, w jaki sposób powstały. Możesz zdawać sobie sprawę, że twoja obawa przed intymnością ma jakiś związek z poporodową depresją twojej matki albo z faktem, że ona sama była w dzieciństwie molestowana, ale sama ta świadomość nie wystarcza, by otworzyć cię na szczęśliwe, oparte na zaufaniu związki z innymi. Może ona jednak ci pomóc odkrywać nowe sposoby wchodzenia w relacje – nie tylko dla ciebie samego, lecz również po to, żebyś nie przekazał niepewności przywiązania swoim dzieciom. W części piątej omawiać będę sposoby leczenia uszkodzonych systemów dostrajania się – poprzez rytmiczność i wzajemność [157]. Bycie w synchronii ze sobą i z innymi wymaga integracji zmysłów – wzroku, słuchu, dotyku i równowagi. Jeśli nie udało się to w niemowlęctwie ani we wczesnym dzieciństwie, rośnie ryzyko późniejszych kłopotów z integracją sensoryczną (której źródłem nie muszą być wyłącznie trauma i zaniedbywanie).

Bycie w synchronii oznacza rezonans poprzez dźwięki i ruchy, które się łączą, które są wbudowane w codzienne, zmysłowe rytmy gotowania i sprzątania, kładzenia się do łóżka i wstawania. Bycie w synchronii może znaczyć robienie do siebie śmiesznych min, uściski, wyrażanie radości lub dezaprobaty we właściwych momentach, rzucanie sobie nawzajem piłki albo wspólny śpiew. W naszym Trauma Center opracowaliśmy programy uczenia rodziców nawiązywania relacji i dostrajania się, a moi pacjenci powiedzieli mi o wielu innych sposobach ćwiczenia synchronii, od śpiewu w chórze i tańców w parach po zapisanie się do drużyny koszykówki, zespołu jazzowego albo orkiestry kameralnej. Wszystkie one wzmacniają poczucie dostrojenia i wspólnej przyjemności.

ROZDZIAŁ 8

W pułapce związku: koszty maltretowania i zaniedbywania

„Nocna podróż po morzu” to podróż w te części nas samych, które zostały oddzielone, którym zaprzeczamy, których nie znamy, nie chcemy, które odrzuciliśmy i wygnaliśmy do rozmaitych podziemnych światów świadomości. […] Celem tej wędrówki jest połączenie się z samym sobą. Taki powrót może być zadziwiająco bolesny, nawet brutalny. By podjąć wyzwanie, musimy najpierw zgodzić się z tym, że „niczego nie odrzucamy”.

Stephen Cope

Marilyn była wysoką, atletycznie zbudowaną kobietą po trzydziestce. Pracowała jako instrumentariuszka w pobliskim miasteczku. Powiedziała mi, że kilka miesięcy wcześniej zaczęła grać w tenisa w klubie, a jej partnerem był strażak z Bostonu imieniem Michael. Na ogół unikała mężczyzn, ale stopniowo poczuła się w towarzystwie Michaela na tyle swobodnie, by po rozegranym meczu przyjmować jego zaproszenia na pizzę. Rozmawiali o tenisie, filmach, swoich siostrzeńcach i siostrzenicach – nic osobistego. Michael wyraźnie lubił jej towarzystwo, ale ona tłumaczyła sobie, że przecież właściwie jej nie znał. Pewnego sierpniowego, sobotniego wieczora po tenisie i pizzy zaprosiła go do siebie. Opisała, że gdy tylko zostali sami, poczuła się „sztywno i nierealnie”. Pamiętała, jak prosiła go, żeby zwolnił tempo, ale nie bardzo wiedziała, co stało się potem. Po kilku kieliszkach wina i obejrzeniu paru odcinków kryminalnej serii *Prawo i porządek* najwyraźniej zasnęli razem na jej łóżku. Gdzieś o drugiej nad ranem Michael przewrócił się we śnie. Gdy Marilyn poczuła dotyk jego ciała na swoim, eksplodowała: waliła go pięściami, drapała i gryzła krzycząc: „Ty draniu, ty palancie!”. Mężczyzna zerwał się na równe nogi, złapał swoje rzeczy i uciekł w przerażeniu. Gdy wybiegł, Marilyn długo siedziała na łóżku oszołomiona tym, co się stało. Czuła się głęboko upokorzona i nienawidziła siebie za to, co zrobiła. Przyszła do mnie, żebym pomógł jej zmierzyć się ze strachem przed mężczyznami i z niewytłumaczalnymi napadami wściekłości.

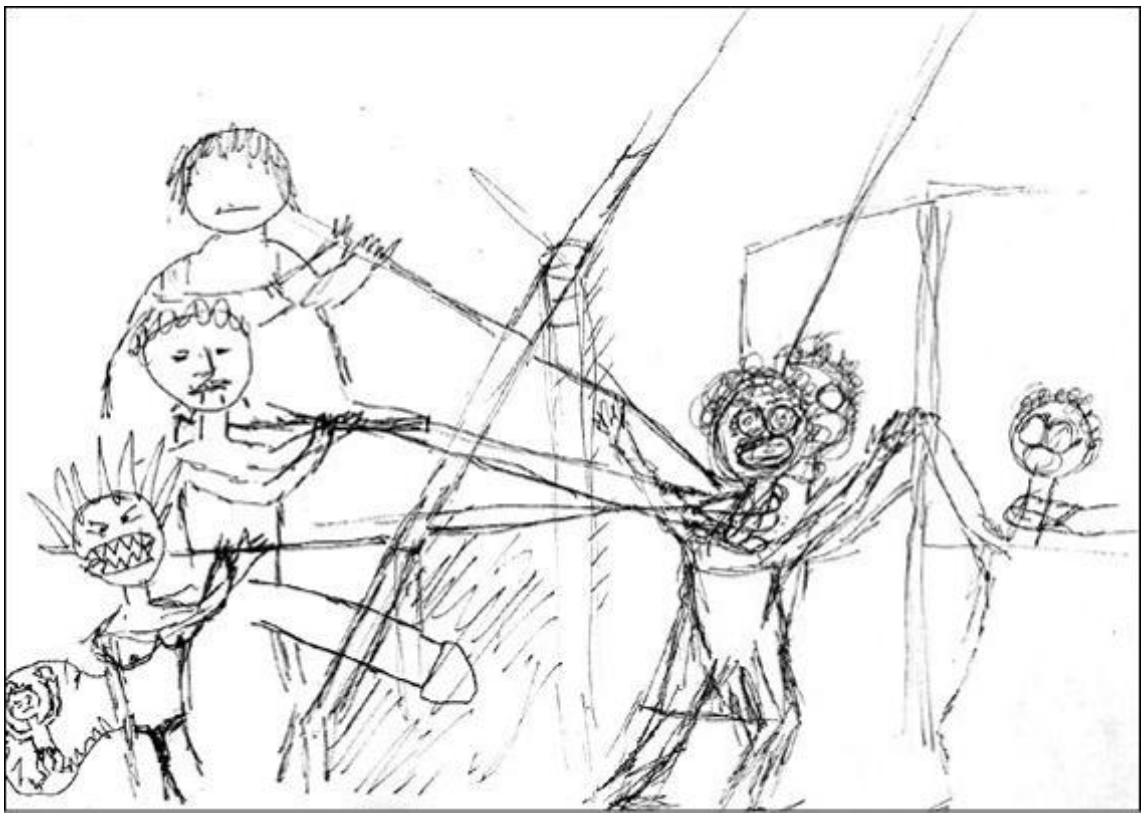
Moja praca z weteranami przygotowała mnie na wysłuchiwanie bolesnych zwierzeń, takich jak historia Marilyn, i powstrzymywanie się od natychmiastowej chęci „załatwienia” problemu. Terapia często zaczyna się od jakiegoś niewytłumaczalnego zachowania: pobicia chłopaka w środku nocy, przerażenia, gdy ktoś patrzy nam w oczy, znalezienia się we krwi po tym, jak pocięliśmy się kawałkiem rozbitego szkła, albo wymiotowania po każdym posiłku. Trzeba czasu i cierpliwości, żeby pozwolić na ujawnienie się rzeczywistości stojącej za takimi objawami.

Przerażenie i odrętwienie

Podczas rozmowy Marilyn przyznała, że Michael był pierwszym facetem, którego zaprosiła do domu od ponad pięciu lat, ale że to nie był pierwszy raz, gdy straciła kontrolę podczas nocy z mężczyzną. Powtarzała, że w sytuacjach sam na sam zawsze czuła się spięta i zdystansowana i że zdarzało się już, że dochodziła do siebie w mieszkaniu, kuląc się w kącie i nie pamiętając dokładnie, co się naprawdę stało.

Marilyn powiedziała też, że czuje się, jakby „tylko udawała życie”. Poza chwilami, gdy grała w tenisa w klubie albo pracowała na sali operacyjnej, czuła się odrętwiała. Kilka lat wcześniej odkryła, że może na jakiś czas przerwać odrętwienie, tnąc się żyletką, ale kiedy spostrzegła, że chcąc znaleźć ukojenie, tnie się coraz głębiej i głębiej, częściej i częściej – przeraziła się. Próbowała też alkoholu, ale ten przypominał jej o ojcu i jego niekontrolowanym pijaństwie, co sprawiało, że brzydziła się sobą. Nałogowo grała więc w tenisa, kiedy tylko mogła. Dzięki temu czuła, że żyje.

Gdy spytałem ją o przeszłość stwierdziła, że „musiała mieć” szczęśliwe dzieciństwo, ale bardzo niewiele pamięta z czasów, zanim skończyła dwanaście lat. Powiedziała, że była nieśmiałą nastolatką do czasu brutalnej konfrontacji z ojcem alkoholikiem w wieku lat szesnastu, kiedy uciekła z domu. Przebrnęła przez college i zdobyła dyplom pielęgniarstwa bez żadnej pomocy rodziców. Wstydziła się, że przez cały ten czas spała z kim popadnie, co opisała jako „szukanie miłości w niewłaściwych miejscach”.



Tak jak to często robiłem z nowymi pacjentami, poprosiłem, żeby narysowała portret rodzinny. Gdy zobaczyłem rezultat (pokazany powyżej), zdecydowałem się zwolnić tempo. Najwyraźniej Marilyn miała jakieś przerażające wspomnienia. Na tyle przerażające, że nie pozwalała sobie na zrozumienie, co ujawniał jej własny rysunek. Narysowała dzikie, przerażone dziecko, zamknięte w czymś w rodzaju klatki i zagrożone nie tylko przez trzy koszmarne postacie – jedną bez oczu – ale także przez wielki penis we wzwodzie, wkraczający w jej przestrzeń. A mimo to kobieta twierdziła, że „musiała mieć" szczęśliwe dzieciństwo.

Jak pisał poeta W. H. Auden:

prawda, jak miłość i sen, nie znosi
rozwiązań zbyt silnych [158].

Nazywam to regułą Audena i zgodnie z nią celowo nie naciskałem na Marilyn, by opowiedziała mi, co pamięta. Tak naprawdę nauczyłem się, że poznanie wszystkich szczegółów traumy, jaka spotkała pacjenta, nie jest najważniejsze. Najważniejsze, żeby sami pacjenci nauczyli się tolerować uczucia, które czują, i wiedzę, którą mają. Może to trwać miesiące, a może i lata. Zdecydowałem zacząć leczenie Marilyn od zaproszenia jej do już istniejącej grupy

terapeutycznej, gdzie mogła znaleźć wsparcie i akceptację, zanim stawi czoła źródłu swojej nieufności, wstydu i wściekłości.

Tak jak oczekiwałem, Marilyn przyszła na pierwsze spotkanie grupy przerażona, podobnie jak dziewczynka na narysowanym przez nią portrecie rodzinnym; była wycofana i z nikim nie nawiązała kontaktu. Wybrałem dla niej tę grupę, bo jej członkowie zawsze byli pomocni i akceptowali nowe osoby, zbyt przerażone, żeby mówić. Z własnego doświadczenia wiedzieli, że odkrywanie sekretów to proces stopniowy. Tym razem jednak zadziwili mnie, zadając dziewczynie tak wiele nachalnych pytań o jej życie erotyczne, że przypomniał mi się jej rysunek atakowanej, małej dziewczynki. Było niemal tak, jakby nieświadomie Marilyn sprowokowała grupę do odgrywania scen z jej traumatycznej przeszłości. Musiałem interweniować, żeby pomóc jej postawić jakieś granice tego, o czym chce mówić, i stopniowo zaczęła się aklimatyzować.

Trzy miesiące później powiedziała grupie, że parę razy potknęła się na chodniku między metrem a moim gabinetem. Martwiła się, że wzrok zaczyna ją zawodzić, bo ostatnio zaczęła też tracić coraz więcej piłek przy grze w tenisa. Znów pomyślałem o jej rysunku i przerażonym dziecku o wielkich oczach. Czy był to rodzaj „reakcji konwersyjnej", w której pacjenci wyrażają swoje konflikty poprzez utratę władzy nad jakąś częścią ciała? Wielu żołnierzy cierpiało na paraliż, którego nie można było wytłumaczyć żadnym fizycznym urazem. W Indiach i Meksyku widziałem też przypadki „histerycznej ślepoty".

Mimo to, jako lekarz, nie chciałem wyciągać pochopnych wniosków, że „to wszystko dzieje się w jej głowie". Skierowałem ją do kolegów z kliniki okulistyczno-laryngologicznej szpitala Massachusetts i poprosiłem o szczegółowe badania. Parę tygodni później przyszły wyniki. Marilyn miała toczeń, autoimmunologiczną chorobę, która zaatakowała siatkówkę oka. Wymagała pilnego leczenia. Byłem zaskoczony, bo była już trzecią w tym roku osobą, u której podejrzewałem molestowanie w dzieciństwie i u której rozpoznano chorobę autoimmunologiczną, czyli taką, w której ciało zaczyna atakować samo siebie.

Po upewnieniu się, że Marilyn ma właściwą opiekę medyczną, skonsultowałem się z moimi dwoma kolegami ze szpitala

Massachusetts General, psychiatrą Scottem Wilsonem oraz Richardem Kradinem, który szefował tamtejszemu laboratorium immunologii. Opowiedziałem im historię Marilyn, pokazałem rysunek, jaki stworzyła, i poprosiłem o pomoc w prowadzeniu badania. Z chęcią poświęcili swój czas i całkiem spore środki na przeprowadzenie pełnego panelu immunologicznego. Do badania włączyliśmy dwanaście kobiet z traumą kazirodztwa, które nie brały żadnych leków, oraz kontrolną grupę kobiet, które nie doświadczyły traumy i też nie przyjmowały żadnych leków (zdumiewająco trudno było taką grupę skompletować). Marilyn nie uczestniczyła w tym badaniu, ponieważ z zasady nie prosimy pacjentów z naszej kliniki, by brali udział w pracach badawczych. Gdy praca została zakończona, a wyniki przeanalizowane, Rich ogłosił, że w porównaniu z grupą kontrolną w grupie kobiet po doświadczeniu incestu wykryto nieprawidłowości stosunku CD45RA do CD45RO. Komórki CD45 to „komórki pamięci" układu odpornościowego. Pewna ich populacja, oznaczana jako RA, została aktywowana wcześniejszym kontaktem z toksynami i szybko odpowiada na zagrożenia środowiskowe, z którymi się wcześniej zetknęła. W przeciwieństwie do nich komórki RO są trzymane w rezerwie na wypadek nowych niebezpieczeństw; są aktywowane, by walczyć z zagrożeniami, jakich organizm wcześniej nie napotkał. Stosunek RA do RO określa równowagę między komórkami rozpoznającymi znane niebezpieczeństwo a tymi, które czekają na nowe informacje.

U pacjentów z historią incestu odsetek komórek RA gotowych do ataku jest wyższy od normy. To sprawia, że układ odpornościowy jest nadwrażliwy na bodźce, gotów do działania także wtedy, gdy nie ma niebezpieczeństwa i żadna obrona nie jest potrzebna, nawet jeśli oznacza to atak na własne komórki. Nasze badanie wykazało, że ciała ofiar kazirodztwa mają problem z odróżnieniem zagrożenia od bezpieczeństwa na najbardziej podstawowym poziomie. To znaczy, że ślad przebytej traumy nie składa się tylko z zaburzonego postrzegania informacji z zewnątrz; także sam organizm ma problem z uświadomieniem sobie, kiedy może czuć się bezpiecznie. Przeszłość odciska się nie tylko w umysłach i w nieprawidłowej interpretacji niegroźnych zdarzeń (jak wtedy, gdy Marilyn zaatakowała Michaela, bo ten zupełnie przypadkiem dotknął jej we

śnie), lecz również na najgłębszym poziomie istnienia: w bezpieczeństwie ciała [159].

Porwana mapa świata

W jaki sposób ludzie uczą się, co jest bezpieczne, a co nie? Co jest w środku, a co na zewnątrz? Co należy odrzucać, a co można bezpiecznie przyjąć? Najlepszym sposobem zrozumienia wpływu wykorzystywania i zaniedbywania dziecka jest wysłuchanie tego, czego mogą nas nauczyć ludzie tacy jak Marilyn. Jedną z rzeczy, które zrozumiałem, gdy poznałem ją lepiej, było to, że ma własną, unikatową wizję funkcjonowania świata.

Jako dzieci postrzegamy życie z centrum własnego wszechświata i wszystko, co się wydarza, interpretujemy ze swojego, egocentrycznego punktu widzenia. Jeśli rodzice albo dziadkowie wciąż nam powtarzają, że jesteśmy najmilszą, najwspanialszą rzeczą na świecie, nie kwestionujemy ich osądu – stwierdzamy, że musimy być właśnie tacy. I gdzieś głęboko w środku, niezależnie od tego, czego jeszcze się o sobie dowiemy, będziemy hołubić to poczucie, że w gruncie rzeczy jesteśmy rozkoszni. W efekcie, gdy później związemy się z kimś, kto będzie nas źle traktować, będziemy wściekli. To przecież nie tak, nie powinno tak być, tak nigdy nie było w domu. Jeśli jednak w dzieciństwie byliśmy wykorzystywani lub ignorowani albo jeśli wyrastaliśmy w rodzinie, gdzie seksualność traktowano z obrzydzeniem, na naszej wewnętrznej mapie pojawią się zupełnie inne wiadomości. Nasze poczucie własnego „ja” naznaczone będzie lekceważeniem i poniżeniem, będziemy bardziej skłonni myśleć „on (albo ona) mnie dobrze zna” i nie oburzymy się na złe traktowanie.

Przeszłość Marilyn ukształtowała jej pogląd na wszystkie związki. Była przekonana, że mężczyźni nie przejmują się uczuciami innych i zawsze dostają to, czego chcą. Ale kobietom też nie można ufać. Są zbyt słabe, by postawić na swoim, i sprzedają ciało w zamian za męską opiekę. Gdy jesteś w potrzebie, nie kiwną palcem, żeby ci pomóc. Taka wizja świata przejawiała się w podejściu Marilyn do współpracowników: była podejrzliwa względem każdego, kto był dla niej miły, i raportowała najmniejsze odchylenie od pielęgniarskich standardów. O sobie myślała: jestem złą, do szpiku kości toksyczną

osobą, to przeze mnie różne złe rzeczy dzieją się ludziom wokół mnie.

Z początku, gdy stykałem się z takimi pacjentami jak Marilyn, zwykłem podważać ich tok myślenia i próbowałem sprawić, żeby spojrzeli na świat bardziej pozytywnie, bardziej elastycznie. Pewnego dnia kobieta imieniem Kathy postawiła mnie do pionu. Jedna z członkiń grupy spóźniła się na sesję, bo zepsuł jej się samochód. Kathy natychmiast zaczęła się obwiniać: „Już w zeszłym tygodniu widziałam, że z twoim wozem coś jest nie tak; wiedziałam, że powinnam zaoferować ci podwózkę". Jej samokrytyka nakręcała się aż do punktu, w którym – ledwie parę minut później – wzięła na siebie całą winę za to, że była molestowana: „Sama to na siebie ściągnęłam: miałam siedem lat i kochałam mojego tatę. Chciałam, żeby i on mnie kochał, i zrobiłam, co mi kazał. To była tylko moja wina". Gdy chciałem ją pocieszyć, mówiąc: „Daj spokój, byłaś tylko małą dziewczynką – to twój ojciec miał obowiązek wyznaczać granice", Kathy odwróciła się do mnie i odparła: „Wiesz, Bessel, wiem, jak ważne jest dla ciebie, żeby być dobrym terapeutą, więc kiedy robisz takie głupie uwagi, zwykle wylewnie ci dziękuję. W końcu jestem ofiarą kazirodztwa – nauczono mnie, jak zaspokajać potrzeby niepewnych siebie, dorosłych mężczyzn. Ale po dwóch latach ufam ci wystarczająco, żeby powiedzieć, że po takich uwagach czuję się okropnie. Tak, to prawda, instynktownie obwiniam się za wszystko, co złego spotyka ludzi wokół mnie. Wiem, że to irracjonalne i czuję się naprawdę głupio, że tak czuję, ale tak po prostu jest. Gdy próbujesz namówić mnie do spojrzenia na sprawy bardziej racjonalnie, czuję się tylko jeszcze bardziej samotna i opuszczona – potwierdza się poczucie, że nikt na całym świecie nigdy nie zrozumie, jak to jest być mną".

Z głębi serca podziękowałem jej za to, co powiedziała, i od tamtej pory staram się nie mówić moim pacjentom, że nie powinni czuć się tak, jak się czują. Kathy nauczyła mnie, że moje zadanie sięga głębiej: muszę pomóc im przeorganizować wewnętrzną mapę świata.

Jak już mówiłem w poprzednim rozdziale, badacze więzi wykazali, że nasi pierwsi opiekunowie nie tylko karmią nas, ubierają i pocieszają, gdy jesteśmy zdenerwowani; oni kształtują sposób,

w jaki nasz szybko rozwijający się mózg postrzega rzeczywistość: na kim możemy polegać, a kto nas zawiedzie, co musimy zrobić, by zaspokojono nasze potrzeby. Te informacje są wplecione w sieć obwodów mózgowych i tworzą wzorzec tego, jak myślimy o sobie i o świecie wokół nas. Te wewnętrzne mapy są zadziwiająco stabilne w czasie. Nie oznacza to jednak, że doświadczenia nie mogą ich zmienić. Doświadczenie prawdziwej miłości, szczególnie w okresie dojrzewania, gdy mózg po raz kolejny przechodzi okres dramatycznych zmian, może nas naprawdę odmienić. Podobnie jak urodzenie dziecka, bo dzieci często uczą nas, jak kochać. Dorośli, którzy w dzieciństwie byli maltretowani lub zaniedbywani, wciąż mogą poznać piękno intymności i wzajemnego zaufania albo przeżyć głębokie doświadczenie duchowe, które otworzy ich na większy świat. I odwrotnie, nieskażone wcześniej dziecięce mapy mogą zostać tak zniekształcone przez przeżyty już w dorosłym życiu gwałt lub napaść, że wszystkie ścieżki zaczynają prowadzić do rozpaczy i przerażenia. Takie reakcje nie są racjonalne i dlatego nie można ich zmienić, zmieniając po prostu irracjonalne przekonania. Nasze mapy świata są wdrukowane w mózg emocjonalny i żeby je zmienić, trzeba przeorganizować tę część ośrodkowego układu nerwowego, co jest tematem terapeutycznej części tej książki.

Mimo wszystko nauka rozpoznawania irracjonalnych myśli i zachowań może być pierwszym użytecznym krokiem na tej drodze. Osoby takie jak Marilyn często odkrywają, że ich założenia nie są takie same, jak założenia ich przyjaciół. Jeśli mają szczęście, ich koledzy i przyjaciele wyjaśnią im, słowem raczej niż czynem, że ich nieufność i nienawiść do samych siebie niezwykle utrudniają współdziałanie. Tak jednak dzieje się rzadko, a doświadczenie Marilyn było pod tym względem typowe: po tym, jak zaatakowała Michaela, on absolutnie nie miał ochoty niczego wyjaśniać, a ona straciła i przyjaciela, i ulubionego partnera do tenisa. Właśnie w takich momentach mądrzy i odważni ludzie, tacy jak Marilyn, którzy mimo kolejnych porażek zachowują ciekawość i determinację, zaczynają szukać pomocy.

Na ogół mózg racjonalny kontroluje mózg emocjonalny dopóty, dopóki nie biorą nad nami góry nasze lęki. (Na przykład strach, gdy na drodze zatrzymuje cię policja, w okamgnieniu może zmienić się

we wdzięczność, jeśli okaże się, że policjant chciał cię tylko ostrzec przed wypadkiem, jaki zdarzył się parę kilometrów przed tobą). Jednak w chwili, gdy zaczynamy czuć się wściekli, odrzuceni albo przyparci do muru, stajemy się podatni na uruchomienie starych schematów i zgodne z nimi działanie. Zmiana zaczyna się, kiedy nauczymy się być właścicielami swojego emocjonalnego mózgu. To oznacza uczenie się zauważania i tolerowania tych łamiących serce i ściskających żołądek doznań, które wprowadzają poczucie poniżenia i krzywdy. Tylko gdy nauczymy się znosić to, co dzieje się w naszym wnętrzu, możemy zacząć oswajać, zamiast wymazywać emocje utrzymujące nasze wewnętrzne mapy w niezmiennym, sztywnym stanie.

Uczenie się pamiętania

Mniej więcej w rok po tym, jak Marilyn dołączyła do grupy, inna należąca do niej kobieta, Mary, zapytała, czy może opowiedzieć, co jej się przydarzyło, gdy miała trzynaście lat. Mary pracowała jako strażniczka więzienna i pozostawała w sadomasochistycznym związku z inną kobietą. Chciała, żeby grupa poznała jej środowisko, w nadziei, że dzięki temu łatwiej będzie im zrozumieć i tolerować jej ekstremalne reakcje, Mary bowiem często zamykała się w sobie albo wybuchała w odpowiedzi na najmniejszą nawet zaczepkę.

Z trudem dobywając słowa, opowiedziała nam, jak pewnego wieczora, gdy miała trzynaście lat, została zgwałcona przez brata i paczkę jego kumpli. Gwałt doprowadził do ciąży, a jej matka zrobiła jej skrobankę w domu, na kuchennym stole. Grupa ze współczuciem słuchała zwierzeń Mary i starała się utulić jej szlochanie. Głęboko wzruszyła mnie ich empatia – pocieszali Mary tak, jak zapewne chcieliby, żeby ktoś ich pocieszał, kiedy pierwszy raz zmierzyli się ze swoją traumą.

Gdy czas się skończył, Marilyn spytała, czy mogłaby zająć jeszcze kilka minut i opowiedzieć, czego doświadczyła w czasie sesji. Grupa wyraziła zgodę i usłyszeliśmy taką historię: „Słysząc opowieść Mary, zaczęłam się zastanawiać, czy może ja też byłam kiedyś molestowana”. Szczęka mi opadła. Ponieważ znałem jej rysunek rodziny, zawsze zakładałem, że Marilyn, przynajmniej na jakimś poziomie, wiedziała, że tak właśnie było. W odpowiedzi na

bezwiedny dotyk Michaela zareagowała jak ofiara gwałtu i stale zachowywała się, jakby cały świat był przerażającym, wrogim miejscem. Tymczasem, choć narysowała molestowaną seksualnie dziewczynkę, przynajmniej jej świadome, werbalne „ja” nie miało pojęcia, co się naprawdę stało. Jej układ odpornościowy, mięśnie, szlaki nerwowe strachu wiedziały o wszystkim, ale jej świadomość nie miała sposobu, żeby dotrzeć do tych doświadczeń. Swoim życiem przeżywała traumę wciąż na nowo, ale nie miała dla niej żadnej opowieści, do której mogłaby się odwołać. W rozdziale 12. zobaczymy, że traumatyczne wspomnienia są znacznie bardziej złożone od tych zwyczajnych, angażują wiele poziomów mózgu i umysłu. Historia Mary i koszmary, jakie wywołała, sprawiły, że Marilyn rozpoczęła terapię indywidualną, w trakcie której zaczęła mierzyć się z przeszłością. Z początku doświadczała fal silnego, obezwładniającego przerażenia. Próbowała przerwać spotkania na kilka tygodni, ale gdy nie mogła spać i musiała wziąć zwolnienie z pracy, wróciła na sesje. Później powiedziała mi: „Moim jedynym kryterium oceny, czy dana sytuacja jest groźna, jest uczucie »Jeśli się nie wydostanę, to mnie zabije«”. Zacząłem uczyć Marilyn technik wyciszania się, takich jak skupianie się na głębokim oddechu – wdech-wydech, wdech-wydech, i tak sześć razy na minutę – przy jednoczesnym podążaniu za odczuciami, jakie oddech wyzwala w ciele. Łączyła to z uciskaniem punktów akupresurowych, co pomagało w zachowaniu kontroli. Pracowaliśmy też nad uważnością (mindfulness). Nauka zachowania przytomności umysłu przy jednoczesnym zezwoleniu ciału na czucie uczuć, których nauczyła się bać, stopniowo pozwalała Marilyn na zdystansowanie się i obserwację swoich doświadczeń bez uczucia totalnego owładnięcia przez emocje. Kiedyś próbowała te emocje tłumić alkoholem i wyczerpującymi ćwiczeniami, teraz zaczęła czuć się na tyle bezpiecznie, żeby przypominać sobie, co przeżyła jako dziewczynka. W miarę jak zaczęła panować nad fizycznymi doznaniami, kiełkowała w niej też zdolność do odróżniania przeszłości od teraźniejszości. Teraz, gdy poczułaby czyjąś nogę dotykającą w nocy jej ciała, mogłaby zdać sobie sprawę, że to noga Michaela, jej przystojnego partnera do tenisa, którego sama zaprosiła do mieszkania. Że ta noga nie należy do nikogo innego, a ten dotyk nie

oznacza, że ktoś próbuje ją molestować. Pozostawanie w bezruchu pozwoliło jej rozpoznać – tak dogłębnie, fizycznie rozpoznać – że jest trzydziestoczteroletnią kobietą, a nie małą dziewczynką.

Gdy w końcu wspomnienia Marilyn zaczęły wydobywać się z podświadomości, początkowo odbywało się to w formie flashbacków – wspomnień tapety na ścianach jej dziecinnego pokoju. Zdała sobie sprawę, że to na niej próbowała się skoncentrować, gdy ojciec gwałcił ją jako ośmiolatkę. Molestowanie przeraziło ją tak, że nie była w stanie tego wytrzymać, musiała więc wyprzeć to zdarzenie z zasobów pamięci. W końcu musiała dalej żyć pod jednym dachem z tym mężczyzną, ojcem, który ją maltretował. Marilyn pamiętała, jak zwracała się o pomoc do matki, ale gdy przybiegała do niej i próbowała ukryć się w fałdach jej spódnicy, dostała tylko wiotki uścisk. Czasem matka milczała; innym razem płakała albo gniewnie strofowała dziewczynkę za to, że „przez nią tatuś się gniewa". Przerażone dziecko nie znalazło nikogo, kto by je obronił, zaofiarował pomoc lub schronienie.

Jak pisał Roland Summit w swojej klasycznej pracy *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome* („Zespół przystosowania do wykorzystywania seksualnego u dzieci"): „Inicjacja, zastraszanie, stygmatyzacja, izolacja, bezradność i samooskarżanie się, to wszystko składa się na przerażającą rzeczywistość molestowanego dziecka. Wszelkie dziecięce próby wyjawienia sekretu spotykają się ze zmową milczenia i z niedowierzaniem dorosłych. 'Nie przejmuj się takimi rzeczami; to nigdy nie mogło by się zdarzyć w naszej rodzinie.' 'Jak mogłeś w ogóle pomyśleć o czymś tak okropnym?' 'Nigdy więcej nie mów mi czegoś takiego!' Przeciętne dziecko nigdy nie pyta i nigdy nie mówi" [160].

Po czterdziestu latach pracy, gdy pacjenci opowiadają mi o swoim dzieciństwie, wciąż regularnie słyszę, jak mówię: „To niewiarygodne!". Ich opowieści są pełne niedowierzania, podobnego do mojego – jak rodzice mogli w taki sposób torturować i straszyć swoje dziecko? Część pacjentów wciąż uważa, że musieli sobie to zmyślić albo co najmniej wyolbrzymić. Wszyscy wstydzą się tego, co im się przydarzyło, i obwiniają się. Na jakimś poziomie święcie wierzą, że te wszystkie okropne rzeczy przydarzyły się im, bo sami są okropni.

Marilyn zaczęła odkrywać, w jaki sposób bezbronne dziecko nauczyło się zamykać w sobie i być zawsze posłusznym żądaniom. Udawało się jej to, bo „znikała”: gdy tylko słyszała kroki ojca w korytarzu, przed drzwiami jej sypialni, „chowała się w chmurach”. Inna moja pacjentka z podobnymi doświadczeniami narysowała, jak przebiega ten proces. Gdy ojciec zaczynał ją dotykać, znikała; unosiła się w górę, ku sufitowi i stamtąd patrzyła na jakąś inną małą dziewczynkę leżącą w łóżku [161]. Cieszyła się, że to nie ona, że to inna dziewczynka była molestowana.



Te głowy oddzielone od ciał nieprzeniknioną mgłą pozwoliły mi naprawdę zobaczyć, czym jest doznanie dysocjacji, tak powszechne wśród ofiar kazirodztwa. Później Marilyn uświadomiła sobie, że już jako dorosła kobieta w sytuacjach erotycznych nadal unosiła się ku sufitowi. W okresach, gdy była bardziej aktywna seksualnie, partner czasem mówił jej, jak świetna była w łóżku, że prawie nie mógł jej poznać i że nawet mówiła inaczej. Zazwyczaj nie pamiętała, co się stało, ale czasem stawała się zła i agresywna. Nie miała poczucia,

kim naprawdę jest w sferze seksualnej, więc stopniowo całkiem wycofała się z randkowania, dopóki nie spotkała Michaela.

Nienawiść do własnego domu

Dzieci nie wybierają sobie rodziców; nie rozumieją, że mogą być oni po prostu zbyt przygnębieni, wściekli albo zdystansowani, żeby się nimi zajmować, i że zachowanie rodziców może mieć z dziećmi niewiele wspólnego. Maluchy nie mają wyboru, muszą nauczyć się tak działać, żeby przetrwać w rodzinie, jaką mają. W przeciwieństwie do dorosłych nie mają innej władzy, do której mogłyby się zwrócić po pomoc – władzą są rodzice. Nie mogą wynająć sobie mieszkania ani przeprowadzić się do kogoś innego. Ich przetrwanie, w najbardziej dosłownym sensie, zależy od opiekunów. Dzieci wyczuwają – nawet jeśli nie grozi się im bezpośrednio – że gdyby powiedziały na przykład nauczycielom o biciu albo wykorzystywaniu, zostałyby ukarane. Ogniskują więc swoją energię na niemyśleniu o tym, co się stało, i nieodczuwaniu śladów przerażenia i paniki, jakie pozostały w ich ciele. Nie umieją znieść wiedzy o tym, czego doświadczyły, nie potrafią więc także zrozumieć, że ich gniew, przerażenie czy omdlenie mają związek z tym przeżyciem. Nie opowiadają; radzą sobie z uczuciami, wpadając we wściekłość, zamykając się w sobie, będąc posłusznymi albo buntowniczymi. Dzieci są też zaprogramowane na bezgraniczną lojalność względem opiekunów, nawet gdy są przez nich maltretowane. Przerażenie wzmaga potrzebę więzi, nawet jeśli źródło pocieszenia jest zarazem źródłem strachu. Nigdy nie spotkałem dziecka poniżej dziesięciu lat, które byłoby maltretowane w domu (i które na dowód miałoby połamane kości i poparzoną skórę) i które postawione przed wyborem: pozostać w rodzinie albo iść do opieki zastępczej, nie wybrałoby rodziny.

Rzecz jasna przywiązanie do oprawcy nie ogranicza się do dzieciństwa. Zakładnicy wpłacają kaucję za swoich porywaczy, chcą ich poślubić albo uprawiać z nimi seks; ofiary przemocy domowej często tuszują działania agresorów. Sędziowie opowiadają mi, jak czują się upokorzeni, gdy starają się chronić ofiary przemocy domowej, wydając na przykład zakaz zbliżania sprawcy, i dowiadują

się potem, jak wiele z nich potajemnie pozwala swoim oprawcom na powrót do domu.

Marilyn potrzebowała sporo czasu, by zacząć mówić o swoim wykorzystywaniu. Nie była gotowa pogwałcić lojalności wobec rodziny – gdzieś głęboko czuła, że wciąż potrzebuje ich ochrony, wbrew swoim lękom. Ceną tej lojalności jest dojmujące uczucie osamotnienia i beznadziei połączone z nieuniknioną bezradną wściekłością. Wściekłość, która nie ma ujścia, jest kierowana przeciw sobie jako depresja, nienawiść do siebie i zachowania autodestrukcyjne. Jedna z moich pacjentek powiedziała mi: „To jest jak nienawiść do własnego domu, do kuchni, garnków i patelni, do swojego łóżka, krzeseł, stołu i dywanu". Nic nie wydaje się bezpieczne, a już najmniej – twoje własne ciało.

Wielkim wyzwaniem jest nauczyć się ufać innym. Inna moja pacjentka, nauczycielka, której dziadek wielokrotnie ją gwałcił, zanim skończyła sześć lat, wysłała mi takiego e-maila: „Zaczęłam rozważać ryzyko otwarcia się przed tobą, gdy wracałam do domu po naszej sesji i gdy wjeżdżałam na wylotówkę, uświadomiłam sobie, że złamałam zasadę nieangażowania się, nieprzywiązywania się do ciebie i do moich uczniów".

Podczas naszego następnego spotkania powiedziała mi, że została zgwałcona także przez swojego instruktora w college'u. Spytałem, czy szukała pomocy i czy zgłosiła komuś tę sprawę. „Nie mogłam zmusić się, by przejść przez ulicę do kliniki", odparła. „Strasznie potrzebowałam pomocy, ale gdy tam stałam, gdzieś głęboko, w środku czułam, że to by mnie jeszcze bardziej zraniło. I pewnie miałam rację. Oczywiście musiałam też ukrywać prawdę przed rodzicami i przed wszystkimi innymi". Po tym, jak powiedziałem, że martwi mnie to, co się z nią dzieje, napisała do mnie kolejnego e-maila: „Próbuję pamiętać o tym, że nie zrobiłam nic, czym zasłużyłabym sobie na takie traktowanie. Nie sądzę, żeby ktokolwiek wcześniej popatrzył tak na mnie i powiedział, że się o mnie martwi. Pielęgnuję to wspomnienie jak skarb: myśl, że jestem warta tego, żeby ktoś, kogo szanuję i kto rozumie, jak bardzo teraz ze sobą walczę, by ten ktoś się o mnie martwił".

By wiedzieć, kim jesteśmy, mieć swoją tożsamość, musimy wiedzieć (albo chociaż czuć, że wiemy), co jest i co było rzeczywiste.

Musimy dostrzegać świat wokół nas i właściwie go klasyfikować; musimy też umieć ufać naszym wspomnieniom i potrafić oddzielić je od wytworów naszej wyobraźni. Utrata zdolności do takich rozróżnień jest jednym z objawów tego, co psychoanalityk William Niederland nazwał „zabójstwem duszy". Wymazanie świadomości i podtrzymywanie zaprzeczania są często konieczne do przetrwania, ale ceną jest utrata łączności ze sobą, brak świadomości własnych uczuć i rozeznania komu (i czemu) można ufać [162].

Odtwarzanie traumy

Jedno ze wspomnień traumy z dzieciństwa Marilyn odzyskała we śnie, w którym czuła, jakby ktoś ją dusił i nie mogła oddychać. Ręce związano jej białym ręcznikiem, a potem podniesiono ją do góry z ręcznikiem wokół szyi tak, że nie mogła dotknąć stopami ziemi. Zbudziła się przerażona, czując, że za chwilę umrze. Jej sen przypomniał mi koszmary opisywane przez weteranów wojennych, w których widzieli niezmienione twarze i części ciała dokładnie tak, jak w trakcie walki. Te sny były tak przerażające, że starali się nie zasypiać w nocy; tylko drzemki w ciągu dnia, niepowiązane z nocnymi zasadzkami, wydawały się choć trochę bezpieczniejsze.

Na tym etapie terapii Marilyn raz po raz ogarniały wrażenia i obrazy powiązane z koszmarem o duszeniu. Pamiętała, że jako czterolatka siedziała w kuchni z podpuchniętymi oczyma, bolącą szyją i krwawiącym nosem, podczas gdy jej ojciec i brat śmiali się z niej i nazywali ją głupią dziewuchą. Na jednej z sesji opowiedziała mi: „Poprzedniego wieczora, gdy myłam zęby, poczułam się nagle jak ryba bez wody, rzucałam się jak opętana z poczuciem braku powietrza. Nie mogłam złapać tchu. Łkałam i dusiłam się, myjąc zęby. Uczucie paniki wzbierało we mnie razem z odczuciem duszności. Gdy tak stałam nad umywalką, musiałam z całych sił powstrzymywać się, by nie krzyczeć NIENIENIENIENIE". Potem Marilyn położyła się do łóżka i zasnęła, ale przez resztę nocy budziła się z dokładnością stopera co dwie godziny.

Trauma nie jest przechowywana jako historia z początkiem, rozwinięciem i zakończeniem. Tak, jak to będę szczegółowo omawiać w rozdziałach 11. i 12., wspomnienia początkowo powracają tak, jak to było u Marilyn: jako przebłyski, fragmenty

doświadczeń, pojedyncze obrazy, dźwięki czy doznania zmysłowe bez kontekstu, poza przerażeniem i paniką. Gdy Marilyn była dzieckiem, nie miała możliwości wyrażenia niewypowiedzianego, zresztą nie miałoby to żadnego znaczenia, bo i tak nikt jej nie słuchał.

Jak wiele osób wykorzystywanych w dzieciństwie, Marilyn była świetnym przykładem siły witalnej, woli życia i odzyskania nad nim kontroli, energii przeciwstawiającej się traumatycznemu wyniszczeniu. Stopniowo zacząłem zdawać sobie sprawę, że jedyną rzeczą, która sprawia, że można pracować nad uleczeniem traumy, jest podziw dla woli przeżycia, która umożliwiła moim pacjentom przetrwać maltretowanie, a potem przetrwać mroczne noce duszy, jakie zawsze pojawiają się na drodze do wyzdrowienia.

ROZDZIAŁ 9

Cóż ma z tym wspólnego miłość?

> Inicjacja, zastraszanie, stygmatyzacja, izolacja, bezradność i samooskarżanie się, to wszystko składa się na przerażającą rzeczywistość molestowanego dziecka. […] „Nie przejmuj się takimi rzeczami; to nigdy nie mogło by się zdarzyć w naszej rodzinie". „Jak mogłeś w ogóle pomyśleć o czymś tak okropnym?" „Nigdy więcej nie mów mi czegoś takiego!" Przeciętne dziecko nigdy nie pyta i nigdy nie mówi.
>
> Roland Summit, *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome*

Jak postrzegamy takie osoby jak Marilyn, Mary i Kathy i co możemy zrobić, żeby im pomóc? Sposób, w jaki określamy ich problemy, nasza diagnoza, determinuje nasze podejście do terapii. Tacy pacjenci w trakcie leczenia psychiatrycznego na ogół dostają pięć albo i sześć różnych, niepowiązanych ze sobą rozpoznań. Jeśli ich lekarze skupiają się na wahaniach nastroju, określą ich jako cierpiących na chorobę dwubiegunową i zapiszą lit albo walproinian sodu. Jeżeli największe wrażenie wywrze ich rozpacz, powie się im, że cierpią na ciężką depresję, i poda antydepresanty. Jeśli specjalistów zafascynuje ich ciągły brak skupienia uwagi, mogą dostać łatkę ADHD i zaczną być leczeni ritalinem i innymi preparatami pobudzającymi. Jeżeli zaś personel akurat zajmuje się badaniami traumy, a pacjent z własnej woli poda odpowiednie informacje, może zostać zdiagnozowany jako ofiara PTSD. Żadne z tych rozpoznań nie będzie całkowicie błędne, żadne jednak nie będzie we właściwy sposób opisywać, kim ci pacjenci są i na co cierpią.

Jako jedna z dziedzin medycyny, psychiatria chce określać choroby psychiczne tak precyzyjnie jak – powiedzmy – raka trzustki czy paciorkowcowe zapalenie płuc. Biorąc jednak pod uwagę złożoność umysłu, mózgu i ludzkich więzi, jesteśmy jeszcze bardzo, bardzo daleko od uzyskania tego rodzaju precyzji. Na dziś rozumienie, co jest „nie tak" z ludźmi, to bardziej kwestia stanu umysłu lekarza (i tego, za co płacą firmy ubezpieczeniowe) niż weryfikowalnych, obiektywnych faktów.

Pierwsze poważne podejście do stworzenia uporządkowanego podręcznika rozpoznań psychiatrycznych miało miejsce w roku 1980, gdy wydano trzecią edycję *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (podręcznika diagnostycznej i statystycznej klasyfikacji zaburzeń psychicznych), oficjalnej listy wszystkich chorób psychicznych uznanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne – APA. Przedmowa do DSM-III jasno ostrzegała, że jego kategorie nie są dość precyzyjne, żeby używać ich na przykład w medycynie sądowej czy do celów ubezpieczeniowych. Mimo to DSM wkrótce stało się narzędziem o niewiarygodnym znaczeniu: firmy ubezpieczeniowe żądają diagnozy DSM, by zrefundować leczenie; do niedawna wszystkie granty badawcze były oparte na rozpoznaniach DSM; zaś programy akademickie są tworzone wokół kategorii DSM.

Etykiety DSM szybko znalazły drogę także do kultury masowej. Miliony ludzi wiedzą, że Tony Soprano cierpiał na depresję z atakami paniki, a Carrie Mathison z serialu *Homeland* zmaga się z chorobą dwubiegunową. Podręcznik stał się przemysłem, który przyniósł Amerykańskiemu Towarzystwu Psychologicznemu dobrze ponad sto milionów dolarów [163]. Pytanie brzmi: Czy porównywalne korzyści przyniósł też pacjentom, którym miał służyć?

Rozpoznanie psychiatryczne ma poważne konsekwencje: diagnoza wskazuje leczenie, zaś złe leczenie może mieć katastrofalne skutki. Diagnostyczna „łatka” najczęściej przylega też do ludzi już do końca życia i w istotny sposób wpływa na to, jak postrzegają samych siebie. Spotkałem niezliczonych pacjentów, którzy mówili mi, że „mają” chorobę dwubiegunową, osobowość *borderline* albo PTSD, tak jakby zostali skazani na podziemne lochy do końca życia, niczym hrabia Monte Christo.

Żadne z tych rozpoznań nie bierze pod uwagę niezwykłych talentów, jakie wielu pacjentów rozwija, ani kreatywnej energii, jaką znaleźli w sobie, żeby przetrwać. Zbyt często diagnozy są po prostu wyliczankami objawów, przez co takie pacjentki jak Marilyn, Kathy, czy Mary są postrzegane jako kobiety, które nie potrafią się kontrolować i trzeba je „naprostować”.

Słownikowa definicja rozpoznania to „a) Akt lub proces identyfikowania lub określania natury i przyczyny choroby lub urazu

poprzez ocenę wywiadu, badania przedmiotowego i wyników badań laboratoryjnych. b) Opinia wynikająca z takiej oceny” [164]. W tym i kolejnym rozdziale omówię przepaść między oficjalnymi rozpoznaniami a tym, na co rzeczywiście cierpią nasi pacjenci, oraz jak wspólnie z moimi kolegami próbujemy zmienić sposób diagnozowania pacjentów z wieloletnią historią traumy.

Jak się zbiera wywiad na temat traumy?

W 1985 roku zacząłem współpracować z Judith Herman, psychiatrą, której pierwszą książkę *Father–Daughter Incest* („Kazirodztwo w relacji ojciec–córka”) niedawno opublikowano. Oboje pracowaliśmy w Cambridge Hospital (jednym ze szpitali uniwersyteckich Harvardu) i podzielaliśmy zainteresowanie tym, jak trauma wpływa na życie naszych pacjentów. Zaczęliśmy więc regularnie spotykać się i wymieniać notatkami. Uderzyło nas, jak wielu spośród naszych chorych, u których zdiagnozowano zaburzenie osobowości typu *borderline* (BPD), opowiadało przerażające historie z dzieciństwa. Charakterystycznymi cechami BPD są silne, lepkie emocjonalnie, lecz nietrwałe związki, ekstremalne wahania nastroju i zachowania autodestrukcyjne, w tym samookaleczanie się i wielokrotne próby samobójcze. Żeby odkryć, czy istnieje rzeczywisty związek między dziecięcą traumą a BPD, opracowaliśmy sformalizowane badanie kliniczne i wysłaliśmy wniosek o grant do National Institutes of Health (Narodowe Instytuty Zdrowia). Został odrzucony. Niezrażeni zdecydowaliśmy się razem z Judy sami sfinansować nasze prace. Pomógł nam Chris Perry, szef badań Cambridge Hospital, który dostał z National Institutes of Mental Health (Narodowe Instytuty Zdrowia Psychicznego) środki na badania nad BPD i pokrewnymi diagnozami, nazywanymi zaburzeniami osobowości, u pacjentów szpitala. Zebrał od tych chorych tomy wartościowych danych, ale nigdy nie pytał ich o wykorzystywanie czy zaniedbywanie w dzieciństwie. I choć nie krył sceptycyzmu wobec naszej propozycji, był bardzo hojny i zorganizował nam wywiady z pięćdziesięcioma pięcioma pacjentami z oddziału dziennego. Zgodził się też porównać nasze wyniki z zapisami dużej bazy danych, jakie sam zebrał.

Najpierw ja i Judy musieliśmy się zmierzyć z pytaniem: Jak zebrać wywiad na temat traumy? Nie można przecież spytać pacjenta prosto z mostu: „Czy w dzieciństwie był pan molestowany, była pani molestowana?” albo „Czy pański ojciec pana bił?”. Ilu ludzi zaufałoby całkiem nieznajomej osobie na tyle, by powierzyć jej tak wstydliwy sekret? Pamiętając, że wszyscy ludzie wstydzą się traumy, którą przeszli, opracowaliśmy specjalny kwestionariusz: Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ) [165]. Rozmowa zaczynała się od serii prostych pytań: „Gdzie pan, pani mieszka i z kim?”; „Kto opłaca rachunki, a kto gotuje i sprząta?”. Stopniowo przechodziliśmy do kwestii bardziej znaczących, jak: „Na kim może pan, pani polegać w codziennym życiu?”. Na przykład: „Gdy jest pan, pani chory, chora, kto robi zakupy albo zabiera pana, panią do lekarza?”. „Z kim może pan, pani porozmawiać, gdy jest pan, pani zdenerwowany, zdenerwowana?” Innymi słowy, kto zapewnia praktyczne i emocjonalne wsparcie? Niektórzy pacjenci dawali zaskakujące odpowiedzi: „mój pies” albo „mój terapeuta”, albo „nikt”. Gdy potem zadawaliśmy podobne pytania o okres dzieciństwa: „Kto mieszkał w domu? Jak często się przeprowadzaliście? Kto był głównym opiekunem?”, wielu pacjentów opisywało częste przeprowadzki wymagające zmiany szkoły w trakcie roku. U wielu główny opiekun był w więzieniu, zakładzie psychiatrycznym albo w wojsku. Inni zmieniali rodziny zastępcze jak rękawiczki lub przenosili się od jednych krewnych do drugich.

Kolejna część kwestionariusza odnosiła się do relacji w dzieciństwie: „Kto w rodzinie okazywał panu, pani czułość?”. „Kto traktował pana, panią jak kogoś specjalnego?” Potem następowało kluczowe pytanie, którego (przynajmniej z tego, co wiem) nikt wcześniej nie zadawał w badaniu naukowym: „Czy w okresie dorastania był ktoś, przy kim czuł się pan, czuła się pani bezpiecznie?”. Jeden na czterech pytanych pacjentów nie potrafił przypomnieć sobie nikogo, przy kim jako dziecko czułby się bezpieczny. Na arkuszach ankiety zaznaczaliśmy rubrykę „nikt” i nie komentowaliśmy tego, ale byliśmy wstrząśnięci. Wyobraźcie sobie, że jesteście dzieckiem i nie macie żadnego bezpiecznego miejsca. To każe wam ruszać w świat bez ochrony i bez niczyjej uwagi.

Kolejne pytania: „Kto ustanawiał w domu zasady i egzekwował dyscyplinę?”, „Jak dzieci były przywoływane do porządku – rozmową, strofowaniem, klapsami, biciem, zamykaniem w ciemnym miejscu?”, „Jak rodzice rozwiązywali konflikty między sobą?”. Na tym etapie zwykle bariery puszczały i wielu pacjentów bez nagabywania opowiadało o swoim dzieciństwie. Pewna kobieta była świadkiem, jak gwałcono jej młodszą siostrę, inna opowiedziała, że pierwsze doświadczenie seksualne zdobyła w wieku ośmiu lat – z własnym dziadkiem. Mężczyźni i kobiety opisywali, jak w nocy leżeli w łóżkach, słuchając trzasku łamanych mebli i krzyków rodziców, młody człowiek zszedł do kuchni i zobaczył matkę leżącą na podłodze w kałuży krwi. Inni mówili o tym, jak nikt ich nie odbierał po szkole albo jak wracali do pustego domu i byli sami przez całą noc. Kobieta, która pracowała jako kucharka, nauczyła się przygotowywać posiłki dla domowników, gdy jej matkę zamknięto w więzieniu za posiadanie narkotyków. Inna miała dziewięć lat, kiedy złapała kierownicę i ustabilizowała tor jazdy samochodu, bo jej pijana matka jechała wężykiem po czteropasmówce w godzinach szczytu.

Nasi pacjenci nie mieli wyboru: nie mieli do kogo się zwrócić ani gdzie się schronić. Mimo to jakoś musieli okiełznać przerażenie i rozpacz. Prawdopodobnie chodzili do szkoły i udawali, że wszystko jest w porządku. Judy i ja zdaliśmy sobie sprawę, że problemy grupy BPD – dysocjacja, desperackie czepianie się kogokolwiek, kto mógłby teoretycznie pomóc – prawdopodobnie miały swe źródło w sposobach radzenia sobie z wszechogarniającymi emocjami i brutalnością, przed którą nie można było uciec.

Po zebraniu wywiadów spotkaliśmy się z Judy, żeby zakodować odpowiedzi badanych, czyli przełożyć je na język liczb, łatwy do przeanalizowania przez komputer. Potem Chris Perry połączył je z bazą informacji o tych pacjentach, jaką miał w głównym komputerze uniwersytetu. Pewnego kwietniowego, sobotniego ranka zostawił nam wiadomość, żebyśmy stawili się w jego biurze. Znaleźliśmy tam stos wydruków, na którym Chris położył rysunek Gary’ego Larsona o grupie naukowców badających delfiny i zaintrygowanych „tymi dziwnymi *oh-szpań-koi-imi* dźwiękami”.

Dane przekonały nas, że dopóki nie rozumie się języka traumy i wykorzystywania, nie można naprawdę zrozumieć BPD.

Jak to później opisaliśmy w „American Journal of Psychiatry", 81 procent chorych z Cambridge Hospital, u których rozpoznano BPD, opisywało, że w dzieciństwie byli wykorzystywani i/lub zaniedbywani; w większości przypadków maltretowanie zaczęło się nim ukończyli siedem lat [166]. Było to szczególnie istotne, bo sugerowało, że wpływ wykorzystywania przynajmniej częściowo zależy od tego, kiedy się ono zacznie. Późniejsze badania Martina Teichera z McLean Hospital wykazały, że różne formy wykorzystywania mają różny wpływ na różne obszary mózgu w różnych stadiach rozwoju [167]. Choć od czasu naszej pracy pojawił się szereg nowych badań [168], wciąż regularnie dostaję do oceny prace naukowe, w których czytam na przykład „istnieją hipotezy, że pacjenci z zaburzeniami typu *borderline* mogli w dzieciństwie przeżyć traumę". Ciekawe, kiedyż to hipoteza staje się naukowo potwierdzonym faktem?

Nasze badanie jasno poparło wnioski Johna Bowlby'ego:

> Gdy dzieci wciąż czują gniew, mają poczucie winy albo stale się boją, że zostaną opuszczone, te uczucia są szczere; są wynikiem doświadczenia. Gdy na przykład dzieci boją się opuszczenia, nie jest to w opozycji do ich wewnętrznych morderczych popędów; bardziej prawdopodobne, że dzieje się tak dlatego, iż w przeszłości zostały porzucone (dosłownie lub tylko emocjonalnie) albo straszono je porzuceniem. Gdy dzieci są wypełnione gniewem, to efekt odrzucenia albo złego traktowania. Gdy dzieci doświadczają silnych wewnętrznych konfliktów w związku ze swoim gniewem, to najpewniej dlatego, że wyrażanie go było zakazane, a nawet niebezpieczne.

Bowlby zauważył, że kiedy dzieci muszą wyprzeć tak silne doznania, wywołuje to poważne problemy, takie jak „chroniczna nieufność względem innych ludzi, zahamowanie ciekawości, niewiara we własne zmysły i tendencja do postrzegania wszystkiego jako nierzeczywistego" [169]. Jak się przekonamy, ma to ważne znaczenie dla terapii. W naszym badaniu rozszerzyliśmy pole pracy poza badanie wpływu szczególnych, przerażających zdarzeń, na jakich ogniskuje się diagnostyka PTSD, żeby spojrzeć na długofalowe skutki brutalizacji i zaniedbań w relacjach opiekuńczych. Pojawiło się przy tym jeszcze jedno ważne pytanie: Jakie metody leczenia są skuteczne u ofiar maltretowania, szczególnie takich, które stale mają myśli samobójcze i z premedytacją same się krzywdzą?

Samookaleczanie

W trakcie stażu przez trzy noce z rzędu wyrywano mnie z łóżka o trzeciej w nocy, żebym pozszywał kobietę, która cięła szyję wszystkim, cokolwiek ostrego wpadło jej w ręce. Z nutką triumfu w głosie powiedziała mi, że gdy się kaleczy, czuje się jakoś lepiej. Od tamtej pory zadawałem sobie pytanie – dlaczego? Dlaczego są ludzie, którzy radzą sobie z niepokojem, rozgrywając trzy sety tenisa albo wypijając mocne martini, podczas gdy inni tną ramiona żyletką?

Nasze badanie pokazało, że wykorzystywanie fizyczne i seksualne w dzieciństwie to silny czynnik prognostyczny wielokrotnych prób samobójczych i samookaleczania [170]. Zastanawiałem się czy myśli samobójcze zaczęły się pojawiać, gdy ofiary były jeszcze dziećmi i czy pomagało im planowanie „ucieczki", jaką była śmierć, lub zrobienie sobie poważnej krzywdy. Czy samookaleczanie się zaczyna się od desperackiej próby odzyskania jakiegoś poczucia kontroli?

W bazie danych Chrisa Perry'ego były informacje na temat wszystkich byłych pacjentów leczonych w szpitalnej przychodni, w tym pacjentów o skłonnościach samobójczych i z tendencją do zachowań autodestrukcyjnych. Po trzech latach terapii u mniej więcej dwóch trzecich pacjentów odnotowano znaczącą poprawę. Pytanie, którzy członkowie grupy terapeutycznej zyskali, a którzy wciąż mieli myśli samobójcze i związane z samookaleczaniem?

Porównanie bieżących zachowań pacjentów z odpowiedziami, jakich udzielili w naszych ankietach TAQ, pozwoliło nam znaleźć kilka odpowiedzi. Ci, którzy nadal przejawiali zachowania autodestrukcyjne, mówili wcześniej, że jako dzieci z nikim nie czuli się bezpiecznie; że byli opuszczani, przerzucani z miejsca na miejsce i generalnie pozostawieni sami sobie. Doszedłem do wniosku, że jeśli przechowujesz w sobie wspomnienie bycia bezpiecznym przy kimś, nawet dawno temu, ślady tego uczucia można w dorosłym życiu rozgrzać na nowo, dzięki dostrojeniu się w relacjach, niezależnie, czy codziennych, czy tylko terapeutycznych. Jeśli jednak nie masz głęboko wdrukowanych wspomnień, w których czujesz się kochany i bezpieczny, odpowiadające na ludzką dobroć receptory w mózgu mogą się po prostu nie wykształcić [171]. Gdyby okazało się to prawdą, jak ludzie

mogą nauczyć się wyciszać i zakotwiczyć we własnym ciele? To także ma istotne znaczenie dla terapii i wrócę do tej kwestii w części piątej, traktującej o leczeniu.

Siła diagnozy

Nasze badanie potwierdziło też, że istnieje populacja osób straumatyzowanych znacząco różna od weteranów wojennych i ofiar wypadków, dla których ukuto diagnozę PTSD. Tacy ludzie jak Marilyn i Kathy, a także pacjenci, których badaliśmy z Judy, i dzieci z przychodni MMHC, które opisałem w rozdziale 7., nie zawsze pamiętają swoją traumę (a to jedno z kryteriów diagnostycznych PTSD), a w każdym razie nie skupiają się na konkretnych wspomnieniach związanych z wykorzystywaniem; wciąż jednak zachowują się tak, jakby byli w niebezpieczeństwie. Miotają się między ekstremami; mają trudności ze skupieniem się na zadaniu i ciągle atakują – innych albo siebie. Do pewnego stopnia ich problemy pokrywają się z problemami byłych żołnierzy, ale ogromną różnicą jest to, że uraz z dzieciństwa nie pozwolił im rozwinąć pewnych zdolności umysłowych, które weterani, jako dorośli, mieli, zanim doświadczyli traumy.

Gdy zdaliśmy sobie z tego sprawę, nasza grupa [172] poszła do Roberta Spitzera, który po tym, jak przewodniczył opracowywaniu DSM-III, właśnie dokonywał przeglądu podręcznika. Uważnie wysłuchał tego, co mieliśmy mu do powiedzenia. Wyjaśnił, że klinicyści, którzy większość czasu spędzają, lecząc określoną populację pacjentów, mają duże szanse, żeby zdobyć znaczne doświadczenie w rozpoznawaniu ich problemów. Zasugerował, żebyśmy przeprowadzili tzw. badanie terenowe, porównujące problemy różnych grup straumatyzowanych osób [173].

Spitzer zrobił mnie szefem projektu. Najpierw opracowaliśmy skalę oceny obejmującą wszystkie kiedykolwiek opisane w literaturze naukowej objawy traumy. Potem przeprowadziliśmy wywiady z 525 dorosłymi pacjentami w pięciu ośrodkach rozrzuconych po kraju, by sprawdzić, czy określone populacje cierpią na różne zestawy objawów. Okazało się, że naszych badanych można podzielić na trzy grupy: osoby, które w dzieciństwie były fizycznie lub seksualnie wykorzystywane przez opiekunów, ofiary niedawnej przemocy

domowej oraz osoby, które niedawno przeżyły jakąś katastrofę. Między grupami widoczne były wyraźne różnice, zwłaszcza między ofiarami maltretowania w dzieciństwie a osobami, które przeżyły jakiś kataklizm. Dorośli, którzy byli wykorzystywani w dzieciństwie, często mieli problemy z koncentracją, skarżyli się, że są stale rozdrażnieni, i gardzili sobą. Mieli ogromne kłopoty w relacjach intymnych: angażowali się często w płytkie i pozbawione satysfakcji związki seksualne wysokiego ryzyka lub zupełnie zamykali się na seks. Miewali też duże luki w pamięci, często przejawiali zachowania autodestrukcyjne i mieli mnóstwo problemów zdrowotnych. Takie objawy u ocalonych z katastrof były stosunkowo rzadkie.

Każda duża kategoria diagnostyczna w DSM ma swoją grupę roboczą odpowiedzialną za sugerowanie poprawek w kolejnych wydaniach. Przedstawiłem wyniki badania terenowego naszej grupie roboczej DSM-IV PTSD i stosunkiem głosów dziewiętnaście do dwóch postanowiliśmy utworzyć nowe rozpoznanie dla ofiar traumy relacyjnej. Nazwaliśmy je „złożonym zespołem stresu pourazowego" (Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified – DESNOS), w skrócie – „złożonym PTSD" [174]. Z niecierpliwością czekaliśmy na publikację DSM-IV w maju 1994. Jednak ku naszemu zdumieniu rozpoznanie, które nasza grupa robocza przyjęła tak znakomitą większością głosów, nie ukazało się w ostatecznej wersji podręcznika. Nikt tego z nami nie konsultował.

Efekty zignorowania istnienia DESNOS były tragiczne. Oznaczały, że duża grupa chorych nie może liczyć na prawidłowe rozpoznanie, a klinicyści i badacze nie mogą opracować dla tych ludzi właściwych metod leczenia. Nie możesz przecież pracować nad terapią dla schorzenia, które nie istnieje. Bez diagnozy terapeuci stanęli przed poważnym dylematem: Jak mamy leczyć ludzi, którzy zmagają się ze skutkami maltretowania, zdrady i porzucenia, skoro zmuszeni jesteśmy rozpoznawać u nich depresję, lęk napadowy, chorobę dwubiegunową albo osobowość *borderline*, które nie oddają tego, z czym ci chorzy się mierzą?

Konsekwencje maltretowania i zaniedbywania przez opiekuna są o wiele częstsze i bardziej złożone niż skutki huraganów czy katastrof drogowych. Mimo to decydenci, od których zależy kształt naszego systemu diagnostycznego, zdecydowali się zignorować te

dowody. Do dziś dnia, po dwudziestu latach i czterech kolejnych wydaniach, DSM i cały oparty na nim system ignoruje ofiary wykorzystywania i zaniedbywania w dzieciństwie, tak samo jak ignorował błagania weteranów do czasu, gdy w 1980 roku wprowadzono rozpoznanie PTSD.

Ukryta epidemia

W jaki sposób obiecujące niemowlę ze swoimi nieograniczonymi zdolnościami zmienia się w trzydziestoletniego, bezdomnego pijaka? Jak przy wielu epokowych odkryciach, internista Vincent Felitti wpadł na odpowiedź przypadkiem. W 1985 roku Felitti był szefem oddziału medycyny prewencyjnej Kaiser Permanente's w San Diego, który w tym czasie był największym ośrodkiem medycznych badań przesiewowych na świecie. Prowadził też klinikę leczenia otyłości stosującą technikę zwaną „supplemented absolute fasting" (całkowitą głodówką z uzupełnianiem witamin, aminokwasów i składników mineralnych), w której z sukcesem odchudzano pacjentów o dziesiątki kilogramów. Pewnego dnia do jego gabinetu trafiła dwudziestoosmioletnia pomoc pielęgniarska. Felitti uwierzył, że jej głównym problemem jest otyłość, i włączył ją do programu. Przez kolejne pięćdziesiąt jeden tygodni pacjentka schudła ze 185 do 65 kg. Gdy jednak Felitti spotkał ją po paru miesiącach, przytyła bardziej, niż wcześniej uznałby to za możliwe w tak krótkim czasie.

Co się stało? Okazało się, że jej nowe, smukłe ciało przyciągnęło uwagę kolegi z pracy, który zaczął z nią flirtować, aż w końcu zaproponował seks. Wróciła do domu i zaczęła jeść. Opychała się w ciągu dnia, a nocą opróżniała lodówkę, lunatykując. Gdy Felitti zbadał jej ekstremalną reakcję, okazało się, że w przeszłości pacjentka była w długotrwałym, kazirodczym związku z własnym dziadkiem. To był dopiero drugi przypadek kazirodztwa, z jakim naukowiec zetknął się w swojej dwudziestotrzyletniej praktyce, tymczasem zaledwie dziesięć dni później usłyszał podobną historię. Gdy razem z zespołem zaczął się temu bliżej przyglądać, wstrząśnięty odkrył, że większość chorobliwie otyłych pacjentów ich kliniki padła w dzieciństwie ofiarą molestowania. Lekarze odkryli też u nich szereg innych problemów związanych z relacjami w rodzinie.

W 1990 roku Felitti pojechał do Atlanty, by zaprezentować dane z pierwszych 286 wywiadów z pacjentami na spotkaniu North American Association for the Study of Obesity (Północnoamerykańskiego Stowarzyszenia na Rzecz Badań nad Otyłością). Był zszokowany ostrą reakcją części ekspertów: Dlaczego wierzył takim pacjentom? Czy zdaje sobie sprawę, że dla usprawiedliwienia swojego przegranego życia mogliby sfabrykować dowolne wyjaśnienie? Na szczęście epidemiolog z CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centra Kontroli i Prewencji Chorób) zachęcił naukowca, by zorganizował znacznie większe badanie, na całej populacji, i zaprosił go na spotkanie z niewielką grupą badaczy z CDC. Efektem było wielkoskalowe badanie Adverse Childhood Experiences (Negatywne Doświadczenia z Dzieciństwa – znane dziś jako badanie ACE), prowadzone przez CDC i Kaiser Permanente, któremu wspólnie szefowali doktor Robert Anda i doktor Vincent Felitti.

Przez oddział medycyny prewencyjnej Kaiser przewijało się w ciągu roku ponad 50 000 pacjentów, których dokładnie badano, wypełniając szczegółowe kwestionariusze. Felitti i Anda poświęcili ponad rok na opracowanie dziesięciu nowych pytań [175] w precyzyjnie określonych kategoriach traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, w tym wykorzystywania fizycznego i seksualnego, zaniedbywania fizycznego i emocjonalnego oraz dysfunkcjonalności rodziny (rozwód rodziców, ich choroba psychiczna, uzależnienie od narkotyków albo pobyt w więzieniu). Potem zapytali 25 000 kolejnych pacjentów oddziału, czy zechcieliby udzielić informacji na temat swojego dzieciństwa; zgodziło się 17 421 osób. Ich odpowiedzi porównano następnie ze szczegółowymi danymi medycznymi, jakie szpital Kaiser przechowywał o wszystkich swoich pacjentach.

Badanie ACE ujawniło, że traumatyczne przeżycia w okresie dzieciństwa i dojrzewania są o wiele częstsze, niż można by się spodziewać. Uczestnikami badania byli w większości biali przedstawiciele klasy średniej, w średnim wieku, dobrze wykształceni i wystarczająco stabilni ekonomicznie, by mieć dobre ubezpieczenie medyczne, a mimo to tylko jedna trzecia powiedziała,

że z dzieciństwem nie wiążą się dla nich żadne przykre wspomnienia.

- Jedna na dziesięć osób odpowiedziała twierdząco na pytanie: „Czy rodzic lub inny dorosły członek gospodarstwa domowego często lub bardzo często krzyczał na ciebie, obrażał cię albo gnębił?”.
- Ponad jedna czwarta potwierdziła, gdy spytano: „Czy jedno z rodziców często lub bardzo często popychało cię, potrząsało, dawało klapsa albo rzucało czymś w ciebie?” oraz: „Czy jedno z rodziców często lub bardzo często biło cię tak mocno, że zostawały ślady albo doznawałeś/aś urazu?”. Innymi słowy, więcej niż jedna czwarta amerykańskiej populacji najprawdopodobniej była długotrwale maltretowana w dzieciństwie.
- Na pytania: „Czy dorosły lub osoba co najmniej pięć lat starsza od ciebie kiedykolwiek dotykała twojego ciała w seksualnym kontekście?” oraz: „Czy dorosły lub osoba co najmniej pięć lat starsza od ciebie kiedykolwiek próbowała doprowadzić cię do stosunku oralnego, analnego lub waginalnego?” twierdząco odpowiedziało 28 procent kobiet i 16 procent mężczyzn.
- Jedna na osiem osób twierdząco odpowiedziała na pytania: „Czy jako dziecko byłeś/aś świadkiem, jak twoja matka czasami/często/bardzo często była popychana, potrząsana, bita lub ktoś w nią czymś rzucał?”, „Czy jako dziecko widziałeś/aś jak twoja matka była czasami/często/bardzo często kopana, gryziona, uderzana pięścią albo czymś ciężkim?” [176].

Każde TAK oznaczało 1 punkt, czyli wynik ACE mieścił się w zakresie od 0 do 10. Na przykład osoba, na którą często krzyczano, z matką alkoholiczką i rozwiedzionymi rodzicami zebrałaby trzy punkty. Spośród dwóch trzecich osób, które miały na koncie jakieś tragiczne doświadczenie, 87 procent zebrało dwa lub więcej punktów. Jeden na sześciu respondentów miał więcej niż cztery punkty. Krótko mówiąc, Felitti i jego zespół odkryli, że trudne przeżycia są powiązane, choć zwykle bada się je osobno. Ludzie na ogół nie wzrastają w rodzinach, gdzie brat siedzi w więzieniu, ale cała reszta jest w porządku. Nie żyją w gospodarstwach, gdzie matka jest regularnie bita, ale poza tym jest klawo. Przypadki

maltretowania nigdy nie są czymś odosobnionym. Zaś z każdym kolejnym przykrym przeżyciem rośnie góra późniejszych złych skutków.

Felitti i jego zespół odkryli, że skutki dziecięcej traumy najpierw ujawniają się w szkole. Ponad połowa osób, które zebrały cztery lub więcej punktów ACE, zgłaszała trudności w nauce lub zachowaniu, podczas gdy wśród osób z punktacją równą zeru było tak tylko u 3 procent. W miarę dorastania, dzieci nie „wyrastały" z efektów wczesnych doświadczeń. Jak opisuje Felitti, „traumatyczne doświadczenia często giną w czasie i są ukrywane pod maską wstydu, jako sekret i społeczne tabu", z badania wynika jednak, że wpływ traumy kładzie się cieniem na całe dorosłe życie tych ludzi. Wysoki wynik ACE wiąże się na przykład z wyższą absencją w pracy, problemami finansowymi i niższym skumulowanym dochodem.

Jeśli wziąć pod uwagę osobiste cierpienia, wyniki były zatrważające. W miarę jak rosła punktacja ACE, wzrastało też ryzyko przewlekłej depresji w dorosłym życiu. U osób z wynikiem cztery lub więcej częstość występowania depresji wynosiła 66 procent u kobiet i 35 procent u mężczyzn, podczas gdy w grupie z wynikiem zero – tylko 12 procent. Proporcjonalnie rosło też prawdopodobieństwo zażywania antydepresantów lub silnych leków przeciwbólowych, dostępnych tylko na receptę. Jak zauważa Felitti, możemy dziś leczyć przeżycia, które miały miejsce pięćdziesiąt lat temu – przy wciąż wzrastających kosztach. Leki przeciwdepresyjne i przeciwbólowe stanowią znaczącą część naszych szybko rosnących wydatków na służbę zdrowia [177]. (Jak na ironię, badania wykazały, że pacjenci z depresją, ale bez historii wcześniejszego wykorzystywania czy zaniedbywania, o wiele lepiej reagują na leczenie przeciwdepresyjne niż osoby, które mają za sobą takie doświadczenia [178]).

Wraz ze wzrostem ACE wykładniczo rośnie też liczba prób samobójczych. Na skali od zera do sześciu punktów ACE ryzyko takich prób rośnie o około 5000 procent. Im bardziej dana osoba czuje się samotna i bezbronna, tym częściej śmierć wydaje się jedyną drogą ucieczki. Gdy media podają, że jakiś czynnik środowiskowy zwiększa ryzyko raka o 30 procent, trafia to na

czołówki gazet i serwisów, tymczasem te – o wiele bardziej wymowne – liczby są pomijane.

Jako część wyjściowej oceny stanu zdrowia uczestnicy badania pytani byli: „Czy kiedykolwiek zastanawiał/a się pan/i, czy jest alkoholikiem?”. Osoby, które „zdobyły” cztery punkty ACE, były siedmiokrotnie bardziej narażone na alkoholizm niż te z punktacją zero. Używanie dożylnych narkotyków rosło wykładniczo: dla osób z wynikiem sześć lub wyższym prawdopodobieństwo było 4600 procent wyższe w porównaniu z grupą, która „zdobyła” zero.

Uczestniczące w badaniu kobiety pytano o gwałt w dorosłym życiu. Przy punktacji ACE równej zeru częstość gwałtów wynosiła 5 procent; przy cztery lub więcej rosła do 33 procent. Dlaczego molestowane lub zaniedbywane dziewczynki w dorosłym życiu częściej są gwałcone? Odpowiedź na to pytanie ma następstwa o wiele szersze niż związane z samym gwałtem. Wiele badań wskazuje na przykład, że dziewczynki, które w okresie dorastania są świadkami przemocy domowej, jako dorosłe kobiety o wiele częściej wikłają się w brutalne związki, podczas gdy chłopcy – świadkowie takich zdarzeń – w dorosłym życiu siedmiokrotnie częściej maltretują swoje partnerki [179]. Ponad 12 procent uczestników badania widziało, jak ich matki są bite.

Lista zachowań wysokiego ryzyka powiązanych z punktacją ACE obejmuje palenie, otyłość, nieplanowane ciąże, promiskuityzm (wielu partnerów seksualnych) i choroby weneryczne. Uderzający okazał się też zestaw poważnych problemów zdrowotnych: u osób, które uzyskały sześć lub więcej punktów ACE, ryzyko którejkolwiek z dziesięciu chorób, które są głównymi przyczynami zgonów w USA (w tym POChP, czyli przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, choroby niedokrwiennej serca i chorób wątroby), było o 15 procent lub więcej wyższe niż w grupie, która „zebrała” zero. W pierwszej grupie dwukrotnie wyższe było też ryzyko raka, a czterokrotnie – rozedmy płuc. Ciągły stres niewątpliwie dawał się ciału we znaki.

Gdy problem staje się rozwiązaniem

Dwanaście lat po tym, jak po raz pierwszy zobaczył ją w swoim gabinecie, Felitti znów spotkał się z kobietą, której ekstremalne chudnięcie i tycie popchnęły go na badawczą ścieżkę. Powiedziała

mu, że miała później operację bariatryczną, ale po tym, jak schudła prawie 44 kg, zaczęła mieć myśli samobójcze. Trzeba było pięciu pobytów w szpitalu psychiatrycznym i trzech serii elektrowstrząsów, by jej zachowanie znów było pod kontrolą. Felitti wskazuje, że otyłość, uznawana za jeden z głównych problemów zdrowotnych, dla wielu ludzi może być rozwiązaniem problemów osobistych. Rozważmy skutki: jeśli weźmiesz rozwiązanie czyjegoś problemu za problem, który trzeba rozwiązać, nie tylko leczenie będzie nieskuteczne (jak w wielu programach wychodzenia z nałogu), ale mogą się też pojawić kolejne problemy.

Jedna z ofiar gwałtu powiedziała kiedyś Felittiemu: „Gruby jest niezauważany. I taka powinnam być” [180]. Nadwaga może chronić także mężczyzn. Badacz wspomina dwóch strażników z więzienia stanowego, którzy brali udział w jego programie odchudzania. Po jego zakończeniu bardzo szybko znów przytyli, bo czuli się znacznie bezpieczniej jako najwięksi faceci w całym bloku. Inny pacjent przytył po tym, jak jego rodzice się rozwiedli, a on przeprowadził się do brutalnego dziadka-alkoholika. Jak wyjaśniał: „Nie jadłem dlatego, że byłem głodny i takie tam. Po prostu jedząc, czułem się bezpiecznie. Od przedszkola wszyscy mnie bili. Gdy stałem się gruby – przestali”.

Grupa prowadząca badanie ACE podsumowała swoje wyniki tak: „Choć wiadomo, że są szkodliwe dla zdrowia, liczne zachowania adaptacyjne (takie jak palenie, picie, używanie narkotyków czy otyłość) bardzo trudno jest porzucić. Niewiele uwagi poświęca się możliwości, że wiele długofalowych czynników ryzyka zdrowotnego, w krótszej perspektywie może przynosić osobiste korzyści. Ciągle słyszymy od pacjentów o korzyściach płynących z tych »czynników ryzyka«. Myśl, że problem bywa rozwiązaniem, choć dla wielu zrozumiale niepokojąca, z pewnością potwierdza fakt, że w układach biologicznych na co dzień współistnieją przeciwstawne siły i procesy. […] To, co jeden widzi jako problem, często jest tylko przejawem głębszego problemu, który jest pogrzebany gdzieś pod warstwami czasu, ukryty pod wstydem, czasem amnezją i wcale nierzadko pod poczuciem dyskomfortu lekarza”.

Maltretowanie dzieci: największy problem zdrowotny w naszym kraju

Gdy po raz pierwszy słyszałem Roberta Andę, jak przedstawiał wyniki badania ACE, widziałem, że nie mógł powstrzymać łez. Podczas pracy w CDC wielokrotnie miał do czynienia z obszarami wysokiego ryzyka, takimi jak badania nad tytoniem czy problemy sercowo-naczyniowe. Kiedy jednak do jego komputera zaczęły spływać dane ACE, zdał sobie sprawę, że właśnie natknęli się na najpoważniejszy i najbardziej kosztowny problem zdrowia publicznego w całych Stanach: maltretowanie dzieci. Wyliczył, że jego całkowite koszty przekraczają koszty związane z nowotworami czy chorobami układu krążenia i że zatrzymanie wykorzystywania dzieci obniżyłoby całkowitą częstość występowania depresji o ponad połowę, alkoholizmu o dwie trzecie, a samobójstw, przemocy domowej i dożylnego używania narkotyków – o trzy czwarte [181]. Miałoby to także ogromny pozytywny wpływ na wydajność pracy i znacznie obniżyłoby odsetek osób przebywających w więzieniach.

Gdy w 1964 roku opublikowano raport naczelnego chirurga kraju na temat związków palenia ze zdrowiem, rozpętała się wieloletnia kampania prawna i medyczna, która zmieniła życie codzienne i perspektywy zdrowotne milionów ludzi. Liczba palaczy spadła w Stanach z 42 procent dorosłych w 1965 do 19 procent w 2010 i jak się ocenia, między 1975 a 2000 rokiem udało się dzięki temu zapobiec niemal 800 000 zgonów z powodu raka płuc [182].

Badanie ACE nie wywarło jednak takiego wpływu. Na całym świecie wciąż ukazują się prace z kolejnych badań obserwacyjnych, ale rzeczywistość dnia codziennego dzieci takich jak Marilyn i pacjenci przychodni i oddziałów w całym kraju pozostaje niezmienna. Tyle że obecnie dostają one duże dawki leków psychotropowych, które sprawiają, że są bardziej uległe, ale zarazem tracą ciekawość świata, zdolność do odczuwania przyjemności, do rozwoju emocjonalnego i intelektualnego i raczej nie staną się wartościowymi członkami społeczeństwa.

ROZDZIAŁ 10

Trauma rozwojowa: ukryta epidemia

> Mniemanie, że niekorzystne zdarzenia z wczesnego dzieciństwa prowadzą do poważnych zaburzeń rozwojowych, pozostaje bardziej w sferze klinicznej intuicji niż naukowo uzasadnionych faktów. Brak jest znanych dowodów na zaburzenia rozwojowe, które byłyby poprzedzone w czasie i w sposób przyczynowo-skutkowy jakimkolwiek rodzajem zespołu traumatycznego.
>
> z uzasadnienia odmowy wprowadzenia rozpoznania zaburzenia traumy rozwojowej (Developmental Trauma Disorder) przez American Psychiatric Association, maj 2011

> Badania nad wpływem wczesnego maltretowania mówią co innego: że ma ono trwały, negatywny wpływ na rozwój mózgu. Nasze mózgi są kształtowane przez wczesne doświadczenia. Złe traktowanie jest niczym dłuto, które rzeźbi mózg tak, by mógł walczyć z przeciwnościami, ale kosztem głębokich, trwałych ran. Maltretowanie w dzieciństwie nie jest czymś, przez co „można przejść". To zło, które musimy uznać i stawić mu czoła, jeśli chcemy cokolwiek zrobić, by skończyć z niekończącym się błędnym kołem przemocy w tym kraju.
>
> dr n. med. Martin Teicher, *Scientific American*

Dzieci, takich jak te, o których chcę teraz mówić, są setki tysięcy i pochłaniają one olbrzymie środki, często bez dostrzegalnych korzyści. Na koniec zapełniają nasze więzienia, listy pomocy społecznej i przychodnie. Opinia publiczna zna je tylko jako cyferki w statystykach. Dziesiątki tysięcy nauczycieli, kuratorów, pracowników pomocy społecznej, sędziów i specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego całymi dniami starają się im pomóc, a podatnicy za to wszystko płacą.

Anthony miał zaledwie dwa i pół roku, gdy skierowano go do naszego Trauma Center z ośrodka opieki nad dziećmi, gdyż pracownicy ośrodka nie mogli sobie z nim poradzić; stale gryzł i popychał inne dzieci, nie chciał leżakować, ciągle płakał, uderzał głową o przedmioty i kiwał się. Nie czuł się bezpiecznie z żadnym z pracowników, a jego nastroje wahały się od zniechęcenia i załamania po gniewne zaprzeczanie.

Kiedy spotkaliśmy się z nim i z jego matką, przywarł do niej, skrywając twarz, podczas gdy ona powtarzała: „Nie bądź takim dzieciuchem". Zamarł, gdy gdzieś w korytarzu trzasnęły drzwi, i jeszcze głębiej wtulił się w matczyny podołek. Kiedy kobieta go odepchnęła, usiadł w kącie i zaczął uderzać głową w ścianę. „Robi to, żeby mnie zdenerwować", zauważyła matka. Spytaliśmy ją o jej

własną historię, na co odpowiedziała, że rodzice ją zostawili; była wychowywana przez różnych krewnych, którzy ją bili, zaniedbywali i zaczęli wykorzystywać seksualnie, od kiedy skończyła trzynaście lat. Zaszła w ciążę z pijanym chłopakiem, który zostawił ją, gdy powiedziała mu o dziecku.

„Anthony jest taki jak ojciec", powiedziała, „łajdak".

Wielokrotnie kłóciła się z kolejnymi chłopakami, ale była pewna, że awantury miały miejsce tak późno w nocy, że Anthony nie mógł ich słyszeć. Gdyby dziecko przyjęto do szpitala, pewnie postawiono by mu całą listę diagnoz psychiatrycznych: depresja, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, niepokój, reaktywne zaburzenie przywiązania, ADHD i PTSD. Żadne z tych rozpoznań nie wyjaśniało jednak, co naprawdę było nie tak z chłopcem: że był śmiertelnie przerażony, walczył o życie i nie wierzył, że matka może mu pomóc.

Jest i Maria, piętnastoletnia Latynoska, jedna z ponad pół miliona amerykańskich dzieci dorastających w rodzinach zastępczych i ośrodkach dla nieletnich. Maria jest otyła i agresywna. Była wykorzystywana fizycznie, seksualnie i emocjonalnie, a od kiedy skończyła osiem lat, przebywała w ponad dwudziestu placówkach. Stos medycznych historii, które z nią dostaliśmy, opisywał ją jako zamkniętą, mściwą, impulsywną, niebezpieczną i autodestrukcyjną, z ekstremalnymi wahaniami nastroju i wybuchowym temperamentem. Sama opisywała się jako „śmiecia, nic niewartego i odrzuconego".

Po licznych próbach samobójczych umieszczono ją w jednym z czterech zamkniętych ośrodków terapeutycznych. Początkowo zamknęła się w sobie i przestała mówić, a kiedy ktoś się do niej zbytnio zbliżał, stawała się agresywna. Gdy inne sposoby zawiodły, włączono ją do programu hipoterapii, gdzie codziennie czyściła swojego konia i uczyła się jazdy konnej. Po dwóch latach znów ją spotkałem. Kiedy spytałem, co najbardziej jej pomogło, odpowiedziała: „Koń, o którego dbałam". Opowiedziała mi, że koń był pierwszą istotą, przy której poczuła się bezpiecznie; codziennie na nią czekał i wyraźnie cieszył się na jej widok. Poczuła podświadomą więź z inną istotą i zaczęła mówić do konia jak do przyjaciela. Stopniowo zaczęła też rozmawiać z innymi dziećmi uczestniczącymi w programie, a w końcu i ze swoim doradcą.

Virginia jest białą, adoptowaną trzynastolatką. Zabrano ją od biologicznej matki, bo ta brała narkotyki. Pierwsza adopcyjna matka dziewczynki zachorowała i zmarła, po czym Virginia tułała się po kolejnych rodzinach zastępczych, zanim kolejny raz została adoptowana. Była uwodzicielska wobec każdego mężczyzny, który się napatoczył; zgłaszała, że była maltretowana i molestowana przez rozmaite opiekunki. Do naszego zamkniętego programu trafiła po trzynastu kryzysowych hospitalizacjach z powodu prób samobójczych. Personel opisywał ją jako osamotnioną, kontrolującą, wybuchową, rozbudzoną seksualnie, natarczywą, mściwą i narcystyczną. Ona sama mówiła o sobie, że jest odrażająca i że chciałaby nie żyć. W jej karcie choroby było rozpoznanie choroby dwubiegunowej, zaburzenia eksplozywnego przerywanego, reaktywnego zaburzenia przywiązania, zaburzenia koncentracji uwagi (ADD) o typie nadaktywnym, zaburzenia opozycyjno-buntowniczego (ODD) oraz nadużywania substancji psychoaktywnych. Ale kim tak naprawdę jest Virginia? Jak możemy jej pomóc odzyskać życie? [183]

Możemy rozwiązać problemy tych dzieci tylko wtedy, gdy właściwie określimy, co się z nimi dzieje, i zrobimy coś więcej, niż tylko opracujemy nowe leki, które pomogą je lepiej kontrolować, albo znajdziemy „ten” gen, który jest odpowiedzialny za ich „chorobę”. Wyzwaniem jest znalezienie sposobu, żeby pomóc im prowadzić produktywne życie, a przez to oszczędzić miliony dolarów podatników. Ten proces zaczyna się od stawienia czoła faktom.

Złe geny?

Przy tak wszechobecnych problemach i tak dysfunkcyjnych rodzicach kuszącym byłoby przypisanie tych zaburzeń wyłącznie „złym genom”. Technologie zawsze odkrywają nowe szlaki badawcze, i gdy możliwe stało się wykonywanie testów genetycznych, psychiatria zaczęła poszukiwać genetycznych źródeł chorób psychicznych. Odnalezienie takich źródeł wydawało się szczególnie istotne w przypadku schizofrenii, dość częstej (dotykającej około 1 procent populacji), ciężkiej i zadziwiającej postaci zaburzeń psychicznych; która z pewnością występuje rodzinnie. Tymczasem mimo trzydziestu lat badań i milionów

dolarów nie udało się nam odnaleźć spójnych wzorców genetycznych schizofrenii – podobnie zresztą jak i innych schorzeń psychiatrycznych [184]. Niektórzy z moich kolegów ciężko pracowali, by odkryć czynniki genetyczne predysponujące ludzi do rozwoju stresu pourazowego [185]. Poszukiwania trwają, ale jak dotąd nie doprowadziły nas do żadnych pewnych odpowiedzi [186].

Nowe badania, niestety, zburzyły nasz naiwny pogląd, że posiadanie określonego genu wywołuje określone skutki. Jak się okazuje, wiele genów musi działać wspólnie, by wywołać pojedynczy efekt. A co jeszcze istotniejsze, geny nie są czymś stałym; zdarzenia życiowe mogą być źródłem sygnałów biochemicznych, które potrafią je włączać i wyłączać poprzez dołączanie do materiału genetycznego grup metylowych (cząstek złożonych z węgla i wodoru) w procesie zwanym metylacją. Dzięki temu zmniejsza się lub zwiększa wrażliwość genu na sygnały płynące z ciała. Choć jednak doświadczenia życiowe mogą zmieniać „zachowanie" genów, nie zmieniają ich podstawowej struktury. Mimo to wzorce metylacji mogą być przekazywane kolejnym pokoleniom, a zjawisko to nazywa się epigenetyką. I znów, ciało przechowuje doświadczenia, nawet na najgłębszych poziomach swojego jestestwa.

Jednym z najszerzej cytowanych eksperymentów w epigenetyce był przeprowadzony przez naukowca z Uniwersytetu McGill, Michaela Meaneya, eksperyment na nowo narodzonych szczurach i ich matkach [187]. Meaney odkrył, że to jak intensywnie matka liże i czyści potomstwo podczas pierwszych dwunastu godzin po porodzie, trwale zmienia odpowiedź mózgów młodych szczurów na stres oraz konfigurację ponad tysiąca genów. Szczurze oseski, które są intensywnie lizane przez matki, są odważniejsze i pod wpływem stresu wytwarzają mniejsze ilości hormonów stresu niż te, których matki są mniej zaangażowane. Szybciej też dochodzą do siebie i to opanowanie zostaje im do końca życia. W ich hipokampach – ośrodkach kluczowych dla uczenia się i zapamiętywania – powstają grubsze połączenia, co sprawia, że lepiej sobie radzą w tak ważnych dla gryzoni zadaniach jak wychodzenie z labiryntu.

Dopiero zaczynamy się przekonywać, że stresujące doświadczenia mają wpływ na ekspresję genów. Dzieci, których matki były w ciąży zamknięte w nieogrzewanych domach podczas

długiej burzy śnieżnej w stanie Quebec, miały znaczące zmiany epigenetyczne w porównaniu z tymi dziećmi, których matkom udało się przywrócić ogrzewanie już po 24 godzinach [188]. Jeden z badaczy McGilla, Moshe Szyf, porównał profile epigenetyczne setek dzieci urodzonych na przeciwnych krańcach drabiny społecznej w Wielkiej Brytanii i wpływ maltretowania dzieci w obu grupach. Różnice społeczne związane były z różnicami w profilach epigenetycznych, ale u maltretowanych dzieci w obu grupach wykryto takie same modyfikacje w 73 genach. Jak to ujął Szyf: „Ogromnych zmian w naszych ciałach mogą dokonywać nie tylko toksyny i chemikalia, ale także sposób, w jaki społeczny świat przemawia do naszego hardware'u" [189].

Małpy odpowiadają na stare pytanie: natura czy kultura

To, jak jakość opieki rodzicielskiej i środowisko zmieniają ekspresję genów, chyba najlepiej tłumaczy praca Stephena Suomi, szefa Laboratorium Etologii Porównawczej Narodowych Instytutów Zdrowia (National Institutes of Health's Laboratory of Comparative Ethology) [190]. Przez ponad 40 lat Suomi badał przekazywanie cech osobowościowych w kolejnych pokoleniach rezusów, małp, z którymi dzielimy 95 procent naszych genów (więcej wspólnego mamy tylko z szympansami i bonobo). Rezusy, podobnie jak ludzie, żyją w dużych grupach rodzinnych ze skomplikowanymi sojuszami i relacjami społecznymi i tylko osobniki, które potrafią dostroić swoje zachowanie do wymagań grupy, mogą przeżyć i rozwijać się.

Rezusy są do nas podobne także pod względem wzorców relacji. Ich potomstwo jest zależne od bliskich kontaktów z matką i podobnie jak to obserwował Bowlby u ludzi, rozwijają się, odkrywając relacje z otoczeniem i uciekając pod matczyne skrzydła za każdym razem, gdy się przestraszą albo zagubią. Kiedy stają się bardziej samodzielne, zaczynają bawić się z rówieśnikami i to jest ich podstawowy sposób odkrywania sposobów radzenia sobie w życiu.

Suomi opisał dwa typy osobowości, które ciągle wpadały w tarapaty: spięte, trwożliwe małpy, które się bały, wycofywały i wpadały w depresję nawet w sytuacjach, gdy inne bawiły się i odkrywały otoczenie; i bardzo agresywne osobniki, które robiły tyle zamieszania, że często bywały odrzucane, bite albo nawet zabijane.

Oba typy osobowościowe znacząco różnią się od rówieśników. Już w pierwszych tygodniach życia można u nich wykryć nieprawidłowości w poziomie pobudzenia i hormonów stresu oraz w metabolizmie neuroprzekaźników mózgowych, takich jak serotonina; ani biologia, ani zachowanie tych małp nie zmieniają się zbytnio w miarę dojrzewania.

Suomi odkrył cały wachlarz zachowań zależnych od genów. I tak w sytuacjach eksperymentalnych spięte małpy (określane tak zarówno na podstawie zachowania, jak i wysokich stężeń kortyzolu w szóstym miesiącu życia) piły w wieku czterech lat więcej alkoholu niż ich rówieśnicy. Małpy genetycznie agresywne też nadużywały alkoholu, ale podczas gdy te spięte najwyraźniej piły, żeby się uspokoić, agresywne chlały do nieprzytomności.

Otoczenie społeczne również ma wpływ na zachowanie i na biologię. Spięte, trwożliwe samice kiepsko bawią się z innymi, dlatego często nie mają wsparcia grupy, gdy rodzą, stąd jest bardzo prawdopodobne, że będą zaniedbywać lub maltretować swoje pierwsze dziecko. Jeśli jednak należą do stabilnej grupy rodzinnej, stają się często sumiennymi matkami, które dobrze wychowują potomstwo. W pewnych okolicznościach bycie strachliwą matką może zapewnić dziecku tak potrzebną ochronę. Matki agresywne – przeciwnie – nie zapewniają żadnych korzyści społecznych: są bardzo karcące względem potomstwa, non stop biją je, kopią i gryzą. Jeśli maluch przeżyje, matka zwykle zabrania mu zaprzyjaźniać się z rówieśnikami.

W realnym świecie nie można stwierdzić, czy czyjeś agresywne albo spięte zachowanie wynika z odziedziczenia po rodzicach określonych genów, wychowania przez matki, które krzywdzą, czy też jest rezultatem zaistnienia obu tych czynników. Inaczej jest w laboratorium. Tu można zabrać podatne genetycznie maluchy od biologicznych matek i dać je na wychowanie troskliwym samicom albo dołączyć do grupy rówieśniczej.

Młode małpki zabrane od matek już przy urodzeniu i wychowane wyłącznie w grupie rówieśniczej stają się bardzo do tej grupy przywiązane. Desperacko czepiają się siebie nawzajem i nie odstępują się nawet na krok, żeby zdrowo się pobawić albo sprawdzić, co dzieje się „za zakrętem”. Zabawom, w jakie się

angażują, brakuje złożoności i wyobraźni typowej dla zabaw normalnych małp. Takie rezusy wyrastają na osobniki spięte: w nowych sytuacjach są przerażone, brakuje im też wrodzonej ciekawości. Niezależnie od predyspozycji genetycznych, wychowane wyłącznie w grupie rówieśniczej małpki nadmiernie reagują nawet na niewielki stres: w odpowiedzi na głośne dźwięki ich stężenie kortyzolu wzrasta znacznie bardziej niż u małp wychowanych z matką. Ich metabolizm serotoniny jest jeszcze bardziej zaburzony niż u rezusów genetycznie skłonnych do agresji, ale wychowanych przez biologiczne matki. Wniosek? Przynajmniej u małp wczesne doświadczenia mają co najmniej taki sam wpływ na biologię jak dziedziczenie.

Małpy i ludzie mają dwa takie same warianty genu serotoniny (znane jako krótki i długi allel transportera dla serotoniny). U ludzi krótki allel powiązano z impulsywnością, agresją, poszukiwaniem wrażeń, próbami samobójczymi i ciężką depresją. Suomi wykazał, że – przynajmniej u małp – otoczenie zmienia wpływ tego genu na zachowanie. Rezusy z krótkim allelem, wychowane przez wspierające matki, zachowywały się normalnie, a ich metabolizm serotoniny nie wykazywał niedoboru. Te, które wychowano tylko z rówieśnikami, stawały się agresywnymi poszukiwaczami ryzyka [191]. Do podobnych wniosków doszedł nowozelandzki badacz Alec Roy, który odkrył, że osoby z krótkim allelem częściej chorowały na depresję niż ich rówieśnicy z długą wersją genu, ale tylko jeśli w dzieciństwie były maltretowane lub zaniedbywane. Wniosek jest prosty: dzieci, które mają szczęście mieć rodziców, którzy o nie dbają i dostrajają się do ich potrzeb, nie będą później cierpieć na tę genetycznie uwarunkowaną chorobę [192].

Prace Suomiego potwierdzają wszystko to, czego nauczyliśmy się od naszych kolegów badających więzi i co odkryliśmy w naszych własnych badaniach klinicznych: bezpieczne i opiekuńcze relacje we wczesnym dzieciństwie mają kluczowe znaczenie dla ochrony przed długofalowymi problemami. Co więcej, nawet rodzice z nieodpowiednim garniturem genetycznym mogą przekazać kolejnym pokoleniom taką ochronę, pod warunkiem że otrzymają właściwe wsparcie.

Krajowa sieć pomocy dzieciom w stresie pourazowym

Niemal każda przypadłość medyczna, od raka po zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, ma stowarzyszenia, które wspierają jej badania i leczenie. Tymczasem do 2001 roku, gdy uchwałą Kongresu powołano do życia National Child Traumatic Stress Network (Krajowa Sieć Na Rzecz Dzieci w Stresie Pourazowym), nie było organizacji kompleksowo działającej na rzecz badań i leczenia maltretowanych dzieci. W 1998 roku zadzwonił do mnie Adam Cummings z Nathan Cummings Foundation i powiedział, że są zainteresowani badaniami nad wpływem traumy na uczenie się. Powiedziałem, że choć istnieje sporo bardzo dobrych prac na ten temat [193], brak jest forum, na którym można by spożytkować już dokonane odkrycia. Psychiczny, biologiczny czy moralny rozwój dzieci, które były maltretowane, nie jest przedmiotem systematycznie wykładanym pracownikom opieki społecznej, pediatrom czy na studiach psychologicznych albo socjologicznych. Adam zgodził się ze mną, że musimy zająć się tą kwestią. Jakieś osiem miesięcy później powołaliśmy do życia think tank złożony z przedstawicieli amerykańskiego Wydziału Zdrowia I Opieki Społecznej (U.S. Department of Health and Human Services), Wydziału Sprawiedliwości (U.S. Department of Justice), doradcy ds. zdrowia senatora Teda Kennedy'ego oraz moich kolegów specjalistów w dziedzinie dziecięcej traumy. Wszyscy przynajmniej z grubsza orientowaliśmy się, jak trauma wpływa na rozwijający się umysł i mózg, jak też zdawaliśmy sobie sprawę, że dziecięca trauma różni się zasadniczo od traumatycznych zdarzeń, jakie dotykają dorosłych, w pełni ukształtowanych ludzi. Grupa doszła do wniosku, że jeśli chcemy, by kwestia dziecięcej traumy kiedykolwiek zyskała stałe miejsce w publicznej świadomości, musi istnieć krajowa organizacja, która promowałaby zarówno badania nad tym zagadnieniem, jak i edukację nauczycieli, sędziów, ministrów, rodziców zastępczych, lekarzy, kuratorów, pielęgniarek i specjalistów ds. zdrowia psychicznego – wszystkich, którzy mają do czynienia z wykorzystywanymi, maltretowanymi dziećmi.

Jeden z członków naszego think tanku, Bill Harris, miał szerokie doświadczenia w zakresie prawodawstwa nieletnich i rozpoczął współpracę z biurem senatora Kennedy'ego, żeby przekuć nasze

pomysły w prawo. Ustawa powołująca do życia National Child Traumatic Stress Network przeszła w Senacie przy wsparciu obu partii i od 2001 sieć rozrosła się z siedemnastu do ponad stu pięćdziesięciu ośrodków w całym kraju. Koordynowana przez ośrodki w Duke University i UCLA sieć NCTS obejmuje uniwersytety, szpitale, agencje ds. mniejszości, programy antynarkotykowe, kliniki zdrowia psychicznego i szkoły wyższe. Każdy z ośrodków współpracuje z kolei z lokalnym systemem oświatowym, szpitalami, ośrodkami pomocy społecznej, schroniskami dla bezdomnych, programami sądownictwa dla nieletnich i ośrodkami pomocy dla ofiar przemocy domowej; w sumie ponad 8300 partnerami stowarzyszonymi.

Po wdrożeniu NCTSN zyskaliśmy środki na stworzenie lepszego profilu maltretowanych dzieci w każdym rejonie kraju. Mój kolega z Trauma Center, Joseph Spinazzola, został szefem badania, które oceniało dane na temat niemal dwóch tysięcy dzieci i młodzieży z agencji należących do sieci [194]. Wkrótce potwierdziliśmy to, co podejrzewaliśmy: większość podopiecznych pochodziła z rodzin o wysokim stopniu dysfunkcyjności. Ponad połowa była maltretowana psychicznie i/lub miała opiekuna, który był zbyt zaburzony, żeby zaspokajać ich potrzeby. Niemal połowa czasowo traciła opiekunów, którzy szli do więzień, programów terapeutycznych albo do wojska, i trafiała pod opiekę obcych, rodzin zastępczych lub dalekich krewnych. Jakieś 50 procent było świadkami przemocy domowej, a jedna czwarta padła ofiarą seksualnego lub fizycznego wykorzystywania. Innymi słowy, dzieci i młodzież uczestniczące w badaniu były odbiciem pacjentów Kaiser Permanente z wysoką punktacją ACE, których Vincent Felitti badał w swoim Adverse Childhood Experiences (ACE) Study: przedstawicieli klasy średniej, w średnim wieku.

Siła diagnozy

W latach siedemdziesiątych nie było metody pozwalającej sklasyfikować szeroką gamę objawów obserwowanych u setek tysięcy żołnierzy powracających z Wietnamu. Jak pokazaliśmy w pierwszych rozdziałach tej książki, zmusiło to lekarzy do leczenia ich w sposób mocno improwizowany i nie pozwoliło na

systematyczne badanie, które z metod są naprawdę skuteczne. Przyjęcie przez DSM-III w 1980 roku rozpoznania PTSD otworzyło drogę licznym badaniom naukowym i doprowadziło do powstania skutecznych terapii, które z kolei okazały się mieć znaczenie nie tylko dla weteranów wojennych, ale także dla ofiar szeregu traumatycznych zdarzeń, takich jak gwałt, napaść, czy wypadek drogowy [195]. Przykładem daleko idących konsekwencji posiadania odrębnego rozpoznania jest fakt, że w latach 2007 – 2010 Departament Obrony (Department of Defense) wydał ponad 2,7 mld dolarów na leczenie i badania PTSD u weteranów wojennych, a tylko w roku podatkowym 2009 Wydział ds. Weteranów (Department of Veterans Affairs) przeznaczył na własne badania tego schorzenia 24,5 mln dolarów.

Definicja PTSD według DSM jest dość prosta: osoba przeżyła traumatyczne zdarzenie, w którym „doświadczyła, była świadkiem lub miała styczność z faktem lub niebezpieczeństwem śmierci, poważnego zranienia lub naruszenia nietykalności fizycznej”, co wywołało „silny strach, bezradność lub przerażenie” przejawiające się wachlarzem objawów, takich jak: nawracające i natrętne wspomnienia urazu (flashbacki, koszmary senne lub złudzenia, jakoby uraz się powtarzał), trwałe i dezorganizujące życie unikanie bodźców (ludzi, miejsc, myśli, uczuć związanych z urazem), czasem powiązane z amnezją dotyczącą istotnych aspektów zdarzenia, jak również zwiększona pobudliwość (bezsenność, nadmierna czujność czy podenerwowanie). Ten opis sugeruje jasną sekwencję wydarzeń: osoba zostaje nagle i niespodziewanie zniszczona przez przerażające zdarzenie i to zmienia ją na zawsze. Trauma może minąć, ale jest wciąż na nowo przeżywana w stale odtwarzanych wspomnieniach i zmienionym układzie nerwowym.

Jak się ma ta definicja do dzieci, które trafiały do naszej kliniki? Po jednorazowym traumatycznym zdarzeniu – ugryzieniu przez psa, przeżyciu wypadku samochodowego albo strzelaniny w szkole – dzieciaki mogą rozwinąć typowe objawy PTSD podobne do obserwowanych u dorosłych, nawet jeśli wychowywały się w bezpiecznych, opiekuńczych domach. Mając do dyspozycji diagnozę PTSD, możemy dziś całkiem skutecznie leczyć takie dolegliwości.

W przypadku problemowych dzieci z doświadczeniem wykorzystywania i zaniedbywania, które trafiają do przychodni, szkół, szpitali i na posterunki policji, traumatyczne korzenie ich zachowania są mniej oczywiste, dlatego zwłaszcza, że same dzieci, nawet pytane, rzadko mówią o tym, że były bite, porzucone albo molestowane. 82 procent straumatyzowanych nieletnich, którzy trafili do ośrodków National Child Traumatic Stress Network, nie spełnia kryteriów diagnostycznych PTSD [196]. Często są zamknięte w sobie, podejrzliwe lub agresywne, dostają więc pseudonaukowe „łatki" diagnostyczne, takie jak „zaburzenie opozycyjno-buntownicze", co oznacza „dzieciak szczerze mnie nienawidzi i nigdy nie robi niczego, co mu każę" albo „zespół destrukcyjnego rozregulowania nastroju", czyli fakt, że często ma napady wściekłości. Mając tyle problemów, dzieciaki te z czasem uzbierają prawdziwą litanię rozpoznań. Zanim skończą dwadzieścia lat, dostaną cztery, pięć, sześć albo i więcej takich robiących wrażenie, ale nic nieznaczących etykietek. Jeśli w ogóle otrzymają jakieś leczenie, zapewne będzie to coś, co akurat jest na topie jako metoda terapeutyczna: leki, terapie modyfikujące zachowanie albo psychoterapię ekspozycyjną. To rzadko działa, a często robi więcej szkody niż pożytku.

W miarę jak NCTSN zaczęło leczyć coraz więcej dzieci, stało się jasne, że potrzebujemy rozpoznania, które potrafiłoby ująć rzeczywistość ich doświadczeń. Zaczęliśmy od bazy danych blisko dwudziestu tysięcy dzieci leczonych w rozmaitych ośrodkach w ramach sieci i od zebrania wszystkich publikacji naukowych na temat maltretowania i zaniedbywania dzieci, jakie mogliśmy znaleźć. Z tych ostatnich po odsiewie zostało sto trzydzieści szczególnie istotnych badań, które w sumie opisywały ponad sto tysięcy dzieci i młodzieży z całego świata. Trzon grupy roboczej liczący dwunastu klinicystów/badaczy specjalizujących się w dziecięcej traumie [197] zbierał się następnie dwa razy w roku przez cztery lata, by zaproponować odpowiednią diagnozę, którą zdecydowaliśmy się nazwać posttraumatycznym zaburzeniem rozwojowym (Developmental Trauma Disorder – DTD) [198].

W miarę jak porządkowaliśmy zebrane dane, odkryliśmy stały profil: (1) zmiany w zakresie regulacji impulsów afektywnych; (2)

zmiany w zakresie możliwości koncentracji i skupienia uwagi oraz (3) trudności w zakresie relacji z innymi ludźmi i ze sobą samym.

Nastrój tych dzieci zmieniał się gwałtownie i krańcowo – od wybuchów wściekłości i paniki po odrealnienie, płaskość emocjonalną i dysocjację. Gdy się denerwowały (czyli przez większość czasu), nie potrafiły ani się uspokoić, ani opisać, co czują.

Jeśli twój system biologiczny stale pompuje hormony stresu, żeby rozprawiać się z rzeczywistym lub wyimaginowanym zagrożeniem, prowadzi to do prawdziwych, fizjologicznych zaburzeń: kłopotów ze snem, bólów głowy, niewyjaśnionych dolegliwości bólowych, nadwrażliwości na dotyk lub hałas. Gdy jest się tak pobudzonym albo zamkniętym w sobie, nie można na niczym się skupić ani skoncentrować. Żeby obniżyć napięcie, takie dzieci stale się masturbują, kiwają albo kaleczą (gryzą, tną, przypalają albo ranią w inny sposób, na przykład wyrywają sobie włosy lub szczypią się aż do krwi). Prowadzi to też do kłopotów z przyswajaniem języka i precyzyjną koordynacją ruchów. Jeśli całą swoją energię poświęca się na utrzymanie kontroli, nie starcza jej już zazwyczaj na zwracanie uwagi na takie rzeczy jak nauka szkolna, która nie jest bezpośrednio istotna dla przetrwania, a nadpobudliwość sprawia, że łatwo się zdekoncentrować. Bycie ignorowanym lub porzuconym powoduje, że dzieci te są spragnione uczuć, nawet jeśli obiekt tych uczuć je maltretuje. Ktoś, kto stale jest bity, molestowany bądź w inny sposób maltretowany, zaczyna postrzegać siebie jako nic niewartego, nienormalnego. Zaczyna się nienawidzić, ma poczucie niedoskonałości i bezwartościowości. Trudno się dziwić, że nikomu nie ufa. Na koniec połączenie poczucia totalnej nikczemności i nadmiernych reakcji na najmniejszą nawet frustrację sprawia, że nie może się z nikim zaprzyjaźnić.

Opublikowaliśmy pierwsze prace, w których przedstawiliśmy nasze wnioski, opracowaliśmy skalę oceny [199] i zebraliśmy dane na temat około trzystu pięćdziesięciorga dzieci i ich rodziców lub rodziców zastępczych, by ustalić, że mamy do czynienia z jedną diagnozą – posttraumatycznym zaburzeniem rozwojowym, czyli DTD, obejmującą pełne spektrum obserwowanych u dzieci zaburzeń. Pozwoliłoby to na postawienie im pojedynczego

rozpoznania, nie szeregu etykietek, i ustaliłoby źródło ich problemów – połączenie traumy i zaburzenia więzi.

W lutym 2009 roku złożyliśmy propozycję nowej diagnozy – DTD – do APA (Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego), z następującym pismem przewodnim:

> Dzieci, które wzrastają w ciągłym poczuciu zagrożenia, są źle traktowane i mają zaburzony system opieki, nie znajdują właściwego rozpoznania w obecnym systemie diagnostycznym, skupionym na kontroli zachowań, a niedostrzegającym traumy relacji międzyludzkich. Badania nad skutkami dziecięcej traumy w kontekście wykorzystywania lub zaniedbywania przez opiekunów wskazują w sposób spójny na przewlekłe i poważne problemy z kontrolowaniem emocji i impulsów, z uwagą i postrzeganiem, z dysocjacją, stosunkami międzyludzkimi oraz wzorcami własnego „ja" i relacji. Brak swoistej dla traumy diagnozy sprawia, że obecnie u takich dzieci stawia się trzy do ośmiu rozpoznań chorób współistniejących. Kontynuowanie diagnozowania straumatyzowanych dzieci z użyciem licznych, odrębnych, współistniejących rozpoznań ma poważne konsekwencje: zaprzecza diagnostycznej ascezie, utrudnia wyjaśnianie etiologii i sprawia, że leczenie i interwencje skupiają się tylko na niewielkich wycinkach psychopatologii dziecka, zamiast promować kompleksowe podejście terapeutyczne.

Niedługo po złożeniu naszego wniosku miałem w Waszyngtonie wykład na temat DTD na spotkaniu pracowników wydziałów zdrowia psychicznego z całego kraju. Zaoferowali, że wesprą naszą inicjatywę listem do APA. List zaczynał się od wskazania, że National Association of State Mental Health Program Directors (Krajowe Stowarzyszenie Dyrektorów Stanowych Programów Zdrowia Psychicznego) obsługuje rocznie 6,1 miliona osób i dysponuje budżetem 29,5 miliarda dolarów, a kończył się stwierdzeniem: „Wzywamy APA, by dopisało traumę rozwojową do listy priorytetów, trzeba bowiem wyjaśnić i lepiej scharakteryzować jej przebieg i konsekwencje kliniczne oraz podkreślić naglącą potrzebę zajęcia się tą kwestią przy ocenie pacjentów".

Byłem pewny, że ten list sprawi, że APA potraktuje nasz wniosek poważnie, ale po kilku miesiącach Matthew Friedman, dyrektor wykonawczy National Center for PTSD (krajowego ośrodka ds. PTSD) i przewodniczący właściwej podkomisji DSM poinformował nas, że DTD najprawdopodobniej nie znajdzie się w DSM-5. „Ustalono", pisał, „że nie jest potrzebne nowe rozpoznanie, by wypełnić »brakującą diagnostyczną niszę«". Milion maltretowanych i zaniedbywanych każdego roku w Stanach Zjednoczonych dzieci to „nisza diagnostyczna"? Z dalszej części listu: „Mniemanie, że

negatywne doświadczenia wczesnodziecięce prowadzą do znaczących zaburzeń rozwojowych pozostaje bardziej w sferze klinicznej intuicji niż naukowo uzasadnionych faktów. Stwierdzenie to jest częste, lecz nie poparte prospektywnymi badaniami". W rzeczywistości dołączyliśmy do wniosku wyniki szeregu prospektywnych badań. Przyjrzyjmy się tu choćby dwóm z nich.

Relacje kształtują rozwój

Od 1975 roku przez niemal trzydzieści lat Alan Sroufe i jego koledzy śledzili losy stu osiemdziesięciorga dzieci i ich rodzin w badaniu Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation (Prospektywne Badanie Ryzyka i Przystosowań Minnesota) [200]. Gdy rozpoczynano ten projekt, toczyła się gorąca debata na temat roli natury i wychowania oraz temperamentu i otoczenia w rozwoju człowieka, badanie zaś miało właśnie odpowiedzieć na te pytania. Trauma nie była jeszcze popularnym tematem, a maltretowanie i zaniedbywanie dzieci nie stanowiło głównego przedmiotu badania, przynajmniej na początku, dopóki nie okazało się, że są to najistotniejsze czynniki rokowań co do funkcjonowania badanych w dorosłym życiu. We współpracy z lokalnymi agencjami medycznymi i socjalnymi, badacze zapraszali do projektu (białe) matki, które właśnie oczekiwały pierwszego dziecka i były wystarczająco ubogie, by kwalifikować się do wsparcia z pomocy społecznej. Pochodziły jednak z różnych środowisk i miały zróżnicowane wsparcie w wychowaniu potomka. Badanie rozpoczynano trzy miesiące przed planowanym rozwiązaniem i kontynuowano przez trzydzieści lat, oceniając – a tam gdzie to możliwe – mierząc, wszystkie główne aspekty funkcjonowania dzieci i wszystkie istotne okoliczności z ich życia. Badaczy zajmowało kilka fundamentalnych kwestii: Jak dzieci uczą się skupiać uwagę i jednocześnie regulować poziom pobudzenia (tj. unikać stanów ekstremalnych) oraz utrzymywać impulsy pod kontrolą? Jakiego rodzaju wsparcia potrzebują i kiedy?

Po przeprowadzeniu szczegółowych wywiadów i testów u przyszłych rodziców, badanie tak naprawdę ruszyło na oddziale noworodkowym, gdzie naukowcy obserwowali maluchy i zadawali pytania opiekującym się nimi pielęgniarkom. Potem przeprowadzali wizyty domowe po siedmiu i dziesięciu dniach od porodu. Zanim

dzieci poszły do pierwszej klasy, dokładnie oceniano je (i ich rodziców) piętnaście razy. Potem dzieci przepytywano i testowano w regularnych odstępach czasowych do ukończenia dwudziestu ośmiu lat, przy stałym dopływie danych od matek i nauczycieli.

Sroufe i jego koledzy odkryli, że jakość opieki i czynniki biologiczne są ze sobą ściśle powiązane. Fascynującym było zobaczyć, jak wyniki badania Minnesota potwierdzają – choć o wiele bardziej szczegółowo – to, co wykazał Stephen Suomi w swojej małpiarni. Ani osobowość matki, ani nieprawidłowości neurologiczne obecne u noworodka przy urodzeniu, ani jego IQ, ani temperament – w tym poziom aktywności i odporność na stres – nie pozwalały przewidzieć, czy u dziecka w okresie dorastania pojawią się poważne problemy z zachowaniem [201]. Kluczowy okazał się typ relacji rodzic–dziecko: to, jak rodzice przyjmowali dziecko i jak wchodzili z nim w interakcje. Podobnie jak u rezusów Suomiego, połączenie podatnych niemowląt i sztywnych opiekunów dawało w efekcie spięte, łaknące kontaktu dziecko. Nieczułe, aroganckie i ingerujące zachowania rodziców obserwowane, gdy dziecko miało sześć miesięcy, pozwalały przewidzieć, że już od przedszkola będzie ono nadaktywne i będzie mieć problemy ze skupieniem uwagi [202].

Skupiając się na wielu aspektach rozwojowych, szczególnie na relacjach z opiekunami, nauczycielami i rówieśnikami, Sroufe i jego koledzy odkryli, że opiekunowie nie tylko utrzymują pobudzenie dziecka w akceptowalnych granicach, lecz także pomagają mu wypracować własną zdolność do kontrolowania pobudzenia. Dzieci, które były regularnie doprowadzane do ostateczności, tak że wpadały w histerię i chaos, nie potrafiły wykształcić w mózgu właściwej równowagi między układem pobudzającym a hamującym i dorastały w oczekiwaniu, że jeśli zdarzy się coś denerwującego, stracą kontrolę. To była wrażliwa populacja i do czasu wkroczenia w dorosłość połowa z nich miała rozpoznane zaburzenia psychiczne. Można było dostrzec wyraźne tendencje: dzieci, które otrzymały stabilną opiekę, były opanowane, podczas gdy niekonsekwentne wychowanie kształtowało dzieci, które cały czas pozostawały w stanie pobudzenia. Dzieci nieprzewidywalnych rodziców często domagały się uwagi i irytowały je najmniejsze wyzwania. Stałe pobudzenie sprawiało, że były wciąż niespokojne. Ciągłe

poszukiwanie bezpieczeństwa przeszkadzało im w zabawie i odkrywaniu świata, w efekcie wyrastały na podenerwowane i nieśmiałe nastolatki.

Wczesne zaniedbywanie lub złe traktowanie prowadziło do problemów z zachowaniem w szkole i pozwalało przewidzieć problemy z rówieśnikami i brak współczucia dla przygnębienia innych [203]. To uruchamiało błędne koło: przewlekłe napięcie połączone z brakiem rodzicielskiego wsparcia sprawiało, że stawały się destrukcyjne, agresywne i buntownicze. Takie dzieciaki nie są popularne i raz po raz prowokują odrzucenie i kary, nie tylko ze strony opiekunów, ale także nauczycieli i rówieśników [204].

Sroufe dowiedział się też wiele na temat odporności: zdolności do otrząśnięcia się z nieszczęścia. Zdecydowanie najsilniejszym czynnikiem rokowań co do tego, jak badani poradzą sobie z nieuchronnymi życiowymi rozczarowaniami, był poziom bezpieczeństwa, jakie dawał im główny opiekun w pierwszych dwóch latach życia. Nieoficjalnie Sroufe powiedział mi, że jego zdaniem odporność w dorosłym życiu można odpowiedzialnie przewidzieć na podstawie tego, na ile uroczym jest dla matki jej dwuletnie dziecko [205].

Długofalowe skutki kazirodztwa

W roku 1986 Frank Putnam i Penelope Trickett, współpracownicy Sroufe'a z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego, zapoczątkowali pierwsze prospektywne badanie nad wpływem molestowania na rozwój kobiet [206]. Do czasu ukazania się wyników tego badania nasza wiedza na temat skutków kazirodztwa opierała się głównie na doniesieniach dzieci, które niedawno uświadomiły sobie, że były wykorzystywane, oraz na opowieściach dorosłych rekonstruujących po latach, a niekiedy po dekadach, jak kazirodcze stosunki wpłynęły na ich życie. Nie było badań, które monitorowałyby dziewczęta w miarę dojrzewania, by sprawdzić, jak molestowanie mogło wpłynąć na ich wyniki w szkole, stosunki z rówieśnikami czy wyobrażenie o sobie, a także na późniejsze randkowanie i życie erotyczne. Putnam i Trickett przyjrzeli się również, jak odpowiedź immunologiczna i inne wskaźniki funkcjonowania organizmu zmieniały się w czasie stężenia hormonów stresu. Dodatkowo badali

potencjalne czynniki ochronne, takie jak inteligencja czy wsparcie ze strony rodziny i bliskich. Naukowcy skrupulatnie zrekrutowali osiemdziesiąt cztery dziewczęta zgłoszone przez wydział pomocy społecznej Dystryktu Kolumbii, u których potwierdzono fakt seksualnego wykorzystywania przez członka rodziny. Dobrali im grupę kontrolną złożoną z osiemdziesięciu dwóch dziewcząt w tym samym wieku, tej samej rasy, o podobnym statusie społecznym i układzie rodzinnym, które nie były wykorzystywane. Wyjściowo średni wiek badanych wynosił jedenaście lat. Przez następne dwadzieścia lat obie grupy były sześciokrotnie szczegółowo oceniane, raz w roku przez pierwsze trzy lata, a potem w wieku osiemnastu, dziewiętnastu i dwudziestu pięciu lat. Matki badanych brały udział w pierwszych ocenach, a własne dzieci – w ostatniej. Co godne uwagi, 96 procent dziewcząt, a potem dorosłych już kobiet, uczestniczyło w badaniu od samego początku. Wyniki były jednoznaczne: w porównaniu z rówieśniczkami tej samej rasy i o podobnym statusie społecznym molestowane dziewczęta cierpiały na wielorakie, poważne zaburzenia, w tym deficyty poznawcze, depresję, objawy dysocjacyjne, problemy w rozwoju płciowym, wysoką częstość otyłości i samookaleczania się. Częściej niż grupa kontrolna nie kończyły szkoły średniej, cierpiały na poważne choroby i korzystały ze służby zdrowia. Nieprawidłowe były też ich reakcje hormonalne, wcześniej zaczynały dojrzewać i stawiano im rozmaite, pozornie niezwiązane ze sobą rozpoznania psychiatryczne. Dalsze monitorowanie ujawniło wiele szczegółów dotyczących tego, jak molestowanie wpływa na rozwój. I tak przy każdej ocenie dziewczęta z obu grup proszono, by opowiedziały, co najgorszego przytrafiło się im w minionym roku. Podczas relacji naukowcy obserwowali, jak bardzo były zdenerwowane, i oceniali ich parametry fizjologiczne. Przy pierwszej ocenie wszystkie dziewczęta były zdenerwowane. Trzy lata później w odpowiedzi na to samo pytanie dziewczęta, które nie były molestowane, znów wykazywały objawy stresu, ale te molestowane zamykały się w sobie, jakby nic nie czuły. Ich parametry fizjologiczne odzwierciedlały obserwowane reakcje: podczas pierwszej oceny u wszystkich badanych obserwowano podwyższenie stężenia kortyzolu – hormonu stresu; po trzech latach u molestowanych dziewcząt poziom kortyzolu

spadał, gdy relacjonowały najbardziej stresujące zdarzenie ubiegłego roku. Ciało z czasem adaptuje się do przewlekłego stresu. Jedną z konsekwencji takiego odrętwienia jest to, że nauczyciele, przyjaciele i inne osoby raczej nie zauważają, że dziewczyna jest zdenerwowana; ba, nawet ona sama może tego nie wiedzieć. Wyłączenie odczuwania sprawia, że nie reaguje już na stres, tak jak powinna, na przykład wdrażając działania obronne.

Putnamowi udało się też w swoim badaniu uchwycić wszechobecny, długofalowy wpływ kazirodztwa na przyjaźnie i związki partnerskie. Przed osiągnięciem dojrzałości płciowej niemolestowane dziewczęta miały zazwyczaj wiele przyjaciółek i jednego kolegę, który był kimś w rodzaju wtyczki informującej dziewczyny, jak obsługiwać te dziwaczne stworzenia, jakimi są chłopcy. Gdy zaczyna się dojrzewanie, kontakty z chłopakami stopniowo się poszerzają. Tymczasem dziewczęta molestowane przed okresem dojrzewania rzadko mają bliskich przyjaciół, niezależnie od płci, za to dojrzewanie przynosi im liczne, chaotyczne, a często i traumatyczne kontakty z chłopcami. Brak przyjaciół w podstawówce robi ogromną różnicę. Dziś wiemy, jak okrutne mogą być trzecio-, czwarto- i piątoklasistki. To skomplikowany i trudny okres, gdy przyjaciele mogą nagle zwrócić się przeciwko sobie, a sojusze rozpadają się w ogniu wykluczeń i zdrad. Są jednak i dobre strony: zanim dziewczęta przejdą do liceum, większość z nich opanowuje już cały zestaw umiejętności społecznych, w tym zdolność do nazywania tego, co czują, uzgadniania związków z innymi, udawania, że lubi się kogoś, kogo w rzeczywistości się nie znosi – lista jest długa. Większość zbuduje także w miarę stabilną sieć wsparcia, a należące do niej dziewczęta stanowią „zespół odstresowujący”. W miarę jak stopniowo wchodzą w okres randkowania i pierwszych doświadczeń seksualnych, te dziewczyńskie grupy wsparcia dają im możliwość zastanowienia się, poplotkowania i podyskutowania o tym, jakie to wszystko ma znaczenie.

Dla wykorzystywanych seksualnie dziewcząt ścieżka dojrzewania przebiega zupełnie inaczej. Nie mają przyjaciół – ani chłopców, ani dziewcząt, bo nie potrafią ufać; nienawidzą siebie, a ich własna fizjologia jest przeciwko nim, bo każe im albo przesadnie reagować,

albo nic nie czuć. Nie odnajdują się w normalnych, napędzanych zazdrością gierkach w sojusze i wykluczenia. Inne dzieciaki nie chcą mieć z nimi nic wspólnego, są dla nich zbyt dziwaczne. Ale to tylko początek kłopotów. Wykorzystywane, izolowane dziewczynki z historią kazirodczego związku dojrzewają półtora roku wcześniej niż ich niemolestowane rówieśniczki. Molestowanie przyspiesza zegar biologiczny i pobudza wydzielanie hormonów płciowych. We wczesnym okresie dojrzewania u dziewcząt z tej grupy stężenia testosteronu i androstenedionu, hormonów napędzających popęd seksualny, są trzy, a nawet pięciokrotnie wyższe niż w grupie kontrolnej.

Wyniki badania Putnama i Trickett wciąż są publikowane, ale już stworzyły bezcenną mapę drogową dla klinicystów mających do czynienia z tą grupą pacjentek. Na przykład w Trauma Center jeden z naszych lekarzy zgłosił w poniedziałek rano, że pacjentka imieniem Ayesha została w weekend zgwałcona – ponownie. W sobotę o piątej uciekła z rodzinnego domu dziecka, pojechała do Bostonu, w miejsce, gdzie zbierają się narkomani, wypaliła trochę trawki, zażyła jeszcze jakichś innych dragów, a potem wsiadła do samochodu z grupą chłopaków. O piątej rano w niedzielę wszyscy ją zgwałcili. Jak wiele nastolatek, które do nas trafiają, Ayesha nie potrafi wyrażać swoich potrzeb i nie umie wyobrazić sobie, jak mogłaby się chronić. Zamiast tego żyje w świecie działań. Wyjaśnianie jej zachowania w kategoriach ofiary i sprawcy nie jest pomocne, podobnie jak etykiety, takie jak „depresja”, „zaburzenie opozycyjno-buntownicze”, „okresowe zaburzenie eksplozywne”, „choroba dwubiegunowa” czy inne możliwości, jakie oferują podręczniki psychiatrii. Praca Putnama pomogła nam zrozumieć, jak Ayesha doświadcza świata – dlaczego nie potrafi nam powiedzieć, co się z nią dzieje, dlaczego jest tak impulsywna i nie ma instynktu samozachowawczego, dlaczego wreszcie postrzega nas jako coś przerażającego i nachalnego, a nie jako ludzi, którzy potrafią jej pomóc.

DSM-5: istny szwedzki stół diagnoz

Gdy w maju 2013 roku opublikowano DSM-5, zawarto w nim na 945 stronach jakieś trzysta rozpoznań. Istny szwedzki stół etykietek

dostępnych dla zaburzeń związanych z ciężką traumą we wczesnym dzieciństwie, w tym parę nowych, jak: „zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju” (Disruptive Mood Regulation Disorder – DMDD) [207], „zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych” (Non-suicidal Self Injury – NSSI), „zaburzenie eksplozywne przerywane” (Intermittent Explosive Disorder – IED), „zespół zaburzenia więzi” (Dysregulated Social Engagement Disorder – DSED) czy „zaburzenie kontroli impulsów” (Disruptive Impulse Control Disorder – DICD) [208].

Przed końcem XIX wieku lekarze klasyfikowali choroby na podstawie ich zewnętrznych objawów, jak gorączka czy wypryski. Nie było w tym zresztą nic nierozsądnego, bo na czym innym mogliby się oprzeć [209]? Zmiana przyszła z Louisem Pasteurem i Robertem Kochem, którzy odkryli, że przyczyną wielu chorób są bakterie – agresorzy niewidoczni gołym okiem. Wtedy medycy zaczęli przemyśliwać, jakby tu pozbyć się bakterii, a nie tylko leczyć wywołane przez nie czyraki i gorączkę. Ze swoim DSM-5 psychiatria zdecydowanie cofnęła się do medycznych praktyk z początków XIX wieku: mimo że znamy przyczyny wielu identyfikowanych przez podręcznik problemów, jego „diagnozy” opisują tylko zewnętrzne objawy i zupełnie ignorują ich pierwotne przyczyny.

Jeszcze przed ukazaniem się DSM-5 „American Journal of Psychiatry” opublikował wyniki testów walidacyjnych wielu nowych rozpoznań, które to wyniki wskazywały, że DSM brakuje tego, co w naukowym świecie określa się „wiarygodnością” – zdolnością do generowania spójnych, powtarzalnych rezultatów. Jak na ironię brak wiarygodności nie opóźnił publikacji, mimo niemal powszechnej zgody, że kolejna edycja nie jest lepsza od poprzedniego systemu diagnostycznego [210]. Czyżby powodem tego, że „obdarowano” nas tą nową klasyfikacją był fakt, że na poprzedniej APA zarobiło sto milionów dolarów i niewątpliwie oczekuje podobnej sumy ze sprzedaży DSM-5 (gdyż wszyscy specjaliści ds. zdrowia psychicznego, wielu prawników i innych fachowców będzie zmuszonych ją nabyć)?

Wiarygodność diagnostyczna nie jest kwestią abstrakcyjną: jeśli lekarze nie mogą uzgodnić, co dolega ich pacjentom, nie zapewnią im właściwego leczenia. Gdy nie ma związku między rozpoznaniem

a terapią, pacjent źle zdiagnozowany z pewnością będzie źle leczony. Nie chciałbyś, żeby usunięto ci wyrostek, jeśli cierpisz z powodu kamieni nerkowych; tak samo nie chciałbyś, żeby ktoś uznał cię za „buntowniczego", gdy w rzeczywistości twoje zachowanie wynika z próby obrony przed rzeczywistym zagrożeniem.

W oświadczeniu wydanym w czerwcu 2011 roku British Psychological Society (Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne) skarżyło się do APA, że w DSM-5 źródła psychicznych cierpień zostały określone jako „wewnętrzne", podczas gdy pominięto „niezaprzeczalne społeczne przyczyny wielu z tych problemów" [211]. Był to tylko przyczynek do fali protestów ze strony amerykańskich specjalistów, w tym liderów American Psychological Association i American Counseling Association.

Dlaczego pomija się relacje i uwarunkowania społeczne [212]? Jeśli szukając przyczyn problemów psychicznych, skupiasz się wyłącznie na nieprawidłowościach fizjologii i uszkodzonych genach, a ignorujesz porzucenie, maltretowanie i deprywację, skończysz w ślepym zaułku, jak poprzednie pokolenia, które zwalały wszystko na okropne matki.

Najbardziej zaskakujące odrzucenie DSM-5 przyszło z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH – National Institute of Mental Health), który finansuje większość badań psychiatrycznych w Ameryce. W kwietniu 2013 roku, kilka tygodni przed oficjalną publikacją DSM-5, dyrektor NIMH Thomas Insel ogłosił, że jego agencja nie będzie dłużej wspierać „opartej na objawach" diagnostyki DSM [213]. Zamiast tego instytut skupi się na finansowaniu tzw. Research Domain Criteria (RdoC, czyli Kryteria Dziedzin Badawczych) [214], by stworzyć ramy dla projektów badawczych wykraczających poza obecne kategorie diagnostyczne. Jedną z wyróżnionych przez NIMH dziedzin są na przykład „układy pobudzenia/modulacji" (Arousal/Modulatory Systems) obejmujące zagadnienia pobudzenia, rytmów dobowych, snu i czuwania, które w różnym stopniu są zaburzone u wielu pacjentów.

Podobnie jak DSM-5, dyrektywa RDoC określa choroby psychiczne wyłącznie jako zaburzenia funkcji mózgu. Oznacza to, że przyszłe badania będą skupiać się na obwodach mózgowych

i „innych wskaźnikach neurobiologicznych” leżących u źródeł problemów psychicznych. Zdaniem Insela to pierwszy krok na drodze do „medycyny precyzyjnej, która zmieniła diagnostykę i leczenie nowotworów”. Tyle że choroba psychiczna w niczym nie przypomina raka. Ludzie to istoty społeczne, a problemy psychiczne obejmują nieumiejętność współżycia, niemożność znalezienia swojego miejsca w grupie, brak przynależności i ogólnie niezdolność do „nadawania na tych samych falach”. Wszystko czym jesteśmy – nasze mózgi, umysły i ciała – ma za zadanie umożliwić nam jak najlepszą współpracę w społecznościach. To nasza najefektywniejsza strategia przetrwania, klucz do sukcesu ludzkości jako gatunku, i właśnie to sypie się w większości chorób psychicznych. Jak zobaczyliśmy w części drugiej, połączenia nerwowe w mózgu i ciele mają kluczowe znaczenie dla zrozumienia ludzkiego cierpienia, ale nie wolno ignorować podstaw człowieczeństwa: związków i interakcji, które kształtują nasze mózgi i umysły, gdy jesteśmy młodzi, i nadają całemu życiu sens i treść.

Ofiary maltretowania i zaniedbywania albo ciężkiej deprywacji pozostaną w większości nieleczoną zagadką, jeśli nie weźmiemy sobie do serca przestrogi Alana Sroufe’a: „By naprawdę zrozumieć, jak stajemy się tym, kim jesteśmy – złożoną ewolucję naszych postaw, zdolności i zachowań – trzeba więcej niż listy składników, jakkolwiek ważnym by był każdy z nich. To wymaga zrozumienia procesu rozwoju – tego, w jaki sposób wszystkie te składniki współdziałają w czasie” [215].

Pracownicy ochrony zdrowia psychicznego działający „na pierwszej linii frontu” – przytłoczeni i słabo opłacani pracownicy socjalni i terapeuci – wydają się zgadzać z takim podejściem. Niedługo po tym, jak APA odrzuciła wniosek o włączenie DTD do DSM, tysiące lekarzy z całego kraju przysłało niewielkie datki na nasze Trauma Center, żeby pomóc nam zrealizować duże badanie terenowe nad DTD. To wsparcie pozwoliło nam w ostatnich pięciu latach przeprowadzić w pięciu różnych ośrodkach wywiady z setkami dzieci, rodziców, rodziców zastępczych i pracowników ochrony zdrowia psychicznego, z użyciem naukowo opracowanych narzędzi do tworzenia takich wywiadów. Właśnie opublikowano wstępne

wyniki, a w czasie, gdy ta książka będzie przygotowywana do druku, z pewnością ukażą się kolejne [216].

Czy istnienie DTD zrobiłoby jakąś różnicę?

Przede wszystkim, sprawiłoby, że badania i leczenie (że nie wspomnę o finansowaniu) skupiłyby się na głównych przyczynach zmiennych objawów przewlekle maltretowanych dzieci i dorosłych, takich jak wszechobecne zaburzenia regulacji, tak fizjologicznej, jak emocjonalnej, niezdolność do tworzenia więzi lub ich zerwanie, problemy ze skupieniem uwagi oraz totalny brak poczucia spójnej tożsamości i kompetencji. Te kwestie przekraczają i obejmują niemal wszystkie kategorie diagnostyczne, ale terapia, która nie umieszcza ich w centrum zainteresowań, będzie nietrafna. Wielkim wyzwaniem jest przenieść to, czego nauczyliśmy się o neuroplastyczności, elastyczności połączeń mózgowych, na grunt terapii – jak przeorganizować mózgi i umysły ludzi, których samo życie zaprogramowało tak, by postrzegali innych jak zagrożenie, a siebie samych jako całkiem bezbronnych.

Podstawą wszelkich działań prewencyjnych i terapeutycznych powinno być społeczne wsparcie; to biologiczna konieczność, nie tylko możliwość. Uznanie głębokiego wpływu traumy i deprywacji na rozwój dziecka nie musi oznaczać obwiniania rodziców. Możemy założyć, że rodzice robią, co mogą, ale wszyscy potrzebują pomocy w wychowaniu potomstwa. Niemal każdy rozwinięty kraj, z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych, uznaje tę rzeczywistość i zapewnia jakąś formę gwarantowanej pomocy rodzinie. Laureat ekonomicznego Nobla z 2000 roku, James Heckman, wykazał, że środki wydane na dobrej jakości programy, które na wczesnym etapie życia dziecka wspierają rodziców i propagują podstawowe umiejętności u dzieci z trudnych środowisk, zwracają się z nawiązką w postaci przyszłych korzyści [217].

Na początku lat siedemdziesiątych psycholog David Olds pracował w dziennym ośrodku opieki w Baltimore, gdzie wiele przedszkolaków pochodziło z biednych, rozbitych domów, pełnych przemocy i narkotyków. Świadomy, że zajmowanie się problemami tych dzieci wyłącznie w szkole niewystarczająco poprawia ich warunki domowe, zainicjował program wizyt domowych, w którym

przeszkolone pielęgniarki pomagały matkom stworzyć dla ich dzieci bezpieczne i stymulujące środowisko, a przy okazji dostrzec lepszą przyszłość także i dla siebie. Dwadzieścia lat później dzieci z domów odwiedzanych w ramach programu były nie tylko zdrowsze, ale także rzadziej zgłaszały maltretowanie lub zaniedbywanie niż podobna grupa, których matkom nie udzielono takiej pomocy. Częściej też kończyły szkołę, rzadziej lądowały w więzieniu i miały większe szanse na dobrze płatną pracę. Ekonomiści obliczyli, że każdy dolar wydany na dobrej jakości programy pomocy socjalnej w domach, dzienne ośrodki opieki i programy edukacji przedszkolnej dawał siedem dolarów oszczędności na zasiłkach, kosztach opieki zdrowotnej, leczeniu skutków narkomanii i utrzymaniu więźniów, nie mówiąc o wyższych dochodach z podatków w efekcie wyższych zarobków [218].

Gdy jeżdżę z wykładami do Europy, często kontaktują się ze mną przedstawiciele ministerstw zdrowia krajów skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Niemiec czy Holandii i proszą o spotkanie, na którym mógłbym podzielić się z nimi najnowszymi wynikami badań nad terapią dziecięcych i nastoletnich ofiar traumy oraz ich rodzin. Podobne doświadczenia ma wielu moich kolegów. W tych krajach już dawno wprowadzono powszechny system opieki zdrowotnej, płace minimalne, płatne urlopy rodzicielskie dla obojga rodziców i wysokiej jakości system opieki nad dziećmi pracujących matek.

Czy takie podejście może mieć coś wspólnego z faktem, że liczba skazanych w Norwegii wynosi 71 na 100 000, w Holandii 81 na 100 000, a w Stanach Zjednoczonych 781 na 100 000?; że wskaźniki przestępczości są w tych krajach o wiele niższe niż u nas, a koszty opieki medycznej stanowią ledwie połowę naszych? W stanie Kalifornia siedemdziesiąt procent więźniów dorastało w rodzinach zastępczych. Stany Zjednoczone wydają co roku na więzienia 84 miliardy dolarów, czyli jakieś 44 000 na jednego skazanego; kraje północnej Europy – zaledwie ułamek tej sumy. Zamiast tego inwestują w pomoc rodzicom w wychowaniu dzieci w bezpiecznym i przewidywalnym otoczeniu. Wyniki szkolnych egzaminów i wskaźniki przestępczości wydają się odzwierciedlać skuteczność tych inwestycji.

CZĘŚĆ CZWARTA

Piętno Traumy

ROZDZIAŁ 11

Odkrywanie sekretów: Problem traumatycznych wspomnień

> To dziwne, iż wspomnienia, które przychodzą, mają dwie właściwości. Są zawsze wypełnione ciszą, to jest w nich najsilniejsze, i wtedy nawet, kiedy w rzeczywistości nie były ciche, teraz tak oddziałują. Są jak zjawiska bez szmeru, które przemawiają do mnie spojrzeniami i gestami, bez słowa, milcząco, a to ich milczenie mną wstrząsa.
>
> Erich Maria Remarque, *Na Zachodzie bez zmian*

Wiosną 2002 roku poproszono mnie, żebym zbadał młodego mężczyznę, który twierdził, że w okresie dorastania został seksualnie wykorzystany przez Paula Shanleya, katolickiego księdza, służącego w jego parafii w Newton, w stanie Massachusetts. Dwudziestopięciolatek najwyraźniej zapomniał o molestowaniu, dopóki nie usłyszał, że przeciwko księdzu toczy się obecnie postępowanie w podobnej sprawie. Zadano mi pytanie: Czy choć badany najwyraźniej wyparł z pamięci wspomnienie wykorzystywania na ponad dekadę, jego wspomnienia są wiarygodne i czy jestem przygotowany na to, by potwierdzić moją opinię przed sądem?

Podzielę się z tobą, czytelniku, opierając się na moich oryginalnych notatkach, tym, co mężczyzna, którego będę tu nazywał Julianem, mi powiedział. (Choć prawdziwe personalia Juliana są publicznie znane, będę używał tego pseudonimu, bo mam nadzieję, że z upływem czasu odzyskał on nieco prywatności i spokoju ducha [219]. Jego doświadczenia ilustrują złożoność traumatycznych wspomnień. Kontrowersje w sprawie ojca Shanleya również są typowe dla emocji, jakie towarzyszą tej kwestii, od kiedy w ostatnich latach XX wieku psychiatrzy po raz pierwszy opisali niezwykłą naturę takich wspomnień.

Owładnięty przez wrażenia i obrazy

11 lutego 2001 Julian był żandarmem w bazie sił powietrznych. W trakcie codziennej telefonicznej pogawędki jego dziewczyna Rachel wspomniała o artykule, jaki przeczytała tego ranka w „Boston

Globe”. Ksiądz nazwiskiem Shanley był podejrzany o molestowanie dzieci. Czy Julian czasem nie opowiadał jej kiedyś o ojcu Shanleyu, który służył w jego parafii w Newton? „Czy on ci kiedyś coś zrobił?”, spytała. Julian początkowo przypomniał sobie ojca Shanleya jako miłego człowieka, który wspierał go po rozwodzie rodziców. Jednak w miarę trwania rozmowy zaczął panikować. Nagle zobaczył sylwetkę księdza w drzwiach, z rękoma wzniesionymi pod kątem czterdziestu pięciu stopni, patrzącego, jak Julian oddaje mocz. Owładnięty emocjami młodzieniec powiedział do Rachel: „Muszę iść”. Wezwał swojego szefa lotów. Ten przyszedł w towarzystwie chorążego. Po rozmowie zabrali Juliana do kapelana wojskowego. Mój pacjent pamiętał, że powiedział mu: „Czy wiesz, co się dzieje w Bostonie? Mnie też się to przytrafiło”. W chwili, gdy usłyszał siebie mówiącego te słowa, zyskał pewność, że Shanley go molestował, choć nie pamiętał szczegółów. Julian był bezbrzeżnie zawstydzony, że okazał takie emocje; zawsze był silnym dzieciakiem, który nikomu się nie zwierzał.

Tej nocy siedział zgarbiony na brzegu łóżka, myśląc, że traci zmysły, przerażony, że go zamkną. Przez następny tydzień zalewały go obrazy i bał się, że zupełnie się rozsypie. Myślał nawet, żeby wziąć nóż i wbić go sobie w nogę, po to tylko, by zablokować prześladujące go obrazy. Potem napadom paniki zaczęły towarzyszyć drgawki, które nazywał „atakami padaczki”. Drapał się do krwi. Stale było mu gorąco, pocił się i był pobudzony. W przerwach między napadami paniki „czuł się jak zombie”; patrzył na siebie z boku, jakby to, czego doświadczał, tak naprawdę przydarzało się komuś innemu. W kwietniu został zwolniony ze służby, ledwie na dziesięć dni przed osiągnięciem stażu uprawniającego do pełnych świadczeń socjalnych.

Gdy prawie po roku Julian pojawił się w moim gabinecie, zobaczyłem przed sobą przystojnego, umięśnionego faceta, całkiem zdołowanego i przybitego. Od razu powiedział mi, że strasznie się czuje po odejściu z lotnictwa. To była jego wymarzona kariera i zawsze otrzymywał świetne oceny. Uwielbiał wyzwania i pracę zespołową i brakowało mu usystematyzowanego, wojskowego życia.

Julian urodził się na przedmieściach Bostonu jako drugie z pięciorga dzieci. Ojciec opuścił rodzinę, gdy chłopiec miał jakieś

sześć lat, bo nie mógł znieść życia z jego labilną emocjonalnie matką. Julian dość dobrze dogadywał się z ojcem, ale czasami miał mu za złe, że za ciężko pracował na utrzymanie rodziny i że zostawił go z niezrównoważoną matką. Żadne z rodziców ani rodzeństwa nigdy nie było pod opieką psychiatry, nie miało też problemów z narkotykami.

W szkole średniej Julian był popularnym sportowcem. Choć miał wielu kolegów, nie lubił siebie, a kiepskie wyniki w nauce pokrywał balangowaniem i upijaniem się. Teraz wstydził się, że wykorzystywał wtedy fakt, że był przystojny i popularny, by uprawiać seks z wieloma dziewczętami. Wspomniał, że zamierzał zadzwonić do kilku z nich i przeprosić za to, jak źle je potraktował. Pamiętał, że zawsze nienawidził swojego ciała. W szkole średniej brał sterydy, żeby zwiększyć muskulaturę, i prawie codziennie upalał się trawą. Nie poszedł na studia, a po maturze przez rok był w zasadzie bezdomny, bo nie mógł już dłużej wytrzymać mieszkania z matką. Zaciągnął się do wojska, żeby naprostować swoje życie.

Ojca Shanleya Julian poznał, gdy miał sześć lat, na lekcjach religii w miejscowym kościele. Pamiętał, jak ksiądz zabierał go z klasy na spowiedź. Shanley rzadko nosił sutannę i Julian pamiętał jego ciemnoniebieskie, sztruksowe spodnie. Szli do dużego pokoju, gdzie były dwa stojące naprzeciw siebie krzesła i klęcznik. Krzesła były pokryte czerwonym materiałem, a na klęczniku leżała czerwona, welwetowa poduszka. Grali w karty, w wojnę, która zmieniła się w rozbieranego pokera. Potem pamiętał, jak stał przed lustrem w tamtym pokoju. Ojciec Shanley kazał mu się pochylić, a potem włożył mu palec w odbyt. Pacjent nie pamiętał, żeby Shanley kiedykolwiek „zrobił to” penisem, ale sądził, że wielokrotnie robił mu palcówkę. Poza tym jego wspomnienia były bardzo fragmentaryczne i niespójne. Momentami widział twarz Shanleya, a czasem pojedyncze przebłyski: Shanley stojący w drzwiach łazienki; Shanley na kolanach robiący mu „laskę”. Nie pamiętał, ile miał lat, gdy to się stało. Pamiętał, że ksiądz mówił mu, jak uprawiać seks oralny, ale nie mógł sobie przypomnieć, czy naprawdę to robił. Pamiętał, jak rozdawał w kościele broszury, a potem ojciec Shanley usiadł obok niego w ławce, jedną ręką go pieścił, a drugą trzymał jego rękę na

swoich genitaliach. Pamiętał, że gdy był starszy, ksiądz podchodził do niego i pieścił jego penisa.

Paul tego nie lubił, ale nie wiedział, jak to przerwać. „W końcu", jak mi powiedział, „w moim środowisku ojciec Shanley był kimś w rodzaju Boga".

Oprócz fragmentarycznych wspomnień Julian wciąż aktywował i odtwarzał ślady swojego molestowania. Czasem gdy uprawiał seks ze swoją dziewczyną, w głowie pojawiał mu się obraz księdza i – jak mówił – „opadał mu". Na tydzień przed tym, gdy z nim rozmawiałem, jego dziewczyna włożyła mu palec do ust i przekornie powiedziała: „Świetnie robisz laskę". Julian zerwał się i wrzasnął: „Jeśli jeszcze raz to powiesz, to cię – kurwa – zabiję!". Potem oboje, przerażeni, zaczęli płakać. A później Julian miał jeden ze swoich „napadów padaczkowych", w których zwijał się w pozycji płodowej, trzęsąc się i łkając jak niemowlę. Gdy mi o tym opowiadał, wyglądał na małego i bardzo przerażonego.

Julian na przemian to współczuł staremu człowiekowi, jakim stał się ojciec Shanley, to znów chciał po prostu „zabrać go gdzieś i zabić". Stale mówił też, jak mu wstyd, jak trudno było mu przyznać, że nie umiał się obronić: „Nikt ze mną nie zadziera, a teraz muszę ci to mówić".

Wyobrażał sobie siebie jako wielkiego, twardego faceta.

Jak uporządkować taką historię: lata, przez które najwyraźniej nic nie pamiętał, a potem fragmentaryczne, niepokojące obrazy, dramatyczne objawy somatyczne i nagłe odtwarzanie przeszłych wydarzeń? Moim głównym celem, jako terapeuty leczącego osoby żyjące z piętnem traumy, nie jest dokładne określenie, co się im przytrafiło, ale pomoc w odzyskaniu kontroli nad odczuciami, emocjami i reakcjami, jakich doświadczają, sprawienie, żeby nie były nimi non stop owładnięte. Gdy pojawia się poczucie winy, najważniejszą sprawą, której należy poświęcić uwagę, jest zatrzymanie samoobwiniania – doprowadzenie do akceptacji, że nie są winne przeżytej traumy, że nie wywołał jej jakiś ich wrodzony defekt i że nikt nigdy nie zasłużył sobie na to, co je spotkało.

Gdy jednak w grę wchodzą kwestie prawne, podstawowe staje się ustalenie odpowiedzialności, a z nią – dopuszczalności dowodów. Wcześniej badałem dwanaście osób, które były jako dzieci

w sadystyczny sposób wykorzystywane w katolickim sierocińcu w Burlington, w stanie Vermont. Zgłosiły się (razem z wieloma innymi poszkodowanymi) po ponad czterdziestu latach i choć przed wniesieniem pierwszego pozwu żadna nie miała kontaktu z pozostałymi, wspomnienia maltretowania były u wszystkich zaskakująco podobne. Wszyscy wymieniali te same nazwiska i opisywali konkretne przypadki wykorzystywania przez konkretną zakonnicę lub księdza – w tych samych pomieszczeniach, z tymi samymi meblami i jako część tych samych, codziennych zajęć. Większość powodów zaakceptowała później pozasądową ugodę z diecezją Vermont.

Zanim sprawa trafi do sądu, sędzia prowadzi tzw. wysłuchanie w standardzie Dauberta, by ustalić standardy świadectw ekspertów, jakie mogą zostać przedstawione składowi sędziowskiemu. W sprawie z 1996 roku przekonałem sędziego sądu federalnego II instancji w Bostonie, że osoby straumatyzowane często całkowicie tracą pamięć zdarzenia, które jest przedmiotem sprawy, by później (o wiele później) odzyskiwać wyłącznie fragmenty wspomnień. Takie same standardy miały zastosowanie w sprawie Juliana. I choć mój raport dla prawnika ofiary pozostaje poufny, oparłem go na latach doświadczenia w pracy z pacjentami i badaniach nad traumatycznymi wspomnieniami, w tym na pracach wielkich pionierów współczesnej psychiatrii.

Różnica między zwyczajnym a traumatycznym wspomnieniem

Wszyscy wiemy, jak zawodna bywa pamięć: nasze wspomnienia zmieniają się, są ciągle przeglądane i uzupełniane. Gdy moi bracia, siostry i ja gadamy o zdarzeniach z naszego dzieciństwa, zawsze na koniec mamy wrażenie, jakbyśmy dorastali w zupełnie różnych rodzinach – tak wiele naszych wspomnień zupełnie do siebie nie pasuje. Pamięć autobiograficzna nie jest prostym odzwierciedleniem rzeczywistości – to raczej opowieść, którą snujemy, by przekazać własne spojrzenie na przeżyte doświadczenia.

Niezwykłą zdolność ludzkiego mózgu do reorganizacji pamięci ilustruje Grant Study of Adult Development (Badanie Rozwoju Dorosłych), w którym systematycznie monitorowano zdrowie fizyczne i psychiczne ponad dwustu harvardczyków od drugiego roku studiów

(w latach 1939–44) do czasów współczesnych [220]. Twórcy badania nie mogli, rzecz jasna, przewidzieć, że większość uczestników weźmie udział w walkach na frontach II wojny światowej, ale dzięki temu możemy teraz prześledzić ewolucję ich wojennych wspomnień.

Mężczyźni zdawali szczegółowe relacje ze swoich wojennych przeżyć, po raz pierwszy w latach 1945–1946 i ponownie w latach 1989–1990. Czterdzieści pięć lat później opowieści większości były zupełnie inne od tego, co relacjonowali tuż po zakończeniu działań wojennych: z upływem czasu zdarzenia traciły intensywne emocje – głównie strach. Jednak ci, którzy doświadczyli traumy i rozwinął się u nich PTSD, nie zmieniali „zeznań": ich wspomnienia przechowały się w zasadniczo niezmienionym stanie przez czterdzieści pięć lat od zakończenia wojny.

To, czy w ogóle zapamiętujemy określone wydarzenie i jak precyzyjne są nasze o nim wspomnienia, zależy w głównej mierze od tego, jakie miało dla nas znaczenie i jakie wywołało w nas wtedy emocje. Najważniejszym czynnikiem jest nasz poziom pobudzenia. Wszyscy mamy wspomnienia związane z określonymi ludźmi, muzyką, zapachami i miejscami, które pozostają z nami przez lata. Większość z nas wciąż doskonale pamięta, gdzie była i co widziała we wtorek 11 września 2001 roku, ale tylko nieliczni mogą sobie przypomnieć jakieś szczegóły z dziesiątego września.

Większość codziennych zdarzeń natychmiast ginie w mrokach niepamięci. Na co dzień, gdy wracamy wieczorem do domu, nie mamy zbyt wiele do opowiadania. Umysł pracuje na schematach i wdrukowanych mapach, dlatego większe szanse zapadnięcia nam w pamięć mają wydarzenia, które nie mieszczą się w utartych koleinach. Jeśli dostaniemy podwyżkę albo przyjaciel opowie nam jakąś podniecającą ploteczkę, zachowamy szczegóły tej chwili, przynajmniej na trochę. Najlepiej pamiętamy zniewagi i urazy: adrenalina, którą wtedy wydzielamy, żeby bronić się przed potencjalnym zagrożeniem, pomaga wdrukować te zdarzenia w pamięć. Nawet jeśli zatrze się kontekst przykrej uwagi, pozostanie uczucie niechęci wobec osoby, która ją wypowiedziała.

Gdy wydarza się coś strasznego, na przykład widzimy, jak w wypadku samochodowym ranne zostaje dziecko albo przyjaciel, na długo zachowujemy w pamięci intensywny i na ogół dokładny obraz

tego zdarzenia. Jak wykazał James McGaugh i jego koledzy, im więcej adrenaliny wydzielasz, tym precyzyjniejsze będą twoje wspomnienia [221]. To prawda, ale tylko do pewnej granicy. Postawiony w obliczu tragedii – zwłaszcza w postaci „nieuniknionego wstrząsu" – nasz układ obronny zostaje przeciążony i załamuje się.

Nie możemy rzecz jasna monitorować tego, co dzieje się w trakcie traumatycznego doświadczenia, ale, jak pamiętamy ze skanów mózgu opisywanych w rozdziale 3. i 4., możemy odtworzyć traumę w laboratorium. Gdy ślady wspomnień pierwotnych dźwięków, obrazów i wrażeń zostają reaktywowane, wyłączają się płaty czołowe, w tym – jak widzieliśmy – rejon niezbędny do werbalizacji uczuć [222], rejon tworzący nasze poczucie zakotwiczenia w czasie i wzgórze, które scala surowe dane przesyłane ze zmysłów. W tym momencie kontrolę przejmuje mózg emocjonalny, który pozostaje poza kontrolą świadomości i nie potrafi komunikować się werbalnie. Ta część mózgu (układ limbiczny i pień mózgu) wyraża swoją zmienioną aktywację poprzez zmiany w pobudzeniu emocjonalnym, w fizjologii organizmu i w aktywności mięśni. W normalnych okolicznościach te dwa układy pamięci – racjonalny i emocjonalny – współpracują, żeby stworzyć spójną odpowiedź. Ale silne pobudzenie nie tylko zmienia równowagę między nimi, lecz także wyłącza obszary mózgu niezbędne do właściwego przechowywania i scalania przychodzących informacji, takie jak hipokamp i wzgórze [223]. W rezultacie ślady traumatycznych zdarzeń nie są uporządkowane w formie spójnej, logicznej narracji, lecz jako fragmentaryczne ślady wrażeń zmysłowych i emocji: obrazy, dźwięki i odczucia [224]. Julian widział mężczyznę z rozpostartymi ramionami, kościelną ławkę, schody, grę w rozbieranego pokera, czuł dotyk na swoim penisie, paniczne uczucie przerażenia. Ale nie pamiętał żadnej historii.

Odkrywanie sekretów traumy

Pod koniec XIX wieku, gdy medycyna po raz pierwszy zaczęła systematyczne badania nad zaburzeniami psychicznymi, jednym z głównych tematów dyskusji była natura traumatycznych wspomnień. W Anglii i we Francji odnotowano istny zalew publikacji na temat zespołu konsekwencji psychologicznych wypadków

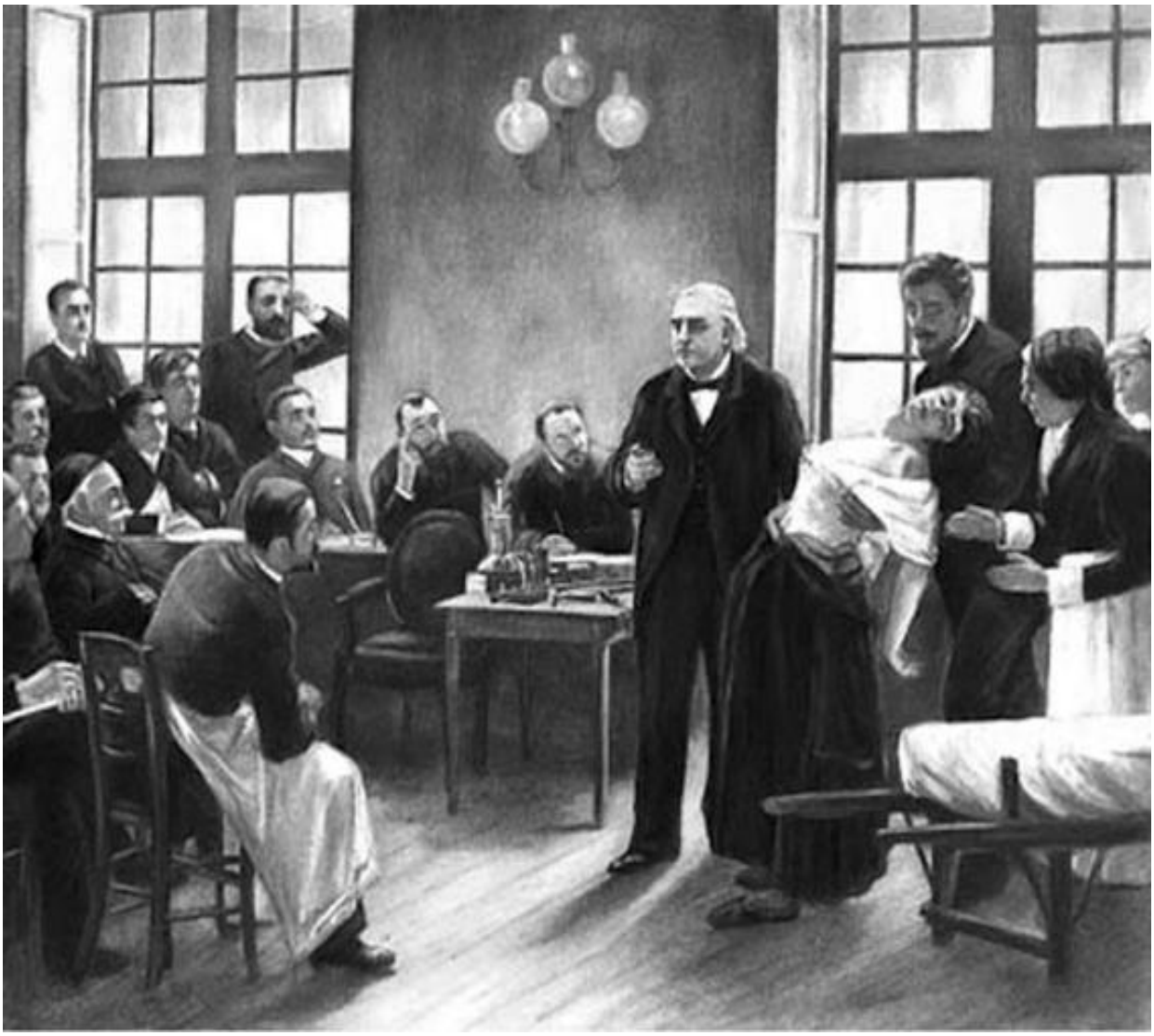
kolejowych obejmujących utratę pamięci, nazywanego „kolejowym kręgosłupem” (*railway spine*).

Największe postępy dokonały się jednak w badaniach nad histerią, zaburzeniem psychicznym charakteryzującym się wybuchami emocji, podatnością na sugestię oraz skurczami i paraliżem mięśni, których to objawów nie można było wyjaśnić przyczynami anatomicznymi [225]. Uznawana kiedyś za przypadłość emocjonalnie niestabilnych symulantek (nazwa pochodzi od greckiego słowa oznaczającego macicę), histeria stała się oknem, przez które ujrzeć można było tajemnice ciała i umysłu. Nazwiska największych pionierów psychiatrii i neurologii, takich jak Jean-Martin Charcot, Pierre Janet i Zygmunt Freud, wiążą się z odkryciem, że u źródeł histerii leży trauma, szczególnie ta związana z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie [226]. Ówcześni badacze określali traumatyczne wspomnienia jako „patologiczne sekrety” [227] albo „umysłowe pasożyty” [228], gdyż niezależnie od tego, jak bardzo osoby cierpiące chciały zapomnieć, co im się przydarzyło, ich wspomnienia wciąż przedostawały się do świadomości, zamykając je we wciąż powtarzającym się doświadczeniu piekła egzystencji [229].

Zainteresowanie histerią było szczególnie wyraźne we Francji, a u jego źródeł – jak to często bywa – leżała bieżąca polityka. Jean-Martin Charcot, uznawany za ojca neurologii, którego uczniowie, tacy jak Gilles de la Tourette, użyczyli swych nazwisk licznym chorobom neurologicznym, był też aktywnym politykiem. Po abdykacji Napoleona III w 1870 roku doszło do walk między monarchistami (zwolennikami dawnego porządku, popieranymi przez kler) a zwolennikami raczkującej Republiki Francuskiej, którzy wierzyli w naukę i świecką demokrację. Charcot uważał, że krytycznym czynnikiem w tej walce będą kobiety, a jego badania nad histerią „przyniosły naukowe wyjaśnienie takich zjawisk jak stan opętania, czarostwo, egzorcyzmy czy religijna ekstaza” [230].

Charcot prowadził drobiazgowe badania nad fizjologicznymi i neurologicznymi przejawami histerii zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn; wszystkie podkreślały podświadomą pamięć i brak werbalizacji. Na przykład w roku 1889 opublikował przypadek pacjenta nazwiskiem Lelog, u którego po wypadku z udziałem konnego powozu doszło do paraliżu nóg. Chociaż Lelog upadł i stracił

przytomność, jego nogi wydawały się nieuszkodzone, nie było też neurologicznych oznak wskazujących fizyczną przyczynę bezwładu. Charcot odkrył, że tuż przed utratą świadomości Lelog widział pędzące na niego koła powozu i mocno wierzył, że został przejechany. Badacz odnotował, że „Pacjent […] nie zachował żadnych wspomnień. […] Pytany o zdarzenie nie odpowiada. Nie wie nic, albo prawie nic” [231].



Jean-Martin Charcot przedstawia przypadek pacjenta z histerią. Charcot zmienił La Salpêtrière, stary przytułek dla nędzarzy Paryża, w nowoczesny szpital. Proszę zwrócić uwagę na pełną dramatyzmu postawę pacjentki.

OBRAZ ANDRE BROUILLETA

Jak wielu pacjentów Salpêtrière, Lelog wyrażał swoje doświadczenie w sposób niewerbalny: zamiast pamiętać wypadek,

stracił władzę w nogach [232].

Dla mnie jednak prawdziwym bohaterem tej historii jest Pierre Janet, który pomagał Charcotowi stworzyć w Salpêtrière laboratorium badawcze poświęcone pracom nad histerią. W 1889, tym samym roku, w którym zbudowano wieżę Eiffla, Janet opublikował swoją pierwszą książkową pracę na temat stresu posttraumatycznego: *L'automatisme psychologique* („Automatyzm psychologiczny") [233]. Zaproponował hipotezę, że u źródeł tego, co dziś nazywamy PTSD, leży doświadczenie „gwałtownych emocji" lub intensywne pobudzenie emocjonalne. Jego traktat wyjaśniał, dlaczego po przebyciu traumy ludzie automatycznie powtarzają pewne działania, emocje i wrażenia z nią związane. W przeciwieństwie do Charcota, którego interesowała przede wszystkim możliwość pomiaru i udokumentowania objawów somatycznych, Janet spędzał długie godziny na rozmowach z pacjentami, starając się odkryć, co działo się w ich umysłach. I w przeciwieństwie do swego mistrza, którego badania skupiały się na zrozumieniu histerii jako zjawiska, Janet był przede wszystkim klinicystą, którego celem była pomoc chorym. Dlatego tak szczegółowo studiowałem jego opisy przypadków i dlatego stał się on jednym z moich najważniejszych nauczycieli [234].

Amnezja, dysocjacja i rekonstrukcja wydarzeń

Janet jako pierwszy wskazał na różnicę między „pamięcią narracyjną", czyli historiami, jakie ludzie opowiadają o swojej traumie, a samymi traumatycznymi wspomnieniami. Jeden z jego opisów przypadków to historia Irene, młodej kobiety hospitalizowanej po śmierci matki, która zmarła na gruźlicę [235]. Irene opiekowała się nią przez wiele miesięcy, pracując jednocześnie, żeby utrzymać ojca alkoholika i opłacić opiekę medyczną. Gdy w końcu matka zmarła, Irene – wyczerpana przez stres i brak snu – przez wiele godzin próbowała przywrócić ją do życia, wołając do niej i starając się wlać jej do gardła leki. W którymś momencie bezwładne ciało spadło z łóżka, a nieopodal leżał bez zmysłów ojciec Irene, pijany do nieprzytomności. Nawet po tym, jak przybyła ciotka i zaczęła przygotowania do pogrzebu, Irene nadal zaprzeczała faktom. Trzeba było ją namawiać, żeby poszła na pogrzeb, a i tak przez całą

ceremonię się śmiała. Kilka tygodni później przywieziono ją do Salpêtrière, gdzie trafiła pod opiekę Janeta.

Poza niepamięcią śmierci matki Irene miała też inne objawy: kilka razy w tygodniu zaczynała, niczym w transie, wpatrywać się w puste łóżko, ignorując wszystko, co działo się wokół niej, a potem zajmowała się urojoną osobą. Drobiazgowo odtwarzała raczej, niż pamiętała, szczegóły śmierci matki.

Ludzie po przejściu traumy pamiętają zbyt mało i zbyt wiele zarazem. Z jednej strony Irene nie miała świadomych wspomnień śmierci matki; nie potrafiła opowiedzieć, co się stało. Z drugiej – odczuwała przymus odtwarzania tych zdarzeń. Określenie Janeta – „automatyzm" przekazuje bezwiedną, nieświadomą naturę jej działań. Janet leczył Irene przez wiele miesięcy, głównie hipnozą. Na koniec znów spytał ją o śmierć matki. Irene zaczęła płakać i powiedziała: „Nie przypominaj mi o tych strasznych rzeczach. […] Moja matka nie żyła, a mój ojciec jak zwykle był kompletnie pijany. Przez całą noc musiałam zajmować się jej ciałem. Zrobiłam mnóstwo głupich rzeczy, by ją ożywić… Rano straciłam zmysły". Pacjentka nie tylko potrafiła opowiedzieć tę historię, ale odzyskała także towarzyszące jej emocje: „Poczułam wielki smutek i opuszczenie". Wtedy Janet określił jej pamięć jako „kompletną", bo wspomnieniom towarzyszyły właściwe uczucia.

Janet zauważył znaczące różnice między „zwyczajnymi" a traumatycznymi wspomnieniami. Te drugie wyzwalane są przez specyficzne czynniki. W przypadku Juliana były to uwodzicielskie uwagi jego dziewczyny, u Irene – łóżko. Gdy potrąci się jeden z tworzących traumę klocków pamięci, inne zwykle padają jeden po drugim, automatycznie, niczym w dominie.

Traumatyczne wspomnienia nie są też skoncentrowane: Irene potrzebowała trzech, czterech godzin, żeby odegrać swoją historię, ale gdy w końcu potrafiła opowiedzieć, co się stało, zajęło jej to mniej niż minutę. Repetycja traumy niczemu nie służy. Zwyczajna pamięć jest elastyczna; nasze opowieści można modyfikować, tak żeby pasowały do okoliczności. Taka pamięć pełni z natury funkcje społeczne; to historie, które się opowiada w jakimś celu: w przypadku Irene, by uzyskać od lekarza pomoc i pocieszenie; u Juliana, by namówić mnie do przyłączenia się do jego krucjaty w poszukiwaniu

sprawiedliwości i zemsty. Pamięć traumy – przeciwnie – nie ma w sobie nic społecznego. Wściekłość Juliana na jego dziewczynę za niewinną uwagę nie służyła żadnemu celowi. Odtwarzanie traumatycznych zdarzeń jest zamrożone w czasie, niezmienne; takie doświadczenia są zawsze związane z uczuciem osamotnienia, poniżenia i alienacji.

Janet ukuł termin „dysocjacja” dla opisania obserwowanego u swoich pacjentów zjawiska oddzielenia i izolacji wspomnień . Miał też przeczucie, że blokowanie traumatycznych wspomnień dzieje się ogromnym kosztem. Później napisał, że gdy pacjenci dysocjują się od traumatycznych przeżyć, stają się „przywiązani do przeszkody nie do pokonania” [236]. „Nie potrafiąc zintegrować swoich traumatycznych wspomnień, wydają się tracić także zdolność do przyswajania nowych doświadczeń. To tak […] jakby ich osobowość zatrzymała się w jakimś punkcie i nie mogła się dalej rozwijać poprzez dodawanie lub przyswajanie nowych elementów” [237]. Przewidział, że o ile pacjenci nie uświadomią sobie tych zablokowanych elementów i nie połączą ich w historię, która zdarzyła się w przeszłości, ale już przeminęła, ich funkcjonowanie osobiste i zawodowe będzie się stopniowo pogarszać. To zjawisko jest obecnie dobrze udokumentowane naukowo [238].

Janet odkrył, że podczas gdy zmiany i zniekształcenia wspomnień są rzeczą normalną, osoby z PTSD nie potrafią uznać oryginalnego zdarzenia, źródła tych wspomnień, za przeszłość. Dysocjacja uniemożliwia integrację traumy w łączące się ze sobą i stale zmieniające konfigurację składy pamięci autobiograficznej. W zasadzie prowadzi to do powstania podwójnego układu pamięci. Normalna pamięć włącza elementy każdego doświadczenia w ciągły przepływ samodoświadczania poprzez złożony proces skojarzeń (asocjacji), niczym w gęstej, lecz elastycznej sieci, w której każdy element wywiera subtelny wpływ na wiele innych. Jednak w przypadku Juliana wrażenia, myśli i emocje związane z traumą były przechowywane osobno, jako zastygłe, ledwie zrozumiałe fragmenty. Jeśli problemem PTSD jest dysocjacja, celem terapii powinna być asocjacja: włączenie odciętych elementów traumy w toczącą się narrację życia, tak żeby mózg umiał rozpoznać, że „to było wtedy, a teraz jest teraz”.

Początki „terapii rozmową”

W korytarzach Salpêtrière narodziła się psychoanaliza. W 1885 roku Freud pojechał do Paryża, żeby współpracować z Charcotem, a później nazwał swojego pierworodnego syna na jego cześć Jean-Martinem. W 1893 roku razem ze swoim wiedeńskim mentorem, Josefem Breuerem, w błyskotliwej pracy o przyczynach histerii cytował zarówno Charcota, jak i Janeta.

„*Histerycy cierpią głównie z powodu reminiscencji*”, ogłosili autorzy, zauważając później, że te wspomnienia nie poddają się procesowi „blaknięcia w czasie*”,* jaki czeka zwyczajne wspomnienia, natomiast „trwają przez długi czas z zadziwiającą świeżością”. Osoby straumatyzowane nie potrafią też kontrolować, kiedy takie wspomnienia się ujawnią: „Musimy […] wspomnieć jeszcze jeden zadziwiający fakt […], a mianowicie, że te wspomnienia, w przeciwieństwie do innych wspomnień z przeszłości nie są do dyspozycji pacjentów*. Przeciwnie, gdy są w normalnym stanie psychicznym, są zupełnie wymazane z ich pamięci, albo obecne tylko w szczątkowej postaci*” [239] (wszystkie kursywy w cytatach pochodzą od Breuera i Freuda).

Breuer i Freud wierzyli, że traumatyczne wspomnienia nie funkcjonują w świadomości albo z powodu „okoliczności, które uniemożliwiały reakcję”, albo dlatego, że miały miejsce podczas „szczególnie paraliżujących emocji, takich jak strach”. W roku 1896 Freud odważnie twierdził, że „pierwotną przyczyną histerii jest zawsze uwiedzenie dziecka przez dorosłą osobę” [240]. Potem, gdy zderzył się z istną epidemią molestowań w najlepszych domach Wiednia – taką, w którą (jak sam zauważył) mógłby być zamieszany i jego własny ojciec – szybko zaczął się wycofywać. Nacisk w psychoanalizie zaczęto kłaść na podświadome pragnienia i fantazje, choć od czasu do czasu Freud nadal przyznawał, że molestowanie to rzeczywistość, nie fantazja [241].

Po tym, jak zderzył się z okrucieństwami I wojny światowej pod postacią nerwicy wojennej, Freud potwierdził, że centralnym elementem traumy jest brak werbalnych wspomnień i że jeśli osoba nie pamięta, najpewniej odtwarza traumatyczne wydarzenia: „Odtwarza je nie w postaci wspomnień, lecz działań; powtarza je, nie

wiedząc, rzecz jasna, że je odtwarza, aż na koniec rozumiemy, że to jej sposób pamiętania” [242].

Dziedzictwem pracy Breuera i Freuda z 1893 roku jest to, co dziś nazywamy „leczeniem rozmową”: „Ku naszemu początkowemu zdumieniu odkryliśmy, że *każdy pojedynczy objaw histerii znikał natychmiast i trwale, gdy udawało się nam uświadomić pacjentowi wspomnienia zdarzenia, które ten objaw sprowokowało, i wzbudzając towarzyszące mu emocje, i gdy pacjent opisał zdarzenie z najdrobniejszymi szczegółami i zwerbalizował towarzyszące mu uczucia. W*spominanie bez emocji niemal nigdy nie przynosiło efektów”. (Wszystkie kursywy za oryginałem).

Badacze wyjaśniali, że jeśli brak jest „reakcji energetycznej” na traumatyczne zdarzenie, emocje „pozostają przywiązane do wspomnienia” i nie można ich uwolnić. Reakcję można uwolnić poprzez akcję – „od łez do aktów zemsty”. „Język służy jednak za substytut działania; z pomocą słów można »odreagować« emocje niemal równie skutecznie”. „Zrozumieć teraz można,” kończyli wywód, „dlaczego procedura psychoterapeutyczna, jaką opisaliśmy na tych stronach ma efekt leczniczy. *Kładzie ona kres sile działania* […] *której nie odreagowano w pierwszej chwili* [czyli w chwili zaistnienia traumy], *pozwalając, by jej duszący efekt znalazł ujście przez słowa; i poddaje ją korekcji skojarzeń, wprowadzając do normalnej świadomości*”.

I choć dziś możemy mówić o zmierzchu psychoanalizy, „terapia rozmową” trwa, a psychologowie na ogół zakładają, że opowiadanie o traumie z najdrobniejszymi szczegółami pomaga ludziom pozostawić ją za sobą. Jest to też podstawowym założeniem terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), nauczanej dziś na studiach psychologicznych na całym świecie.

Chociaż zmieniły się diagnostyczne etykietki, nadal widzimy w swoich gabinetach pacjentów podobnych do opisywanych przez Charcota, Janeta i Freuda. W roku 1986 wraz kolegami opisałem przypadek kobiety, która była hostessą w nocnym klubie Cocoanut Grove w Bostonie, gdy ten spalił się w 1942 roku [243].

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych co roku odtwarzała swoją ucieczkę na Newbury Street, kilka przecznic od rzeczywistego miejsca zdarzenia; przez to zamykano ją w szpitalu z takimi

rozpoznaniami jak schizofrenia czy choroba dwubiegunowa. W roku 1989 opisałem przypadek wojennego weterana, który rok w rok odgrywał „napad z bronią” dokładnie w rocznicę śmierci przyjaciela [244]. Wkładał palce do kieszeni spodni, twierdził, że to pistolet, i kazał sklepikarzowi opróżnić kasę – dając mu zarazem mnóstwo czasu na powiadomienie policji. Te podświadome próby popełnienia samobójstwa „by proxy”, czyli „przy użyciu policjanta”, dobiegły końca, gdy sędzia odesłał go do mnie na leczenie. Kiedy uporaliśmy się z jego poczuciem winy za śmierć przyjaciela, przestał odgrywać te sceny.

Takie przypadki każą postawić sobie fundamentalne pytanie: W jaki sposób lekarze, policjanci albo pracownicy opieki społecznej mogą rozpoznać, że ktoś cierpi na zespół stresu pourazowego, jeśli on tylko odgrywa traumę, a jej nie pamięta? Jak sami pacjenci mają odkryć źródło swojego zachowania? Jeśli nikt nie zna ich historii, pewnie zostaną uznani za świrów albo ukarani jak kryminaliści; marne szanse, by ktoś zamiast tego pomógł im zintegrować przeszłość.

Pamięć traumy przed sądem

Przynajmniej dwa tuziny mężczyzn zeznały, że byli molestowani przez Paula Shanleya, wielu z nich podpisało ugody cywilne z bostońską archidiecezją. Julian był jedyną ofiarą, którą wezwano do złożenia zeznań na procesie księdza. W lutym 2005 były duchowny został uznany winnym dwóch gwałtów na dzieciach oraz dwóch przypadków napaści i pobicia dziecka. Skazano go na 12 do 15 lat więzienia. W 2007 roku adwokat Shanleya, Robert F. Shaw Jr., złożył wniosek o nowy proces, podważając skazanie swojego klienta; chciał, żeby uznać je za pomyłkę sądową. Shaw próbował dowieść, że „stłumione wspomnienia” nie były powszechnie uznawane w środowisku naukowym, że skazania dokonano na podstawie „śmieciowej nauki” i że przed procesem nie przedstawiono wystarczających świadectw na temat naukowego statusu takich tłumionych wspomnień. Sędzia, który wydawał wyrok, odrzucił apelację, ale dwa lata później rozpatrywał ją sąd najwyższy stanu Massachusetts. Niemal setka czołowych psychiatrów i psychologów z całych Stanów Zjednoczonych podpisała opinię „przyjaciela sądu”, *amicus curiae*, w której stwierdzano, że nigdy nie dowiedziono

istnienia „tłumionych wspomnień” i że nie wolno ich było przyjmować jako dowodu. Jednakże 10 stycznia 2010 roku sąd jednogłośnie podtrzymał wyrok skazujący, uzasadniając to tak: „Podsumowując, zapisy podtrzymują dokonaną przez sędziego ocenę, że brak naukowych testów nie dyskwalifikuje teorii mówiącej, iż osoba może doświadczyć amnezji dysocjacyjnej. […] Nie stwierdzono, by przyjęcie zeznania eksperta w kwestii amnezji dysocjacyjnej stanowiło naruszenie prawa”.

W kolejnym rozdziale opowiem więcej o pamięci i zapominaniu, i o tym, jak dyskusja nad represjonowanymi wspomnieniami, która zaczęła się od Freuda, jest kontynuowana po dziś dzień.

ROZDZIAŁ 12

Nieznośny ciężar pamięci

> Nasze ciała to teksty, które przekazują wspomnienia, pamiętanie nie jest zatem niczym innym jak ponownym ucieleśnieniem.
>
> Katie Cannon

Przez ostatnie sto pięćdziesiąt lat naukowe zainteresowanie traumą bardzo przypominało jazdę kolejką górską. Śmierć Charcota w roku 1893 i przeniesienie punktu ciężkości zainteresowań Freuda na konflikty wewnętrzne, mechanizmy obronne i instynkty jako źródła cierpień psychicznych to tylko część przyczyn utraty zainteresowania traumą przez konwencjonalną medycynę. Psychoanaliza szybko zyskiwała popularność. W roku 1911 bostoński psychiatra Morton Prince, który studiował z Williamem Jamesem i Pierre'em Janetem, skarżył się, że specjaliści zainteresowani skutkami traumy byli „niczym małże zmyte falą przypływu w bostońskim porcie".

To lekceważenie trwało jednak ledwie kilka lat, gdyż wraz z wybuchem I wojny światowej w 1914 roku medycyna i psychologia po raz kolejny musiały zmierzyć się z setkami tysięcy mężczyzn, którzy zgłaszali się z powodu dziwacznych objawów psychicznych, niewyjaśnionych medycznie dolegliwości i utrat pamięci. Wynalazek taśmy filmowej pozwolił na sfilmowanie tych żołnierzy i dziś na YouTube możemy oglądać ich dziwaczne pozy, niezwykłe wypowiedzi, przerażone twarze i tiki – fizyczny, ucieleśniony wyraz traumy: „pamięć, która powstaje jednocześnie w umyśle – jako wewnętrzne obrazy i słowa – i w ciele" [245].

Na początku wojny Brytyjczycy ukuli termin *shell shock* („wstrząs pociskowy") [246], który uprawniał weteranów do leczenia i renty. Alternatywą była zbliżona diagnoza „neurastenii", która jednak nie gwarantowała ani leczenia, ani świadczeń. Rozpoznanie, jakie dostał żołnierz, najbardziej zależało od postawy… lekarza, który go leczył [247].

Na froncie zachodnim służyło naraz ponad milion brytyjskich żołnierzy. Tylko w pierwszych godzinach 1 lipca 1916 roku, najkrwawszego dnia w swojej historii, armia Zjednoczonego Królestwa poniosła w bitwie pod Sommą straty w liczbie 57 470 ludzi, w tym 19 240 ofiar śmiertelnych. Historyk John Keegan pisał o dowódcy, marszałku polowym Douglasie Haigu, którego pomnik góruje dziś na londyńskiej ulicy Whitehall, niegdyś centrum Brytyjskiego Imperium: „Ani w jego publicznych wystąpieniach, ani w prywatnych rozmowach nie dostrzega się zaniepokojenia ludzkim cierpieniem". Pod Sommą „posłał kwiat brytjskiej młodzieży na śmierć lub okaleczenie" [248].

W miarę jak wojna się przedłużała, nerwica frontowa coraz bardziej zmniejszała zdolność bojową sił zbrojnych. Rozdarty między uwzględnieniem cierpienia swoich żołnierzy a poszukiwaniem zwycięstwa nad Niemcami brytyjski sztab generalny w czerwcu 1917 roku wydał rozkaz nr 2384, który brzmiał: „Pod żadnym pozorem i w żadnych okolicznościach nie wolno używać terminu *shell shock*, ani ustnie, ani na piśmie, w żadnym raporcie pułkowym, ani w raporcie o ofiarach, w żadnych dokumentach szpitalnych czy innych dokumentach medycznych". Wszyscy żołnierze z problemami psychicznymi mieli dostawać to samo rozpoznanie „NYDN" (Not Yet Diagnosed, Nervous, czyli „jeszcze niezdiagnozowany, nerwowy") [249]. W listopadzie 1917 roku tenże sztab generalny odmówił Charlesowi Samuelowi Myersowi, prowadzącemu cztery szpitale polowe dla rannych żołnierzy, zezwolenia na publikację w „British Medical Journal" pracy na temat nerwicy frontowej. Strona niemiecka postępowała jeszcze ostrzej, traktując ten problem jako defekt charakteru, który usuwano rozmaitymi bolesnymi metodami, włączając elektrowstrząsy.

W roku 1922 rząd brytyjski wydał tzw. Raport Southborough, który miał za zadanie zapobiec stawianiu rozpoznania „nerwicy frontowej" w jakichkolwiek przyszłych wojnach i podważyć roszczenia o zadośćuczynienie. Sugerował usunięcie tej diagnozy z oficjalnej nomenklatury i stał na stanowisku, że przypadków tych nie można klasyfikować jako „ofiary walk bardziej niż ofiary innych chorób" [250]. Oficjalne stanowisko brzmiało, że dobrze wyszkolone i prawidłowo dowodzone oddziały nie cierpią z powodu nerwicy frontowej,

a żołnierze, którzy zapadli na to schorzenie, są po prostu niezdyscyplinowani i niepodporządkowani. I podczas gdy polityczna burza wokół legalności tej diagnozy trwała jeszcze długo, doniesienia, jak najlepiej leczyć to schorzenie, zniknęły z naukowej literatury [251].

W Stanach Zjednoczonych los weteranów też nie był usłany różami. W roku 1918, gdy wrócili do domów z pól walki we Francji i Flandrii, witano ich jak bohaterów narodowych, podobnie jak dzisiaj wita się powracających z Iraku czy Afganistanu.W 1924 Kongres przegłosował przyznanie im premii w wysokości 1,25 dolara za każdy dzień zamorskiej służby, ale wypłaty wstrzymano aż do 1945 roku. W 1932 kraj przechodził Wielki Kryzys, a w maju tego roku jakieś 15 tysięcy bezrobotnych i pozbawionych środków do życia weteranów koczowało na National Mall – parkowych polach przed Białym Domem w Waszyngtonie, żeby uzyskać niezwłoczną wypłatę tych premii. Ustawa została utrącona przez Senat stosunkiem głosów 62 do 18. Miesiąc później prezydent Hoover nakazał armii usunięcie koczowiska weteranów. Siłami dowodził generał Douglas MacArthur wspierany przez sześć czołgów. Major Dwight D. Eisenhower był łącznikiem z waszyngtońską policją, a major George Patton stał na czele kawalerii. Doszło do szarży, podczas której żołnierze z bagnetami obrzucali weteranów puszkami z gazem łzawiącym. Następnego ranka park był opuszczony, a obóz weteranów stał w ogniu [252]. Nigdy nie dostali swoich świadczeń.

Polityka i medycyna odwróciły się od powracających żołnierzy, ale okropności wojny zostały upamiętnione w literaturze i sztuce. W powieści niemieckiego pisarza Ericha Marii Remarque'a *Na zachodzie bez zmian* [253], opowiadającej o wojennych doświadczeniach żołnierzy z pierwszej linii frontu, bohater, Paul Baumer, mówił za całe pokolenie: „Zdaję sobie sprawę, że ja, bezwiednie, straciłem uczucia – już tu nie należę, żyję w obcym świecie. Wolę, by mnie pozostawiono w spokoju i nie przeszkadzano mi. Za dużo mówią – nie potrafię się do nich odnieść – zajęci są tylko błahostkami" [254]. Opublikowana w 1929 powieść z miejsca stała się międzynarodowym bestsellerem i została przetłumaczona na 25 języków. Nakręcony w 1930 roku na jej podstawie film dostał Oscara za najlepszy film roku. Ale gdy kilka lat później Hitler doszedł do

władzy, *Na zachodzie bez zmian* było jedną z pierwszych „nieprawomyślnych" książek spalonych przez nazistów na placu przed Uniwersytetem Humboldta w Berlinie [255]. Najwyraźniej świadomość niszczącego wpływu wojny na umysły żołnierzy mogła stanowić zagrożenie dla nazistowskiego parcia do kolejnej rundy szaleństwa. Zaprzeczanie skutkom traumy może zniszczyć społeczną tkankę narodu. Odmowa stawienia czoła wyrządzonym przez wojnę zniszczeniom i nietolerancja „słabości" odgrywały ważną rolę w powstaniu faszyzmu i militaryzmu na świecie w latach trzydziestych XX wieku. Wygórowane reparacje wojenne, jakie nałożono Traktatem Wersalskim, jeszcze bardziej pogrążyły i tak już upokorzone Niemcy. Z kolei społeczeństwo tego kraju bezlitośnie rozprawiło się z własnymi, straumatyzowanymi weteranami, traktując ich jak ludzi drugiej kategorii. Ta kaskada upokorzeń bezbronnych położyła fundament pod totalne zdeprecjonowanie praw człowieka pod rządami nazistowskiego reżimu: to było moralne usprawiedliwienie dla silnych, by gnębić słabszych – powód do kolejnej wojny.

Nowa twarz traumy

Wybuch II wojny światowej skłonił Charlesa Samuela Myersa i amerykańskiego psychiatrę Abrama Kardinera do opublikowania sprawozdania z ich pracy z żołnierzami i weteranami I wojny światowej. *Shell Schock In France 1914–18* („Nerwica frontowa we Francji 1914–18", 1940) [256] i *The Traumatic Neuroses of War* („Traumatyczne neurozy wojenne", 1941) [257] stały się podstawowymi wskazówkami dla psychiatrów leczących żołnierzy nowego konfliktu, prezentujących „wojenne neurozy". Wysiłek wojenny USA był ogromny, a postępy psychiatrii frontowej odzwierciedlały to zaangażowanie. I znów, to YouTube pozwala bezpośrednio zajrzeć w przeszłość: dokument hollywoodzkiego reżysera Johna Hustona *Let There Be Light* („Niech się stanie światło", 1946) pokazuje dominującą wówczas metodę leczenia problemów psychicznych – hipnozę [258]. W filmie Hustona, nakręconym, gdy służył w wojskach łącznościowych, lekarze wciąż przyjmują patriarchalny model leczenia, a pacjenci to nadal przerażeni, młodzi ludzie. Ale ich trauma objawia się w inny sposób: podczas gdy żołnierze I wojny

światowej miotają się, wykonują dziwne grymasy twarzy i padają sparaliżowani, następne pokolenie gada i kuli się w sobie. Ich ciała wciąż pamiętają: mają problemy żołądkowe, serca walą im jak młotem i ogarnia ich panika. Jednak trauma nie ogranicza się do ciała. Wywołany hipnozą trans pozwala im znaleźć słowa na określenie rzeczy, o których bali się pamiętać: przerażenie, poczucie winy, że przeżyli, i konflikty lojalności. Uderzyło mnie też, że żołnierze ci wydawali się o wiele lepiej opanowywać gniew i wrogość niż ich młodsi koledzy, z którymi wcześniej pracowałem. Jak widać kultura zmienia sposób wyrażania stresu potraumatycznego. Teoretyczka feminizmu Germaine Greer tak opisała leczenie PTSD u jej ojca po II wojnie światowej: „Gdy [lekarze wojskowi] badali mężczyzn wykazujących ciężkie zaburzenia, niemal zawsze znajdowali pierwotną przyczynę w jakichś przedwojennych doświadczeniach: chorzy nie byli najlepszym materiałem na żołnierzy. […] Zdaniem wojska to nie wojna sprawia, że walczący w niej chorują, lecz to chorzy nie mogą [dobrze] walczyć” [259]. Lekarze raczej nie pomogli jej ojcu, ale jej wysiłki, by ulżyć mu w cierpieniu, niewątpliwie stały się zaczątkiem badań nad dominacją seksualną w jej najgorszych przejawach, takich jak gwałt, kazirodztwo i przemoc domowa.

Gdy pracowałem w szpitalu weteranów, dziwiło mnie, że przeważająca większość pacjentów, jakich spotykaliśmy w przychodni, to byli młodzi, niedawno zwolnieni ze służby weterani wojny wietnamskiej, podczas gdy korytarze i windy prowadzące na oddziały wypełniali ludzie starzy. Zaciekawiony tą różnicą przeprowadziłem ankietę dotyczącą weteranów II wojny światowej w klinikach w 1983 roku. W kwestionariuszu, jaki dawałem do wypełnienia, niemal wszyscy uzyskiwali wyniki świadczące o PTSD, ale ich leczenie koncentrowało się raczej na dolegliwościach somatycznych niż psychicznych. Ci ludzie komunikowali swój niepokój bólami brzucha i klatki piersiowej, a nie koszmarami sennymi czy wybuchami wściekłości, na które zresztą – co wykazały moje badania – także cierpieli. Sposób, w jaki pacjenci wyrażają podenerwowanie, jest określany przez… lekarzy: Gdy chory skarży się na koszmary senne, a lekarz zleca RTG klatki piersiowej, ten pierwszy orientuje się, że lepszą opiekę otrzyma, koncentrując się

na problemach somatycznych. Tak jak moi krewni, którzy walczyli w II wojnie światowej albo byli wzięci do niewoli, większość z ankietowanych przeze mnie weteranów niezwykle niechętnie dzieliła się swoimi przeżyciami. Czułem, że ani oni, ani ich lekarze nie chcieli wracać do wspomnień z tamtych czasów.

II wojna światowa udzieliła jednak przywódcom – zarówno cywilnym, jak i wojskowym – kilku ważnych lekcji, których nie odrobiła poprzednia generacja. Po klęsce hitlerowskich Niemiec i cesarskiej Japonii Stany Zjednoczone pomogły odbudować Europę, wdrażając plan Marshalla, który stał się ekonomiczną podstawą dla kolejnego półwiecza względnego spokoju. W kraju ustawa GI zapewniła milionom weteranów możliwość edukacji i pożyczki na dom, co przyczyniło się do ogólnej poprawy kondycji gospodarki i stworzyło szeroką, dobrze wykształconą klasę średnią. Siły zbrojne były w awangardzie integracji rasowej i równych szans. Administracja Weteranów (VA) zbudowała w całym kraju ośrodki, w których jej podopieczni mogli liczyć na opiekę medyczną. Jednak mimo całego zaangażowania w sprawy żołnierzy powracających z wojny, blizny na ich psychice pozostały sprawą zupełnie niedostrzeżoną, a termin „neurozy pourazowe" na dobre znikł z oficjalnej nomenklatury psychiatrycznej. Ostatnia praca naukowa na temat traumy wojennej po II wojnie światowej ukazała się w roku 1947 [260].

Trauma odkryta na nowo

Gdy zacząłem pracować z weteranami wojny wietnamskiej, w bibliotece VA nie było – jak już wcześniej wspominałem – ani jednej książki na temat traumy wojennej, ale ta wojna zainspirowała liczne prace, tworzenie organizacji naukowych i włączenie rozpoznania traumy pourazowej – PTSD do literatury fachowej. W tym samym czasie doszło wręcz do eksplozji zainteresowania traumą w społeczeństwie. W 1974 *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Freedmana i Kaplana stwierdzał, że „kazirodztwo to fenomen niezwykle rzadki i nie zachodzi częściej niż 1 na 1,1 miliona osób" [261]. Jak już widzieliśmy w rozdziale 2., ta autorytarna książka przechodziła następnie do wychwalania możliwych korzyści płynących z kazirodczego związku: „Taka kazirodcza aktywność

zmniejsza ryzyko, że obiekt popadnie w psychozę, i pozwala na lepsze dostosowanie do zewnętrznego świata. […] U przeważającej większości nie wywołuje ona negatywnych skutków".

Jak dalece mylące były te stwierdzenia, stało się jasne, gdy rozwijający się ruch feministyczny w połączeniu ze świadomością traumy u powracających weteranów dał dziesiątkom tysięcy osób molestowanych w dzieciństwie, po doświadczeniach przemocy domowej i gwałtu odwagę do ujawnienia się. Tworzono ruchy podnoszące społeczną świadomość i grupy wsparcia, a liczne popularne książki, w tym wydana w 1998 roku *The Courage to Heal* („Odwaga by wyzdrowieć"), samopomocowy bestseller dla ofiar kazirodztwa, oraz *Trauma and Recovery* („Trauma i zdrowienie") Judith Herman z 1992 roku szczegółowo omawiały etapy leczenia i dochodzenia do zdrowia.

Znając meandry historii, zacząłem się zastanawiać, czy nie zmierzamy ku kolejnemu wahnięciu, takiemu jak w latach 1895, 1917 i 1947, gdy zaczęto kwestionować realność traumy. Okazało się, że miałem rację, gdyż z początkiem lat dziewięćdziesiątych w wielu znanych gazetach i magazynach zarówno w USA, jak i w Europie zaczęły się pojawiać artykuły na temat tzw. zespołu fałszywych wspomnień (*False Memory Syndrome*), w ramach którego chorzy psychicznie mieli rzekomo fabrykować złożone, lecz fałszywe wspomnienia wykorzystywania seksualnego, które – jak twierdzili – pozostawały w uśpieniu przez wiele lat, zanim udało im się do nich dotrzeć.

W artykułach tych uderzała pewność, z jaką twierdzono, że nie ma dowodów na to, iż ludzie pamiętają traumatyczne zdarzenia inaczej, niż pamiętają zwyczajne rzeczy dziejące się na co dzień. Świetnie pamiętam telefon ze znanego londyńskiego tygodnika, w którym zawiadomiono mnie, że w kolejnym wydaniu zamierzają opublikować artykuł na temat traumatycznych wspomnień, i pytano, czy mam na ten temat jakieś spostrzeżenia. Ich pytanie przyjąłem z dużym entuzjazmem i opowiedziałem, jak po raz pierwszy utratę pamięci w wyniku traumatycznych wydarzeń badano w Anglii ponad sto lat wcześniej. Wspomniałem prace Johna Erica Erichsena i Frederica Myersa z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XIX wieku o wypadkach kolejowych oraz drobiazgowe badania Charlesa

Samuela Myersa i W. H. R. Riversa na temat problemów z pamięcią u żołnierzy z frontów I wojny światowej. Zasugerowałem też, by przejrzeli opublikowany w „Lancecie” w roku 1944 artykuł opisujący następstwa ewakuacji całej brytyjskiej armii z plaż Dunkierki w 1940 roku. Ponad 10 procent badanych żołnierzy cierpiało po ewakuacji na poważne luki w pamięci [262]. W następnym tygodniu czasopismo powiedziało swoim czytelnikom, że nie ma żadnych dowodów na to, iż czasem ludzie tracą (całkowicie lub częściowo) pamięć o traumatycznych zdarzeniach.

Kwestia opóźnionego przypominania sobie traumy nie była szczególnie kontrowersyjna, gdy Myers i Kardiner po raz pierwszy opisali ten fenomen w swoich książkach o neurozach wojennych I wojny światowej, gdy poważne luki w pamięci obserwowano po ewakuacji z Dunkierki, a także gdy ja pisałem o weteranach z Wietnamu czy o mężczyźnie, który przeżył pożar nocnego klubu Cocoanut Grove. Jednakże w latach osiemdziesiątych i na początku dziewięćdziesiątych, w miarę jak podobne problemy zaczęto opisywać u kobiet i dzieci, ofiar przemocy domowej, ich wysiłki zmierzające do ukarania potencjalnych oprawców przeniosły problem z wymiaru naukowego do świata prawa i polityki. To z kolei stało się kanwą dla skandali pedofilskich w Kościele katolickim, gdy eksperci od spraw pamięci ścierali się ze sobą na salach sądowych w Stanach Zjednoczonych, a później także w Europie i Australii.

Eksperci zeznający na rzecz Kościoła twierdzili, że wspomnienia molestowania w dzieciństwie są w najlepszym razie niewiarygodne, a pozwy rzekomych ofiar najpewniej są wynikiem zaszczepienia w ich umysłach fałszywych wspomnień przez terapeutów, którzy byli zbyt współczujący, naiwni lub mieli w tym jakieś własne cele. W tym czasie przebadałem ponad pięćdziesięciu dorosłych, którzy – jak Julian – pamiętali, że zostali wykorzystani przez księży. Ich pozwy mniej więcej w połowie zostały oddalone.

Wiedza o wypartych wspomnieniach

Tak naprawdę w ciągu ponad stu lat opublikowano setki prac naukowych dokumentujących, jak trauma może zostać wyparta z pamięci, tylko po to, by mogła wypłynąć na światło dzienne wiele lat, a nawet dziesięcioleci później [263]. Utratę pamięci opisywano

u osób, które doświadczyły klęsk żywiołowych, wojen, porwań, tortur, obozów koncentracyjnych, a także wykorzystywania fizycznego i seksualnego. Całkowita utrata pamięci najczęściej zdarza się ofiarom molestowania w dzieciństwie, i występuje u 19, a nawet 38 procent z nich [264]. Kwestia ta nie jest szczególnie kontrowersyjna: już w roku 1980 DSM-III uwzględnił utratę pamięci na skutek zdarzeń traumatycznych w kryteriach diagnostycznych amnezji dysocjacyjnej, jako: „niezdolność do przywołania istotnych informacji osobistych, zwykle o traumatycznym lub stresującym charakterze, która jest zbyt rozległa, by można ją było wyjaśnić standardowym zapominalstwem”. Utrata pamięci znajduje się też wśród kryteriów rozpoznawania PTSD od czasu, gdy diagnoza ta została wprowadzona po raz pierwszy.

Jednym z najbardziej interesujących badań nad wypartymi wspomnieniami jest to prowadzone przez doktor Lindę Meyer Williams. Zaczęła je, gdy na początku lat siedemdziesiątych była studentką socjologii na Uniwersytecie Stanu Pensylwania. Williams przeprowadziła wywiady z 206 dziewczętami w wieku dziesięciu – dwunastu lat, które badano na izbie przyjęć po molestowaniu. Wyniki badań laboratoryjnych, a także wywiady z dziewczynkami i ich rodzicami przechowywano w szpitalnych archiwach. Siedemnaście lat później Williams zdołała wyśledzić 136 z tych dziewcząt, wtedy dorosłych już kobiet, i przeprowadziła z nimi kolejne szczegółowe wywiady [265]. Ponad jedna trzecia (38 procent) pytanych nie pamiętała zdarzenia udokumentowanego w ich historii choroby, a tylko piętnaście (12 procent) twierdziło, że nigdy w dzieciństwie nie były wykorzystywane. Ponad dwie trzecie (68 procent) opisało inne przypadki molestowania ich w dzieciństwie. Zdarzenie częściej zapominały kobiety, które w okresie molestowania były młodsze, oraz te, które zostały wykorzystane przez znaną im osobę.

Uczona zbadała też wiarygodność odzyskanych wspomnień. Jedna na dziesięć kobiet (16 procent z tych, które przypomniały sobie wykorzystywanie) stwierdziła, że na jakiś czas zapominała o zdarzeniu, ale potem przypomniała sobie, że miało ono miejsce. W porównaniu z kobietami, które zawsze pamiętały, że były wykorzystywane, te, które zapominały, w czasie molestowania były

młodsze i rzadziej mogły liczyć na wsparcie matek. Williams ustaliła też, że odzyskane wspomnienia są mniej więcej tak dokładne jak te, których nigdy nie utracono: wszystkie kobiety pamiętały główną oś wydarzeń, ale żadna z ich opowieści nie uwzględniała wszystkich szczegółów opisanych w historii choroby [266]. Wyniki Williams wspierane są przez rezultaty nowych badań neurologicznych, które wykazują, że wspomnienia odzyskane powracają zwykle do banku pamięci z pewnymi modyfikacjami [267]. Jak długo pozostają niedostępne, umysł nie może ich zmienić, ale gdy tylko historia zaczyna być opowiadana, zwłaszcza wielokrotnie, zmienia się – bo opowieść zmienia się przez sam akt opowiadania. Umysł nie potrafi powstrzymać się od nadawania znaczenia, a znaczenie jakie nadajemy naszemu życiu zmienia to, co i jak pamiętamy.

W obliczu bogactwa dowodów, że wspomnienie traumy może ulec wyparciu, a powrócić po latach, nie sposób zrozumieć, dlaczego niemal setka uznanych naukowców z różnych krajów, badaczy pamięci, rzuciła na szalę swoją reputację, opowiadając się po stronie Kościoła w sprawie o uchylenie wyroku skazującego ojca Shanleya i twierdząc, że „wyparte wspomnienia” to produkt „śmieciowej nauki”. Bazując na tym, że utrata pamięci i opóźnione odzyskiwanie wspomnień nigdy nie zostały udokumentowane w warunkach laboratoryjnych, niektórzy spece od kognitywistyki stanowczo zaprzeczali istnieniu tych zjawisk [268], a co najmniej temu, że odzyskane traumatyczne wspomnienia mogą być precyzyjne [269]. Jednak to, z czym lekarze spotykają się na izbach przyjęć, oddziałach psychiatrycznych czy na polu walki, z założenia różni się od tego, co można zaobserwować w warunkach bezpiecznego i dobrze zorganizowanego laboratorium.

Weźmy eksperyment znany pod nazwą „zagubiony w centrum handlowym”. Naukowcy wykazali, że stosunkowo łatwo jest wszczepić komuś fałszywe wspomnienia wydarzeń, które nigdy nie miały miejsca, na przykład tego, że jako dziecko zgubiliśmy się w centrum handlowym [270]. Mniej więcej co czwarty badany „przypominał” sobie później, że był przerażony, a nawet wypełniał luki szczegółami. Takim wspomnieniom nigdy nie towarzyszyły jednak wrażenia „z głębi trzewi”, jakich doświadczałoby dziecko, które naprawdę się zgubiło.

Inne badania dowodziły niewiarygodności zeznań naocznych świadków. Badanym pokazywano film, na którym widzieli jadący ulicą samochód, a potem pytano ich, czy widzieli znak STOP albo światła; dzieci pytano na przykład, jak był ubrany odwiedzający ich klasę mężczyzna. Inne eksperymenty tego typu wykazywały, że pytania, jakie zadawano świadkom, mogą zmieniać to, co – jak twierdzili – pamiętali. Badania te miały dużą wartość dla podważania wielu praktyk policyjnych i sądowych, ale nie w odniesieniu do wspomnień o traumie.

Podstawowym problemem jest to, że warunki, w jakich zdarzenia dzieją się w laboratorium, nie mogą zostać uznane za równoważne warunkom, w jakich tworzone są wspomnienia o traumie. W takich „sterylnych", laboratoryjnych warunkach po prostu nie można odtworzyć *de novo* przerażenia i bezradności towarzyszących PTSD. Możemy badać w laboratoriach wpływ istniejącej traumy, jak w naszych scenariuszowych badaniach obrazowych nad zjawiskiem flashbacków, ale nie można tam stworzyć pierwotnego śladu traumy. Doktor Roger Pitman przeprowadził na Harvardzie badanie, w którym pokazał studentom film *Faces of Death*, zawierający kronikę filmową gwałtownych zgonów i egzekucji. Film ten, obecnie szeroko zakazany, jest tak ekstremalny, jak tylko dopuścić może dowolne ciało opiniodawcze, nie wywołał jednak u badanych przez Pitmana ochotników normalnych objawów PTSD. Jeśli chcesz badać traumatyczne wspomnienia, musisz badać wspomnienia ludzi, którzy naprawdę traumę przeszli.

Co ciekawe, gdy już opadły emocje i zyski związane ze świadczeniem w sądach, wraz z nimi przybladły i „naukowe" kontrowersje, a klinicystów pozostawiono, by sami radzili sobie ze skutkami traumatycznych wspomnień.

Pamięć normalna a traumatyczna

W roku 1994 razem z kolegami ze szpitala Massachusetts General zdecydowaliśmy się podjąć systematyczne badania porównujące, jak ludzie pamiętają niegroźne, a jak przerażające wspomnienia. Daliśmy ogłoszenia do lokalnych gazet, powiesiliśmy je w pralniach samoobsługowych i w internetowych serwisach studenckich. Treść brzmiała: „Czy przydarzyło ci się coś okropnego, czego nie możesz

wymazać z pamięci? Zadzwoń 727-5500; za udział płacimy 10 dolarów". W odpowiedzi zgłosiło się siedemdziesięciu sześciu ochotników [271].

Po wstępnych grzecznościach zapytaliśmy każdego: „Czy możesz nam opowiedzieć o jakimś zdarzeniu, które nie było traumatyczne, ale myślisz, że będziesz je pamiętać do końca życia?". Jeden z uczestników pojaśniał i powiedział: „To dzień, w którym urodziła mi się córka". Inni wspominali dzień ślubu, grę w zwycięskiej drużynie albo wyróżnienie za osiągnięcia na zakończenie szkoły. Potem poprosiliśmy, żeby skupili się na wrażeniach zmysłowych towarzyszących wspomnianym przez nich zdarzeniom: „Czy bywa, że jesteś gdzieś i nagle przed oczyma pojawia ci się wyraźny obraz twojego męża, tak jak wyglądał podczas ślubu?". Odpowiedzi były zawsze negatywne. „A może czułaś dotyk ciała męża tak, jak w noc poślubną?" (tu sporo badanych zaczynało na nas dziwnie spoglądać). Brnęliśmy dalej: „Czy kiedykolwiek masz żywe, dokładne wspomnienie tego, jak odbierasz wyróżnienie i wygłaszasz mowę na zakończenie szkoły?"; „Czy zdarza ci się, że powracają wspomnienia o tym, jak rodziłaś pierwsze dziecko?". Wszyscy odpowiadali: „Nigdy".

Potem spytaliśmy o traumę, która sprawiła, że zgłosili się na badanie – w wielu przypadkach był to gwałt. „Czy kiedykolwiek nagle przypominasz sobie, jak pachniał twój gwałciciel?", pytaliśmy, a potem: „Czy zdarza ci się odczuwać te same somatyczne wrażenia jak podczas gwałtu?". Takie pytania wywoływały intensywne reakcje emocjonalne. „To dlatego nie mogę już chodzić na przyjęcia; bo czyjś oddech pachnący alkoholem sprawia, że czuję się, jakby mnie znów gwałcono", albo: „Nie mogę już kochać się z moim mężem, bo gdy dotyka mnie w ten sposób, czuję się, jakby mnie znów gwałcono".

Między tym, jak ludzie opowiadali o pozytywnych, a jak o negatywnych wspomnieniach, były dwie zasadnicze różnice: (1) sposób organizacji wspomnień i (2) fizyczna reakcja badanych. Śluby, narodziny czy matury były wspominane jako wydarzenia z przeszłości, opowieści z początkiem, środkiem i końcem. Nikt nie mówił, że w niektórych okresach o nich zupełnie zapominał. Tymczasem traumatyczne wspomnienia były chaotyczne. Niektóre

szczegóły (jak zapach gwałciciela czy obraz dziury w głowie zabitego dziecka) badani pamiętali aż nadto wyraźnie; nie mogli jednak przypomnieć sobie porządku wydarzeń ani innych kluczowych detali (kto pierwszy przyszedł z pomocą, czy zabrała ich do szpitala karetka, czy policja).

Spytaliśmy też uczestników, jak wspominali traumę w trzech punktach czasowych: tuż po zdarzeniu, w okresie największego nasilenia objawów i w tygodniu poprzedzającym badanie. Wszyscy badani z traumą powiedzieli, że tuż po zdarzeniu nie potrafili nikomu szczegółowo zrelacjonować, co im się przydarzyło. (To mało zaskakujące dla każdego, kto pracował na izbie przyjęć albo w karetce pogotowia: ludzie przywożeni z wypadków samochodowych, w których zginęło dziecko albo przyjaciel, zwykle siedzą nieruchomo, zmartwiali z przerażenia). Niemal wszyscy doświadczali powtarzających się flashbacków: czuli się przytłoczeni obrazami, dźwiękami, wrażeniami i emocjami. W miarę upływu czasu pojawiało się coraz więcej szczegółów wrażeń zmysłowych i odczuć; zarazem większość uczestników zaczynała je sobie jakoś układać, porządkować. Zaczynali „wiedzieć", co się stało, i mogli opowiadać o tym innym. Opowiadać historię, którą my nazywamy „pamięcią traumy".

Stopniowo obrazy i natrętne wspomnienia stawały się coraz rzadsze, ale najważniejsze było to, że potrafili poskładać w całość szczegóły zdarzenia. Do czasu naszego badania 85 procent uczestników mogło opowiedzieć spójną historię, z początkiem, środkiem i końcem. Tylko kilkoro nie pamiętało ważnych szczegółów. Zauważyliśmy, że najbardziej pofragmentowane wspomnienia mieli ci, którzy padli ofiarą wykorzystywana w dzieciństwie – u nich pamięć wciąż napływała w postaci obrazów, fizycznych doznań i silnych emocji.

Nasze badanie potwierdziło istnienie podwójnego układu pamięci, który Janet i jego koledzy z Salpêtrière opisali ponad sto lat temu: traumatyczne wspomnienia różnią się w sposób zasadniczy od naszych opowieści o przeszłości. Są porozrywane: rozmaite wrażenia zmysłowe, które trafiły do mózgu w chwili traumy, nie są poprawnie składane w historię, fragment naszej autobiografii. Być może najistotniejszy wniosek z naszej pracy był taki, że

wspominanie traumy ze wszystkimi towarzyszącymi jej emocjami niekoniecznie – jak w roku 1893 utrzymywali Breuer i Freud – prowadzi do rozwiązania problemu. Nasze badania nie potwierdziły teorii, że mówienie może zastąpić działanie. Większość uczestników naszego eksperymentu mogła opowiedzieć spójną historię, doświadczając towarzyszącego jej bólu, lecz mimo to wciąż nawiedzały ich niedające się znieść obrazy i wrażenia somatyczne. Podobnie rozczarowujące wyniki przynoszą prace dotyczące ekspozycji – jednej z podstawowych technik w terapii poznawczo-behawioralnej: większość chorych leczonych tą metodą po trzech miesiącach od zakończenia terapii nadal cierpi na nasilone objawy PTSD [272]. Jak zobaczymy, znalezienie słów opisujących to, co ci się przydarzyło, może mieć ogromne znaczenie, ale nie zawsze blokuje flashbacki czy poprawia koncentrację; nie zawsze pobudza zaangażowanie w teraźniejszość ani nie zmniejsza nadwrażliwości na niepowodzenia i rzekome urazy.

Świadectwa traumy

Nikt nie chce pamiętać traumy. Pod tym względem społeczeństwa nie różnią się od samych ofiar. Wszyscy chcemy żyć w świecie, który jest bezpieczny, przewidywalny i możliwy do ogarnięcia. Ofiary zaś przypominają nam, że nie zawsze taki jest. Jeśli chcemy zrozumieć traumę, musimy przezwyciężyć naturalną niechęć do zmierzenia się z tym faktem i zdobyć na odwagę, by wysłuchać świadectw tych, którzy ją przeżyli.

W książce *Świadectwa Zagłady. W rumowisku pamięci* (1991) Lawrence Langer opisuje swoją pracę w Fortunoff Video Archive na Uniwersytecie Yale: „Słuchając opowieści o doświadczeniach Holocaustu, odkrywamy całą mozaikę dowodów, które wciąż znikają pod niezliczonymi warstwami niedopowiedzeń [273]. Zmagamy się z początkami stale niedokończonej historii, zawierającej niekompletne odcinki, stajemy przed świadectwem załamanego świadka, często zredukowanym do męczącej ciszy wywołanej naciskiem głęboko ukrytych wspomnień”. Jak mówił jeden ze świadków: „Jeśli tam nie byłeś, bardzo trudno będzie ci opowiedzieć, jak to było. Jak ludzie zachowują się pod taką presją, to jedno, ale powiedzieć, wyrazić to w rozmowie z kimś, kto nawet nie wiedział, że

możliwa jest tak porażająca brutalność, brzmi jak zupełne science-fiction". Inna z ocalałych, Charlotte Delbo, opisywała swoją podwójną egzystencję po Auschwitz: „»ja«, które było w obozie, to nie ja, to nie osoba, która siedzi tu naprzeciw ciebie. Nie, to zbyt niewiarygodne. A wszystko, co stało się tamtemu »ja«, temu z Auschwitz, nie ma ze mną nic wspólnego, nie dotyczy mnie; tak różne są te głęboko pogrzebane wspomnienia od tych zwyczajnych. […] Bez tego podziału nie mogłabym wrócić do życia" [274]. Charlotte zauważa, że nawet słowa mają podwójne znaczenie: „W przeciwnym razie ktoś [z obozu], kto przez wiele tygodni był dręczony pragnieniem, nigdy nie mógłby powiedzieć »chce mi się pić, zróbmy sobie herbaty«. [Po wojnie] pragnienie znów stało się słowem powszechnie używanym. Z drugiej strony, gdy śnię o pragnieniu, jakie czułam w Birkenau, widzę siebie taką, jaką byłam wtedy – wymizerowaną, chwiejącą się, na granicy szaleństwa" [275].

Langer podsumowuje to tak: „Kto może znaleźć właściwą mogiłę dla tak strzaskanych fragmentów umysłu? Miejsce, gdzie mogłyby spocząć w pokoju? Życie toczy się dalej, ale w dwóch strumieniach czasu jednocześnie, a przyszłość nie może uciec z uścisku przepełnionej żałobą pamięci" [276].

Kwintesencją traumy jest to, że nie można jej ogarnąć ani wytrzymać. Każdy pacjent żąda, żebyśmy na chwilę zawiesili nasze rozumienie normy i zaakceptowali fakt, że mamy do czynienia z podwójną rzeczywistością, gdzie rzeczywistość w miarę bezpiecznej i przewidywalnej teraźniejszości współistnieje z gruzami wciąż żywej przeszłości.

Opowieść Nancy

Niewielu pacjentom udało się wyrazić tę dwoistość w słowach tak wyraziście, jak zrobiła to Nancy, szefowa pielęgniarek w szpitalu Midwestern, która wielokrotnie przyjeżdżała do Bostonu, żeby się ze mną spotkać. Niedługo po urodzeniu trzeciego dziecka przeszła, jak to się mówi, rutynowy zabieg ambulatoryjny – laparoskopowe podwiązanie jajowodów, co zapobiega kolejnym ciążom. Nie została jednak dostatecznie znieczulona, obudziła się w trakcie operacji i pozostała świadoma niemal do jej końca, okresowo popadając w – jak sama to określiła – „lekki sen" albo „półsen", a niekiedy zdając

sobie w pełni sprawę z okropności sytuacji. Nie mogła zaalarmować zespołu operacyjnego ani ruchem, ani krzykiem, bo podano jej standardowo środki zwiotczające mięśnie, żeby zapobiec skurczom podczas zabiegu. Każdego roku w Stanach Zjednoczonych świadomość w trakcie operacji zachowuje w pewnym stopniu, jak się ocenia, mniej więcej trzydzieści tysięcy pacjentów [277], i w przeszłości niejednokrotnie świadczyłem w sprawach osób, które doznały traumy na skutek takiego doświadczenia. Nancy jednak nie chciała pozwać chirurga ani anestezjologa. Jej celem było uświadomienie sobie traumatycznej rzeczywistości, tak by mogła uwolnić się od reminiscencji wpływających na jej codzienne życie. Chciałbym zakończyć ten rozdział kilkoma cytatami z niezwykłej serii e-maili, w których opisywała swoją wyczerpującą drogę do wyzdrowienia.

Z początku Nancy nie wiedziała, co jej się przydarzyło. „Gdy pojechałam do domu, wciąż byłam oszołomiona, robiłam to, co się zwykle robi w domu, ale nie czułam, że naprawdę żyję, że jestem prawdziwa. Tej nocy nie mogłam spać. Przez wiele dni pozostawałam we własnym oderwanym świecie. Nie mogłam używać suszarki do włosów, tostera, piekarnika ani niczego, co się rozgrzewa. Nie mogłam skupić się na tym, co ludzie robią ani co do mnie mówią. Po prostu mnie to nie obchodziło. Byłam coraz bardziej zdenerwowana. Coraz mniej spałam. Wiedziałam, że dziwnie się zachowuję i próbowałam zrozumieć, co mnie tak przerażało”.

„Czwartej nocy od operacji, koło trzeciej nad ranem zaczęłam zdawać sobie sprawę, że sen, który dotąd przeżywałam, ma związek z rozmowami, jakie słyszałam na sali zabiegowej. Nagle znalazłam się z powrotem w tamtym pokoju i czułam, jak przypalają moje sparaliżowane ciało. Pochłonęły mnie panika i przerażenie”. Od tamtej pory, twierdziła Nancy, zaczęły ją prześladować wspomnienia i flashbacki.

„To było tak, jakby ktoś uchylił drzwi i pozwolił »temu« wejść. Mieszanka ciekawości i unikania. Nadal miałam irracjonalne napady strachu. Śmiertelnie bałam się zasnąć; wpadałam w panikę na widok niebieskiego koloru. Niestety, główny ciężar mojej choroby spadł na mojego męża. Wściekałam się na niego, chociaż tak naprawdę nie chciałam. Spałam maksymalnie dwie–trzy godziny na dobę, a w ciągu dnia przez wiele godzin prześladowały mnie żywe

wspomnienia. Byłam stale nadpobudliwa, czułam się zagrożona przez własne myśli i chciałam od nich uciec. W trzy tygodnie schudłam ponad dziesięć kilogramów. Ludzie ciągle mówili mi, że świetnie wyglądam”.

„Zaczęłam myśleć o śmierci. W mojej głowie powstał zniekształcony obraz życia, w którym wszystkie sukcesy traciły znaczenie, a wszelkie porażki urastały do monstrualnych wręcz rozmiarów. Raniłam męża i czułam, że nie umiem ochronić przed swoim gniewem własnych dzieci.

Trzy tygodnie po zabiegu wróciłam do pracy w szpitalu. Po raz pierwszy kogoś w zabiegowym uniformie zobaczyłam w windzie. Chciałam natychmiast wyjść, ale rzecz jasna nie mogłam. Poczułam wtedy ten nieracjonalny impuls, żeby go walnąć, i z trudem się powstrzymałam. To zdarzenie pociągnęło za sobą nasilenie flashbacków, paniki i dysocjacji. Całą drogę do domu płakałam. Potem stałam się mistrzynią unikania. Nigdy już nie weszłam do windy, nigdy nie chodziłam do stołówki i unikałam pięter oddziałów zabiegowych”.

Stopniowo Nancy zdołała poskładać swoje flashbacki w całość i stworzyć zrozumiałą, choć przerażającą, pamięć o zabiegu. Przypomniała sobie zapewnienia pielęgniarek w sali i krótki okres snu po rozpoczęciu znieczulenia. Potem wróciły do niej wspomnienia o tym, jak zaczęła się budzić.

„Cały zespół śmiał się z romansu jakiejś pielęgniarki. Śmiech zbiegł się z pierwszym cięciem. Poczułam dźgnięcie skalpela, potem cięcie, potem ciepłą krew płynącą po mojej skórze. Desperacko próbowałam się poruszyć, coś powiedzieć, ale moje ciało mnie nie słuchało. Nie rozumiałam dlaczego. Poczułam narastający ból, gdy rozdzielano warstwy mięśni. Wiedziałam, że nie powinnam tego czuć”.

Nancy pamiętała też, jak ktoś „grzebał jej w brzuchu”, i skojarzyła to z zakładaniem końcówek laparoskopowych. Poczuła, jak zaciskano jej lewy jajowód. „Potem nagle pojawił się silny, piekący ból. Próbowałam uciec, ale nóż termiczny bezlitośnie przepalał moje wnętrze. Na opisanie przerażenia towarzyszącego temu doświadczeniu po prostu nie ma słów. Tamten ból nie był z tej samej rzeczywistości, co inne, które wcześniej znałam i jakoś zniosłam, jak

ból złamanej kości czy porodu. Zaczynał się jako coś nie do zniesienia i bezlitośnie narastał, w miarę jak z wolna przepalał mi jajowód. Przy tym olbrzymi ból cięcia skalpelem blednie".

„Potem, nagle, mój prawy jajowód poczuł zetknięcie z żarzącą się końcówką noża. Gdy usłyszałam ich śmiech, na chwilę straciłam poczucie, gdzie jestem. Wydawało mi się, że w sali tortur, i nie mogłam zrozumieć, dlaczego mnie męczą, a nawet nie pytają o informacje. […] Mój świat skurczył się do niewielkiej kuli wokół stołu operacyjnego. Nie było czasu, przeszłości ani przyszłości. Był tylko ból, przerażenie i groza. Czułam się odseparowana od reszty ludzkości, dojmująco samotna mimo otaczających mnie ludzi. Kula zaciskała się wokół mnie".

„W tej agonii musiałam wykonać jakiś ruch. Usłyszałam pielęgniarkę anestezjologiczną, jak mówi do anestezjologa, że jestem »płytka«. Kazał podać więcej leków, a potem cicho powiedział »nie trzeba wpisywać tego w kartę znieczulenia«. To ostatnie, co mogę sobie przypomnieć".

W późniejszych e-mailach Nancy starała się uchwycić egzystencjalną rzeczywistość traumy.

„Chcę ci opowiedzieć, jak wygląda flashback. To jakby zwinąć albo złożyć czas tak, że przeszłość miesza się z teraźniejszością, jakbyś został fizycznie przeniesiony do przeszłości. Symbole związane z pierwotną traumą, choć w rzeczywistości zupełnie niegroźne, są do głębi skażone i dlatego stają się przedmiotami, których się nienawidzi i lęka, które – o ile to możliwe – się niszczy, a jeśli niemożliwe – unika. Na przykład każde żelazko: zabawka, do prasowania, do prostowania włosów – zaczyna być postrzegane jako narzędzie tortur. Za każdym razem widok zabiegowego uniformu powodował dysocjację, dezorientację, sprawiał, że czułam się fizycznie chora, a czasem świadomie zła".

„Moje małżeństwo powoli się rozpada – mój mąż stał się reprezentantem śmiejących się ludzi bez serca (zespołu operacyjnego), którzy mnie skrzywdzili. Istnieję w dwóch światach. Stałe odrętwienie okrywa mnie niczym koc, a jednak dotyk małego dziecka przywraca mnie światu. Przez chwilę jestem obecna, jestem częścią życia, nie tylko jego obserwatorem".

„Co ciekawe, bardzo dobrze radzę sobie w pracy i ciągle dostaję pochwały. Życie toczy się nadal, w swojej fałszywości”.

„Ta podwójna egzystencja ma w sobie coś dziwacznego, obcego. Jestem tym zmęczona, ale nie mogę zrezygnować z życia i nie mogę się okłamywać, że jeśli będę ignorować bestię, to ona sobie pójdzie. Wiele razy myślałam, że przypomniałam sobie już wszystko o tym zabiegu, a tymczasem wciąż znajduję coś nowego”.

„Tak wiele szczegółów z tych czterdziestu pięciu minut mojego życia pozostaje niewyjaśnionych. Moje wspomnienia wciąż są niekompletne i pofragmentowane, ale już nie myślę, że muszę wiedzieć wszystko, żeby zrozumieć, co się stało”.

„Gdy strach opada, zdaję sobie sprawę, że mogę to wytrzymać, ale część mnie w to wątpi. Przeszłość wciąż wciąga mnie zbyt mocno; to ciemna strona mojego życia i od czasu do czasu muszę tam pomieszkać. Ta walka – odtwarzanie walki o przeżycie – może też być sposobem na uświadomienie sobie, że przeżyłam i najwyraźniej wygrałam”.

Jedna z wczesnych oznak powrotu do zdrowia pojawiła się, gdy Nancy potrzebowała kolejnej, poważniejszej operacji. Wybrała szpital w Bostonie, poprosiła o przedoperacyjne spotkanie z chirurgami i anestezjologiem właśnie po to, by omówić z nimi swoje wcześniejsze doświadczenia, i zażądała, żebym mógł towarzyszyć jej na sali operacyjnej. Po raz pierwszy od lat założyłem strój operacyjny i byłem przy Nancy podczas indukcji znieczulenia. Tym razem obudziła się z poczuciem bezpieczeństwa.

Dwa lata później napisałem do niej z prośbą o pozwolenie na przytoczenie w tym rozdziale jej wspomnień z wybudzenia w trakcie operacji. W odpowiedzi dostałem relację z postępów procesu zdrowienia: „Chciałabym móc powiedzieć, że operacja, przy której mi towarzyszyłeś, zakończyła moje cierpienia. Niestety, tak się nie stało. Mniej więcej po sześciu kolejnych miesiącach podjęłam dwie decyzje, które okazały się przełomowe: przestałam chodzić na terapię poznawczo-behawioralną; zamiast tego zapisałam się na pilates i do psychiatry pracującego metodą psychodynamiczną”.

„W ostatnim miesiącu terapii zapytałam swojego psychiatry, dlaczego nie próbował mnie »naprawić«, jak to robili (bezskutecznie) jego poprzednicy. Odpowiedział, że widząc, ile udało mi się osiągnąć

w domu i w pracy, założył, że mam wystarczająco dużo sił, bym uzdrowiła się sama, o ile stworzy mi wspierające środowisko. Ta godzina w tygodniu stała się azylem, w którym mogłam odkrywać tajniki tego, jak mnie skrzywdzono, a potem odbudować poczucie własnego »ja«, które było kompletne a nie potrzaskane; pełne spokoju, nie udręki. Dzięki pilatesowi wzmocniłam swój fizyczny »rdzeń«, ale także znalazłam wspólnotę kobiet, które mnie zaakceptowały i dały mi wsparcie, jakiego nie zaznałam od czasów traumy. To wielowymiarowe wzmocnienie – fizyczne, społeczne i psychiczne – dało mi poczucie osobistego bezpieczeństwa i panowania nad życiem, pozwoliło usunąć wspomnienia do dalekiej przeszłości i sprawiło, że znów pojawiły się w nim teraźniejszość i przyszłość”.

CZĘŚĆ PIĄTA

Drogi do uzdrowienia

RODZIAŁ 13

Leczenie z traumy: odzyskiwanie siebie

Nie chodzę na terapię, by stwierdzić, że jestem świrem
Chodzę i co tydzień znajduję tę samą, jedyną odpowiedź
A kiedy mówię o terapii, wiem, co myślą ludzie,
Że czyni samolubnym i zakochanym w swoim terapeucie
Ale zaprawdę, jakże pokochałem innych
Gdy wreszcie mogłem tak wiele mówić o sobie

Dar Williams, *What Do You Hear in These Sounds*

Nikt nie może „leczyć” z wojny, wykorzystywania, gwałtu, molestowania ani innych przerażających zdarzeń; co się stało, to się nie odstanie. To, z czym można walczyć, to ślady, jakie trauma pozostawia na ciele, umyśle i duszy: to uczucie ucisku w klatce piersiowej, które możesz zaklasyfikować jako zaburzenia lękowe lub depresję; to obawa utraty kontroli; to ciągłe wyczekiwanie na niebezpieczeństwo albo odrzucenie; to nienawiść do samego siebie; to koszmary i flashbacki; to mgła uniemożliwiająca skupienie się na zadaniu i pełne zaangażowanie w to, co robisz; to niemożność pełnego otwarcia się na drugiego człowieka. Trauma pozbawia cię poczucia kontroli nad sobą, tego, co w następnych rozdziałach będę nazywać samoprzywództwem [278]. Wyzwaniem w procesie zdrowienia jest przywrócenie władzy nad ciałem i umysłem – nad własnym „ja”. To oznacza swobodę, by wiedzieć to, co wiesz, i czuć to, co czujesz, bez poczucia przytłoczenia, wściekłości, wstydu czy załamania. Dla większości ludzi taka odbudowa obejmuje: (1) znalezienie sposobu na uspokojenie się i skupienie, (2) naukę utrzymania tego spokoju w obliczu obrazów, dźwięków, wrażeń, a nawet myśli przypominających o przeszłości, (3) znalezienie sposobu na pełne zaangażowanie się w teraźniejszość i nawiązanie relacji z ludźmi wokół, (4) uwolnienie się od konieczności utrzymywania sekretów przed samym sobą, w tym sekretów o tym, jak sobie radziłeś, by przeżyć.

Te cele nie są stopniami, które trzeba zdobywać po kolei, w jakimś określonym porządku. Nakładają się na siebie, a niektóre mogą być

trudniejsze od innych, w zależności od indywidualnych okoliczności. W każdym z kolejnych rozdziałów będę omawiać konkretne metody i podejścia pozwalające je osiągnąć. Starałem się, by te rozdziały były użyteczne zarówno dla pacjentów, jak i dla leczących ich terapeutów. Mogą też okazać się pomocne dla ludzi, którzy przejściowo znaleźli się w stresującej sytuacji. Każdą z metod szeroko wykorzystywałem w leczeniu moich pacjentów, a także próbowałem ich na sobie. Niektórzy widzą poprawę, stosując tylko jedną z nich, ale większości pomagają różne podejścia na różnych etapach procesu zdrowienia.

Wiele z opisanych tu metod przebadałem naukowo, a wyniki opublikowałem w recenzowanych czasopismach fachowych [279]. W tym rozdziale chcę omówić leżące u ich podstaw zasady, przedstawić zarys tego, co będzie w dalszej części książki, i przekazać trochę zwięzłych uwag o metodach, którymi nie będę się zajmować.

Dochodzenie do zdrowia – nowe podejście

Gdy mówimy o traumie, często zaczynamy od historii albo pytania: „Co się zdarzyło w czasie wojny?”, „Czy kiedykolwiek byłeś molestowany?”, „Opowiedz mi o tym wypadku/gwałcie”, „Czy w twojej rodzinie ktoś miał problem z piciem?”. Trauma to jednak coś więcej niż opowieść o tym, co się zdarzyło dawno temu. Emocje i wrażenia fizyczne wdrukowane w tamtym okresie są postrzegane nie jak wspomnienia, ale jak destrukcyjne reakcje somatyczne dziejące się tu i teraz. Żeby odzyskać kontrolę nad sobą, trzeba do traumy powrócić. Wcześniej czy później trzeba się zmierzyć z tym, co nam się przydarzyło, ale dopiero wtedy, gdy poczujemy się na tyle bezpiecznie, że nie grozi nam ponowna traumatyzacja. Pierwszym celem jest zatem znalezienie sposobu radzenia sobie ze stanem owładnięcia uczuciami i emocjami z przeszłości.

Jak zobaczyliśmy we wcześniejszej części książki, silniki napędzające posttraumatyczne reakcje mieszczą się w emocjonalnej części mózgu. W przeciwieństwie do części racjonalnej, wyrażającej się poprzez myśli, mózg emocjonalny dochodzi do głosu poprzez reakcje fizjologiczne: żołądek zwijający się w kulkę, serce walące jak oszalałe, przyspieszony, płytki oddech, uczucie, że serce nam pęka,

piskliwy, trzęsący się głos i charakterystyczne ruchy świadczące o zapaści, zesztywnieniu, wściekłości albo asekuracji.

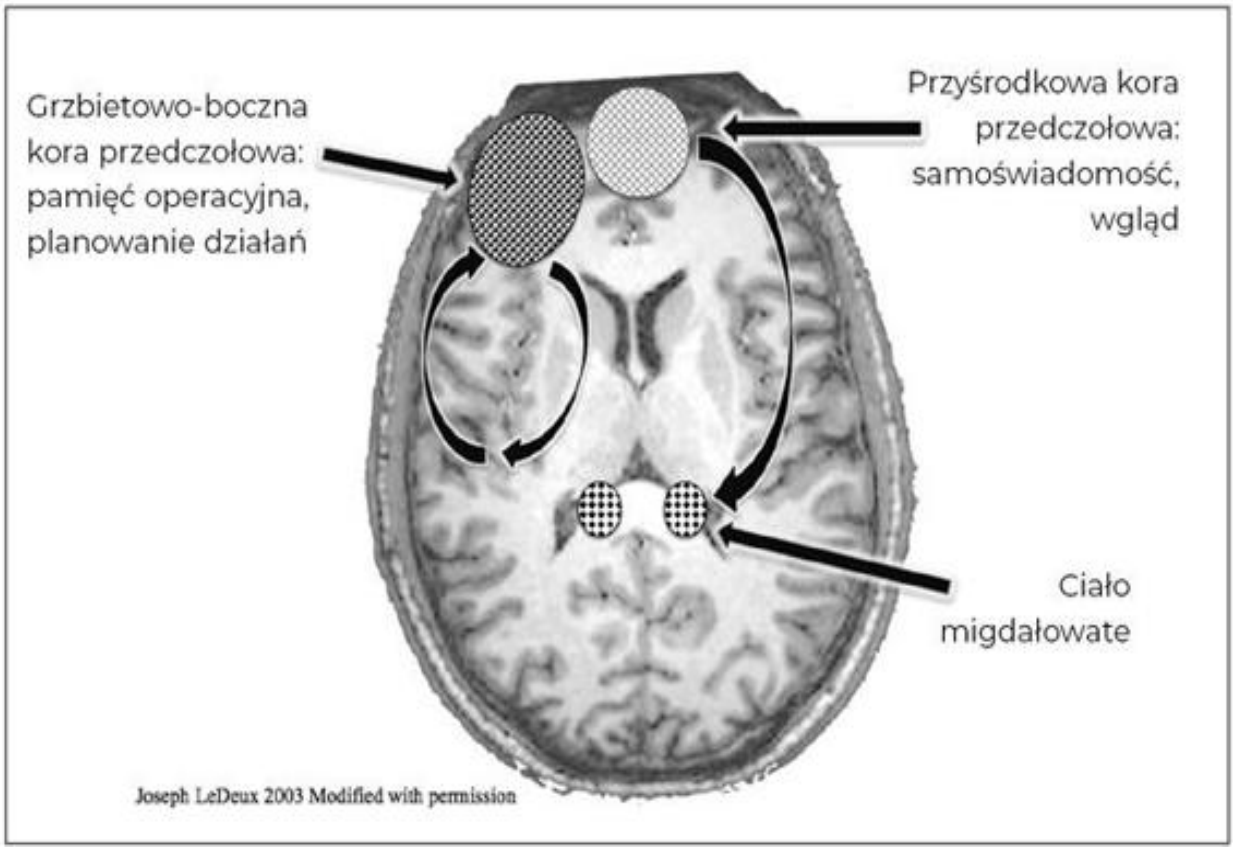
Dlaczego nie możemy po prostu być rozsądni? I czy zrozumienie może pomóc? Racjonalna, zarządzająca część mózgu dobrze sprawdza się, gdy chcemy zrozumieć, co jest źródłem naszych uczuć („przy mężczyznach ogarnia mnie przerażenie, bo mój ojciec mnie molestował" albo „mam trudności z wyrażaniem miłości do syna, bo czuję się winny śmierci dziecka w Iraku"). Nie może ona jednak usunąć emocji, wrażeń ani myśli (takich jak życie w niejasnym poczuciu zagrożenia albo uczucie, że jesteś z gruntu złym człowiekiem, choć na racjonalnym poziomie wiesz, że to nie twoja wina, że cię zgwałcono). Uświadomienie sobie, dlaczego czujemy tak, a nie inaczej, z pewnością nie zmienia samego odczuwania. Może jednak uchronić cię przed poddaniem się silnym reakcjom (na przykład zaatakowaniem szefa, bo przypomina ci napastnika, albo zerwaniem z chłopakiem przy pierwszej kłótni, albo rzuceniem się w ramiona nieznajomego). Im bardziej jednak jesteśmy umordowani, tym chętniej nasz racjonalny mózg oddaje pole emocjom [280].

Terapia układu limbicznego

Przy uwalnianiu się ze stresu posttraumatycznego zasadnicze znaczenie ma odtworzenie właściwej równowagi między racjonalną a emocjonalną częścią mózgu, tak żeby móc odczuwać kontrolę nad swoimi reakcjami i nad życiem. Gdy przechodzimy w stan nadmiernego pobudzenia albo wyłączenia, zostajemy wypchnięci poza granice tolerancji – poza zakres optymalnego funkcjonowania [281]. Stajemy się chaotyczni i drażliwi, przestają działać nasze filtry – irytują nas dźwięki i światło, niechciane obrazy z przeszłości wdzierają się do umysłu i wpadamy we wściekłość albo w panikę. Jeśli się wyłączamy, czujemy odrętwienie ciała i umysłu; nasze myśli stają się spowolniałe i zaczynamy mieć problem nawet ze wstaniem z krzesła.

Jak długo pozostajemy bądź w stanie nadmiernego pobudzenia, bądź wyłączenia, nie możemy uczyć się na doświadczeniach. Nawet jeśli zachowamy kontrolę, jesteśmy tak spięci (Anonimowi Alkoholicy nazywają ten stan „zatrważającą trzeźwością"), że stajemy się sztywni, uparci i depresyjni. Otrząśnięcie się z traumy obejmuje

odzyskanie kontroli, a wraz z nią pewności siebie, kreatywności i umiejętności zabawy.



Docieranie do mózgu emocjonalnego racjonalna, analityczna część mózgu, zlokalizowana w grzbietowo-bocznej części kory przedczołowej, nie ma bezpośrednich połączeń z częścią emocjonalną, gdzie zapisana jest większość traumatycznych wspomnień. Takie połączenia ma jednak przyśrodkowa kora przedczołowa, gdzie mieści się ośrodek samoświadomości.

RYSUNEK: LICIA SKY

Jeśli chcemy zmienić posttraumatyczne reakcje, musimy dotrzeć do mózgu emocjonalnego i przeprowadzić „terapię układu limbicznego”: naprawić uszkodzone systemy alarmowe i przywrócić tę część mózgu do normalnej pracy, kiedy działa ona niejako w tle, zajmuje się utrzymaniem ciała we właściwym stanie, pilnuje, żebyśmy jedli, spali, uprawiali seks, chronili swoje dzieci i bronili się przed niebezpieczeństwem.

Neurolog Joseph LeDoux i jego koledzy wykazali, że jedynym sposobem, w jaki świadomie możemy dotrzeć do mózgu emocjonalnego, jest samoświadomość, czyli uaktywnienie przyśrodkowej kory przedczołowej – części mózgu, która zauważa, co dzieje się w naszym wnętrzu, a dzięki temu pozwala nam czuć to,

co czujemy [282]. (Techniczny termin to „interocepcja”– z łacińskiego „patrzeć do wewnątrz”). Większa część naszego świadomego mózgu skupia się na świecie zewnętrznym: mówi, jak żyć z innymi, i robi plany na przyszłość. To nie pomaga nam jednak ogarnąć samych siebie. Badania neurologiczne wskazują, że jedyną drogą do zmiany samopoczucia jest uświadomienie sobie wewnętrznych odczuć i uczenie się oswajania z tym, co się w nas dzieje.

Zaprzyjaźnianie się z mózgiem emocjonalnym

1. Radzenie sobie z nadpobudliwością

W ostatnich kilku dziesięcioleciach konwencjonalna psychiatria skupiała się na zmienianiu naszego samopoczucia przy użyciu leków. Stało się to uznaną metodą radzenia sobie zarówno z nadpobudliwością, jak i z apatią. W dalszej części tego rozdziału będę mówił o lekach, najpierw jednak chciałbym podkreślić, że mamy w sobie wiele wrodzonych zdolności pozwalających utrzymać równowagę. W rozdziale 5. zobaczyliśmy, jak emocje zapisywane są w ciele. Około 80 procent włókien nerwu błędnego (łączącego mózg z wieloma narządami wewnętrznymi) to włókna wstępujące, które biegną od ciała do mózgu [283]. To znaczy, że możemy bezpośrednio ćwiczyć nasz układ pobudzenia poprzez sposób oddychania, intonacje czy ruchy – sposoby od niepamiętnych czasów używane w takich miejscach jak Indie czy Chiny i w każdej znanej mi religii, ale w głównym nurcie kultury traktowane podejrzliwie jako „działania alternatywne”.

W pracy wspieranej przez Narodowe Instytuty Zdrowia (NIH – National Institutes of Health) wykazaliśmy wraz z kolegami, że dziesięć tygodni jogi znacznie złagodziło objawy PTSD u pacjentów, którzy nie zareagowali na leki ani na inne metody terapeutyczne [284]. (O jodze będziemy mówić w rozdziale 16.). Także neurofeedback, temat rozdziału 19., może być skuteczny, szczególnie u dzieci i dorosłych tak nadpobudliwych lub wycofanych, że mają problemy ze skupieniem uwagi i klasyfikacją zadań pod kątem ich znaczenia [285].

Nauka spokojnego oddychania i utrzymania stanu względnego rozluźnienia fizycznego, nawet w trakcie wspominania zdarzeń bolesnych i przerażających, to narzędzie nieodzowne w procesie zdrowienia [286]. Gdy z rozmysłem bierzesz kilka powolnych, głębokich

oddechów, zauważasz wpływ przywspółczulnego hamulca na twoje pobudzenie (wyjaśnialiśmy to w rozdziale 5.). Im bardziej skupisz się na oddychaniu, tym większa korzyść, zwłaszcza jeśli utrzymasz uwagę do końcowego stadium wydechu, a potem zatrzymasz się przez chwilę, nim zrobisz kolejny wdech. W miarę jak oddychasz i zauważasz przepływ powietrza przez płuca, możesz zastanowić się nad rolą, jaką tlen odgrywa w odżywianiu ciała, jak omywa tkanki strumieniem życiodajnej energii, której potrzebujesz, by czuć, że żyjesz pełnią życia. Wpływ tej prostej praktyki na całe ciało omawia rozdział 16.

Ze względu na to, że wyregulowanie emocji odgrywa zasadniczą rolę w radzeniu sobie ze skutkami traumy i zaniedbania, byłoby najlepiej, gdyby nauczyciele, wojskowi, rodzice zastępczy i specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego odbyli szczegółowe szkolenia w zakresie technik regulacji emocji. Dziś pozostaje to domeną nauczycieli przedszkolnych i nauczania początkowego, którzy na co dzień mają do czynienia z niedojrzałymi mózgami i impulsywnymi zachowaniami, bardzo często też dobrze sobie z nimi radzą [287].

Tradycyjne metody terapeutyczne stosowane w konwencjonalnej psychiatrii i psychologii niewiele uwagi poświęcały samoleczeniu. W przeciwieństwie do zachodniej wiary w leki i terapię rozmową, w innych kulturach świata polega się na uważności (mindfulness), rytmach, ruchach i działaniach. W Indiach jest to joga, w Chinach – tai chi i qigong, w Afryce – rytmiczne bębnienie, to tylko niektóre przykłady. Kultury Japonii i półwyspu koreańskiego stworzyły liczne sztuki walki, które skupiają się na doskonaleniu celowych ruchów i są zakotwiczone w teraźniejszości, które to umiejętności są upośledzone u osób straumatyzowanych. Aikido, judo, taekwondo, kendo i jujitsu, podobnie jak brazylijska capoeira – żeby wymienić tylko kilka. W tych technikach ważny jest ruch, oddech i medytacja. Poza jogą tylko nieliczne popularne, lecz nienależące do zachodniej kultury tradycje lecznicze były systematycznie badane pod kątem zastosowania w PTSD.

2. Nie ma umysłu bez uważności

Nie ma wyzdrowienia bez samoświadomości. Najważniejsze zdania w terapii traumy to: „Zauważ to” i „Co się stanie potem?”. Osoby straumatyzowane żyją w świecie odczuć pozornie nie do zniesienia:

mają złamane serce i cierpią z powodu gniecenia w żołądku albo ucisku w klatce piersiowej. Jednak unikanie tych odczuć zwiększa podatność na przytłoczenie nimi.

Świadomość własnego ciała daje nam kontakt ze światem wewnętrznym, z mapą organizmu. Wystarczy zdać sobie sprawę, że jesteśmy rozdrażnieni, zdenerwowani czy zaniepokojeni, a natychmiast zmienia się nasza perspektywa i otwierają się nowe możliwości poza automatycznymi, wyuczonymi reakcjami. Uważność pozwala nam dostrzec przemijającą naturę naszych uczuć i wrażeń. Gdy świadomie skupiamy uwagę na odczuciach płynących z ciała, możemy rozpoznać ich dynamikę, a co za tym idzie – lepiej je kontrolować.

Osoby, które przeżyły traumę, często boją się czuć. Z tym że teraz ich wrogiem są nie tyle dawni oprawcy (którzy, miejmy nadzieję, już im nie zagrażają), ile ich własne, fizyczne odczucia. Obawa przed owładnięciem przez nieprzyjemne wrażenia zmysłowe sprawia, że ciało zastyga, a umysł się zamyka. I choć trauma należy do przeszłości, mózg emocjonalny nadal wytwarza wrażenia, które czynią ofiarę przerażoną i bezradną. Nic dziwnego, że tak wielu spośród tych, którzy przeżyli traumatyczny epizod, nałogowo objada się albo upija, boi się uprawiać seks i unika wielu sytuacji społecznych: ich świat zmysłowy jest w dużym stopniu poza kontrolą.

Żeby się zmienić, trzeba się otworzyć na wewnętrzne doświadczenia. Pierwszy krok to pozwolić umysłowi skupić się na tych wrażeniach i zauważyć, jak przemijające (w przeciwieństwie do bezczasowego, zawsze obecnego doświadczenia traumy) są odczucia fizyczne i jak reagują na niewielkie nawet zmiany pozycji ciała, oddechu czy toku myślenia. Gdy już zwrócisz uwagę na odczucia somatyczne, kolejnym krokiem jest ich nazwanie: „Kiedy czuję się niespokojny, odczuwam ucisk w piersiach”. Wtedy mogę powiedzieć do pacjenta: „Skup się na tym odczuciu i zobacz, jak się zmienia, gdy zrobisz głęboki wydech albo gdy popukasz się w pierś tuż poniżej obojczyków, albo gdy pozwolisz sobie popłakać”. Praktyka uważności uspokaja współczulny układ nerwowy, jesteś więc mniej skłonny do przejścia w tryb „walcz-lub-uciekaj” [288]. Nauka zauważania i tolerowania takich reakcji somatycznych to warunek niezbędny do bezpiecznego wspominania przeszłości. Jeśli nie

radzisz sobie z tym, co czujesz teraz, otwarcie przeszłości tylko zwiększy twoje cierpienie i nasili traumę [289].

Możemy znieść wiele cierpienia, o ile zdajemy sobie sprawę, że reakcje ciała stale się zmieniają. W jednej chwili coś zaciska ci klatkę piersiową, ale gdy weźmiesz głęboki oddech, uczucie to słabnie i możesz zwrócić uwagę na coś innego, na przykład na napięcie w barku. Teraz możesz zacząć zastanawiać się, co się dzieje, kiedy bierzesz wdech, i zauważasz, że klatka piersiowa zwiększa objętość [290]. Gdy poczujesz się trochę spokojniejszy i bardziej zaciekawiony, możesz wrócić do odczucia w barku. Nie powinno cię dziwić, gdy pojawi się wspomnienie, w którym w jakiś sposób brał udział właśnie ten bark.

Kolejnym etapem jest obserwacja wzajemnych zależności między tym, co myślisz, a tym, co fizycznie odczuwasz. Jak określone myśli są rejestrowane przez ciało? (Czy myśl: „Mój ojciec mnie kocha" wyzwala inne wrażenia niż: „Moja dziewczyna mnie rzuciła"?). Uświadomienie sobie tego, jak twoje ciało organizuje określone emocje lub wspomnienia, pozwala dać ujście wrażeniom i impulsom, które kiedyś zablokowałeś, by przeżyć [291]. W rozdziale 20., o korzyściach z teatru, opiszę bardziej szczegółowo, jak to działa.

Jon Kabat-Zinn, jeden z pionierów medycyny psychosomatycznej, w 1979 roku zapoczątkował w centrum medycznym University of Massachusetts program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR – łagodzenia stresu metodą opartą na uważności). Jego metoda jest szczegółowo badana od ponad trzydziestu lat. Tak opisuje on uważność: „Można myśleć, że uważność to soczewka zbierająca rozproszone i bierne energie umysłu i skupiająca je w spójną wiązkę – źródło energii do życia, rozwiązywania problemów, powrotu do zdrowia" [292]. Wykazano, że uważność ma pozytywny wpływ na liczne objawy psychiatryczne, psychosomatyczne i związane ze stresem, takie jak depresja i przewlekłe zespoły bólowe [293]. Działa też na objawy somatyczne: poprawia działanie układu odpornościowego, obniża ciśnienie i poziom kortyzolu [294]. Wykazano, że pobudza obszary mózgu zaangażowane w regulację emocji [295] i prowadzi do zmian w rejonach związanych ze świadomością ciała i strachem [296].

Prace moich koleżanek z Harvardu, Britty Holzel i Sary Lazar, potwierdziły, że praktykowanie uważności zmniejsza nawet

aktywność „mózgowego czujnika dymu” – ciała migdałowatego, a co za tym idzie, obniża reaktywność na potencjalne czynniki wyzwalające [297].

3. Relacje

Wciąż nowe prace potwierdzają, że wspierające otoczenie jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem chroniącym przed traumą. Bezpieczeństwo nie może współistnieć z przerażeniem. Gdy się boimy, nic nas tak nie uspokaja jak łagodny głos albo pewny uścisk kogoś, komu ufamy. Przerażeni dorośli reagują na te same „pocieszajki” co dzieci: łagodny dotyk, kołysanie, zapewnienie, że ktoś większy i silniejszy wszystkim się zajmie, więc ty możesz spokojnie zasnąć. Żeby dojść do siebie, umysł, ciało i mózg muszą być przekonane, że mogą się bezpiecznie rozluźnić. A ma to miejsce tylko wtedy, gdy czujesz się bezpiecznie na najgłębszym, „trzewnym” poziomie i możesz sobie pozwolić na połączenie tego poczucia bezpieczeństwa ze wspomnieniami minionej bezradności.

Po nagłej traumie, jak napad, wypadek czy katastrofa, ludzie łakną obecności znajomych osób, twarzy i głosów, fizycznego kontaktu, pożywienia, schronienia i bezpiecznej przystani, czasu na sen. Absolutnie niezbędny jest kontakt z bliskimi, nawet jeśli są daleko, oraz możliwość jak najszybszego połączenia się z rodziną i przyjaciółmi w miejscu, które jest uznane za bezpieczne. Nasze więzi są naszą najlepszą ochroną przed zagrożeniem. Dzieci oddzielone od rodziców po traumatycznym zdarzeniu są o wiele bardziej narażone na poważne, długofalowe konsekwencje. Badania prowadzone w Anglii podczas II wojny światowej wykazały, że dzieci, które w trakcie dywanowych nalotów na Londyn mieszkały w mieście i zostały odesłane na wieś, żeby ochronić je przed niemieckimi bombami, radziły sobie dużo gorzej od rówieśników, którzy pozostali z rodzicami, choć przeżyli wiele nocy w schronach przeciwlotniczych i widzieli przerażające obrazy zburzonych budynków i leżących na ulicach ciał [298].

Ludzie straumatyzowani dochodzą do siebie właśnie poprzez relacje: z rodziną, ukochaną osobą, grupą AA, organizacją weteranów, ze wspólnotą religijną albo z zawodowym terapeutą. Rolą takich więzi jest zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego, w tym ochrona przed wstydem, karą czy

osądzaniem oraz wzmacnianie sił potrzebnych do stawienia czoła, zaakceptowania i „przetrawienia” tego, co się stało.

Wiele połączeń w mózgu służy budowaniu kontaktu z innymi ludźmi. Dochodzenie do siebie po traumie obejmuje też (od)tworzenie więzi z bliźnimi. To dlatego trauma, do której doszło w relacji, jest na ogół trudniejsza do leczenia niż ta związana z wypadkami czy klęskami żywiołowymi. W naszym społeczeństwie najczęstsze urazy psychiczne u kobiet i dzieci są wywołane przez rodziców lub partnerów. Maltretowanie, molestowanie i przemoc domowa to efekt działania osób, które powinny nas kochać. Przestaje wtedy istnieć najważniejsza ochrona przed traumą: nie mamy oparcia w tych, których kochamy.

Jeśli osoby, do których naturalnie zwracasz się po pomoc i opiekę, przerażają cię lub odrzucają, uczysz się, żeby blokować i ignorować własne uczucia [299]. Jak już widzieliśmy w części trzeciej, gdy twoi opiekunowie zwracają się przeciw tobie, musisz znaleźć inne sposoby na swój lęk, gniew i frustrację. Fakt, że sam musisz sobie radzić ze swoim strachem, rodzi nowy zestaw problemów: dysocjację, rozpacz, nałogi, ciągłe uczucie paniki i relacje naznaczone wyobcowaniem, separacją i wybuchami gniewu.

Pacjenci z taką historią rzadko łączą to, co przydarzyło się im dawno temu, z tym, co czują i jak się zachowują teraz. Wszystko wydaje się po prostu nie do ogarnięcia. Nic nie przynosi ulgi, dopóki nie przyznają, co się stało, i nie poznają niewidzialnych demonów, z którymi walczą. Proszę sobie przypomnieć mężczyzn, których opisywałem w rozdziale 11., wykorzystywanych przez księży pedofilów. Regularnie chodzili na siłownię, brali sterydy i byli silni jak tur. Mimo to w trakcie naszych rozmów często zachowywali się jak małe dzieci; gdzieś głęboko w każdym z nich siedział przerażony chłopiec i nadal czuł się zupełnie bezbronny.

I choć kontakty międzyludzkie i dostrojenie się do innych to źródło fizjologicznej samoregulacji, obietnica bliskości często wzbudza strach przed zranieniem, zdradą i opuszczeniem. Dużą rolę odgrywa wstyd: „Zobaczysz jaki/jaka jestem zepsuty/a i odrażający/a i rzucisz mnie, gdy tylko lepiej mnie poznasz”. Nieprzepracowana trauma potrafi zupełnie zniszczyć relacje. Jeśli wciąż masz złamane serce, bo ktoś, kogo kochałeś, zadał ci ból, będziesz skupiać się na tym, by

znów nie zostać zranionym i będziesz się bał otworzyć przed kimś nowym. Możesz nawet bezwiednie próbować zranić tę osobę, zanim ona będzie miała okazję zranić ciebie.

Dla odzyskania siebie to prawdziwe wyzwanie. Gdy już dotrze do ciebie, że posttraumatyczne reakcje zaczęły się od prób ratowania życia, możesz zebrać się na odwagę, żeby zmierzyć się ze swoją wewnętrzną muzyką (lub z kakofonią), ale będziesz potrzebować pomocy. Musisz znaleźć kogoś, komu na tyle ufasz, żeby ci towarzyszył, kogoś, kto bezpiecznie wytrzyma twoje uczucia i pomoże ci wsłuchać się w bolesne przekazy emocjonalnego mózgu. Potrzebujesz przewodnika, który nie boi się twojego strachu i może opanować twoją najmroczniejszą wściekłość, kogoś, kto będzie strażnikiem twojej pełni, podczas gdy ty będziesz odkrywać potrzaskane przeżycia, które tak długo musiałeś ukrywać przed samym sobą. Większość straumatyzowanych osób potrzebuje kotwicy i mnóstwa profesjonalnego wsparcia, żeby temu podołać.

Jak wybrać zawodowego terapeutę

Szkolenie kompetentnych terapeutów traumy obejmuje naukę o wpływie urazów psychicznych, wykorzystywania i zaniedbywania oraz opanowanie rozmaitych technik, które pomagają: (1) wyrównać i uspokoić pacjenta, (2) odsunąć traumatyczne wspomnienia i wyciszyć odgrywanie przeszłych wydarzeń oraz (3) odbudować więzi między pacjentem a jego otoczeniem. Najlepiej, jeśli terapeuta jest też kimś, kto przeszedł terapię, jaką teraz sam praktykuje. Choć opowiadanie o szczegółach osobistych zmagań jest nieprofesjonalne i nieetyczne, całkiem rozsądnie jest spytać, w jakich terapiach zostali przeszkoleni, gdzie nauczyli się fachu i czy osobiście odnieśli korzyści z tej formy leczenia, jaką ci proponują.

Dla traumy nie ma „leczenia pierwszego wyboru” i każdego terapeutę, który wierzy, że to właśnie jego metoda jest jedyną odpowiedzią na twoje problemy, trzeba podejrzewać, że jest raczej ideologiem niż kimś, kto naprawdę chce ci pomóc wrócić do zdrowia. Żaden terapeuta nie może znać wszystkich skutecznych metod leczenia i musi być otwarty na opcje, których sam nie oferuje. Musi też chcieć uczyć się od ciebie. Płeć, rasa i pochodzenie społeczne

mają znaczenie tylko o tyle, o ile przeszkadzają pacjentowi poczuć się bezpiecznie i rozumianym.

Czy z tym konkretnym terapeutą czujesz się w miarę komfortowo? Czy on lub ona wydaje się dobrze czuć w swojej skórze i czy dobrze czuje się w twojej obecności? Bezpieczeństwo to podstawowy warunek, byś mógł zmierzyć się ze swymi lękami i niepokojem. Ktoś, kto jest sztywny, krytykancki, nerwowy albo surowy, najpewniej sprawi, że poczujesz się przerażony, opuszczony i poniżony, a to nie pomoże ci uporać się z traumatycznym stresem. Mogą przyjść chwile, gdy stare uczucia będą chciały znaleźć ujście, gdy zaczniesz podejrzewać, że terapeuta przypomina kogoś, kto w przeszłości cię skrzywdził albo wykorzystał. Przy dobrych układach razem przez to przejdziecie, z mojego doświadczenia wynika bowiem, że pacjentowi poprawia się tylko wtedy, gdy ma dla swojego terapeuty głębokie, pozytywne uczucia. Nie uważam też, że możesz zmieniać się i rozwijać, jeśli nie czujesz, że też masz wpływ na osobę, która cię leczy.

Najważniejsze pytania brzmią: Czy masz wrażenie, że twój terapeuta chce się dowiedzieć, kim jesteś i czego ty, nie jakiś anonimowy „pacjent z PTSD", potrzebujesz? Czy jesteś tylko listą objawów w jakimś kwestionariuszu diagnostycznym, czy też twój terapeuta naprawdę poświęca czas, żeby dowiedzieć się dlaczego robisz to, co robisz, i myślisz to, co myślisz? Terapia to współpraca – wspólne poznawanie własnego »ja«.

Pacjenci, którzy jako dzieci byli maltretowani przez opiekunów, zwykle nie czują się z nimi bezpiecznie. Często pytam ich, czy mogą przypomnieć sobie kogoś, przy kim czuli się bezpieczni w dzieciństwie. Wielu z nich jak skarb przechowuje wspomnienie tego jednego nauczyciela, sąsiada, trenera, kramarza albo pastora; kogoś, kto okazywał, że mu zależy, i to wspomnienie często jest ziarnem, z którego może wykiełkować umiejętność ponownego zaangażowania. Nasz gatunek ma w sobie wiele nadziei. Praca z traumą dotyczy w równej mierze przypominania sobie, jak udało się nam przeżyć, jak i tego, co uległo zniszczeniu. Moich pacjentów proszę też, by wyobrazili sobie, jak wyglądali jako niemowlęta – czy byli rozkoszni i pełni werwy. Wszyscy sądzą, że tak, i mają gdzieś w sobie obraz tego, jacy musieli być, zanim ich skrzywdzono.

Niektórzy nie pamiętają jednak nikogo, przy kim czuliby się bezpiecznie. Dla nich relacje z psem czy koniem mogą być bezpieczniejsze niż z innym człowiekiem. Ta zasada jest obecnie wykorzystywana z powodzeniem w wielu oddziaływaniach terapeutycznych: więzieniach, zamkniętych programach terapeutycznych i rehabilitacji weteranów. Jennifer, jedna z absolwentek pierwszego rocznika Centrum Van der Kolka [300], która trafiła do programu jako nieopanowana, niemówiąca czternastolatka, na zakończenie szkoły powiedziała, że pierwszym, najważniejszym krokiem było dla niej to, że ktoś powierzył jej opiekę nad koniem. Rozwijająca się więź ze zwierzęciem pomogła jej poczuć się na tyle bezpiecznie, żeby zacząć nawiązywać relacje z personelem ośrodka, a potem skupić się na nauce, zdać egzaminy i dostać się do college'u [301].

4. Rytmy społeczne i synchronizacja

Od dnia narodzin nasze relacje wyrażają się w tym, jak reagują na nas inni – mimiką, gestem, dotykiem. W rozdziale 7. zobaczyliśmy, że są to podwaliny więzi. Efektem traumy jest zerwanie somatycznej synchronii. Gdy wchodzi się do poczekalni kliniki leczenia PTSD, od razu można odróżnić pacjentów od personelu, po zastygłych twarzach i załamanej (choć zarazem spiętej) postawie. Niestety, wielu terapeutów ignoruje te niewerbalne komunikaty i skupia się wyłącznie na słowach. Poznałem wyrażaną muzyką i rytmem, uzdrawiającą moc społeczności wiosną 1997 roku, gdy obserwowałem pracę Komisji Prawdy i Pojednania (Truth and Reconciliation Commission) w Afryce Południowej. W niektórych odwiedzanych przeze mnie miejscach wciąż dochodziło do przerażających aktów przemocy. Pewnego dnia poszedłem na spotkanie grupy osób, które przeżyły gwałt, odbywające się na dziedzińcu przychodni w parafii pod Johannesburgiem. W oddali słychać było świst kul, a dym i zapach gazu łzawiącego unosił się ponad murem i docierał do ośrodka. Później dowiedzieliśmy się, że zginęło czterdzieści osób. Jednak mimo że otoczenie było obce i groźne, grupę rozpoznałem aż za dobrze: kobiety siedziały skulone – smutne i zastygłe – jak w tylu innych grupach terapii gwałtu, które widziałem w Bostonie. Wyczułem znajomy stan bezradności, a otoczony załamanymi ludźmi, sam poczułem, że wewnętrznie się załamuję. Potem jedna z kobiet

zaczęła nucić, kiwając się jednocześnie w przód i w tył. Stopniowo pojawił się rytm; z każdym taktem przyłączały się kolejne panie. Wkrótce cała grupa śpiewała, poruszała się i zaczynała tańczyć. To była zdumiewająca przemiana: ludzie wracający do życia, twarze połączone jednym uczuciem, ciała nabierające witalności. Przyrzekłem sobie, że będę stosować tę technikę i że zbadam, jak rytm, śpiew i ruch mogą pomóc w leczeniu traumy.

Więcej o tym dowiemy się w rozdziale 20. na temat teatru; tam pokażę, jak grupy młodych ludzi, w tym młodocianych przestępców i „trudnych" dzieci z rodzin zastępczych, stopniowo uczą się działać wspólnie i polegać na sobie nawzajem, czy to jako partnerzy w szekspirowskich pojedynkach, czy jako autorzy i wykonawcy pełnometrażowych musicali. Różni pacjenci mówili mi, jak pomogły im zajęcia chóru, aikido, tanga czy kickboxingu, a ja z przyjemnością przekazuję ich wskazówki innym. Kolejną ważną lekcję na temat rytmu i zdrowienia dostałem wówczas, gdy lekarzy z Trauma Center poproszono o zajęcie się pięcioletnią, niemówiącą dziewczynką, Ying Mee, adoptowaną z chińskiego sierocińca. Po miesiącach bezowocnych prób nawiązania z nią kontaktu moje koleżanki, Deborah Rozelle i Liz Warner, zdały sobie sprawę, że dziecko ma uszkodzony system zaangażowania rytmicznego – dziewczynka nie potrafiła dopasować się do głosów i twarzy osób wokół niej. Postanowiły spróbować terapii sensomotorycznej [302].

Klinika integracji sensorycznej w Watertown, w stanie Massachusetts, to świetny, zamknięty plac zabaw z huśtawkami, równoważniami, basenami wypełnionymi różnokolorowymi gumowymi kulkami i tak głębokimi, że można poczuć, jakby się znikało; z plątaniną plastikowych rur, w których można było się czołgać, i drabinami prowadzącymi na platformy, z których można było skakać na wypełnione pianką maty. Personel kąpał Ying Mee w basenie z plastikowymi kulkami – to pomogło jej poczuć wrażenia z własnej skóry; pomagał jej huśtać się na huśtawce i przeczołgiwać pod ciężkimi kocami. Po sześciu tygodniach coś się zmieniło i dziewczynka zaczęła mówić [303].

Niesamowite postępy Ying Mee zainspirowały nas do założenia kliniki integracji sensorycznej w Trauma Center. Teraz wykorzystujemy ją w naszych zamkniętych programach

terapeutycznych. Nie rozpracowaliśmy jeszcze, jak ta metoda działa na straumatyzowanych dorosłych, ale ja regularnie włączam w moje seminaria doświadczenia integracji sensorycznej i tańca.

Nauka dostrajania się dostarcza rodzicom (i ich dzieciom) wewnętrzych, „z trzewi", wrażeń wzajemności. Sprzyja temu terapia interakcji rodzic-dziecko (PCIT – *parent-child interaction therapy*), a także terapia SMART (*Sensory Motor Arousal Regulation Treatment* – regulacja pobudzenia sensorymotorycznego), opracowana przez moich kolegów z Trauma Center [304].

Gdy bawimy się razem, czujemy się fizycznie dostrojeni i doświadczamy uczuć więzi i radości. Świetnym sposobem na łączenie ludzi w radości i poznawaniu otoczenia są też ćwiczenia improwizacyjne (takie jak te, które można znaleźć pod adresem www.learnimprov.com). Z chwilą gdy zobaczysz grupkę ponuraków, która zaczyna chichotać, wiesz, że przełamali przekleństwo złego losu.

5. Wchodzenie w kontakt

Konwencjonalne leczenie traumy niewiele uwagi poświęca temu, żeby pomóc przerażonym ludziom bezpiecznie doświadczać wrażeń i emocji. Takie leki, jak blokery wychwytu zwrotnego serotoniny, respiridol i seroquel, przejęły zadanie pomagania ludziom w radzeniu sobie ze światem zmysłów [305]. Tymczasem najbardziej naturalnym dla nas sposobem, w jaki możemy opanować zdenerwowanie, jest dotyk, uścisk i kołysanie. To pomaga złagodzić nadmierne pobudzenie, sprawia, że czujemy się cali, bezpieczni, chronieni, i że mamy kontrolę.



Rembrandt van Rijn: Chrystus leczący chorych. Gesty pocieszenia są uniwersalne i odzwierciedlają uzdrawiającą moc łagodnego dotyku.

Dotyk, najbardziej podstawowe narzędzie, pozwalające się wyciszyć, w większości praktyk terapeutycznych jest zakazany. A przecież nie możesz w pełni wrócić do zdrowia, jeśli nie czujesz się bezpiecznie w swojej skórze. Dlatego zachęcam wszystkich moich pacjentów, żeby spróbowali jakiejś metody pracy z ciałem: może to być leczniczy masaż, metoda Feldenkraisa czy terapia czaszkowo-krzyżowa.

Spytałem kiedyś moją ulubioną terapeutkę pracy z ciałem, Licię Sky, o jej doświadczenia z osobami straumatyzowanymi. Oto, co mi powiedziała: „Nigdy nie zaczynam sesji bez nawiązania osobistego kontaktu. Nie zbieram wywiadu; nie pytam, jak ktoś się czuje, ani co mu się przydarzyło. Sprawdzam, jak czuje się w swoim ciele teraz. Pytam, czy jest coś, na co powinnam zwrócić szczególną uwagę. Przez cały czas oceniam postawę: czy patrzy mi w oczy, czy jest spięty, czy zrelaksowany, czy nawiązuje ze mną kontakt, czy nie”.

„Pierwszą decyzją, jaką podejmuję jest ocena, kiedy pacjent będzie czuć się bezpieczniej: leżąc na brzuchu czy na plecach. Jeśli go nie znam, zwykle zaczynamy w pozycji na plecach. Dużą uwagę zwracam na ubranie; pozwalam im zachować wszystkie części garderoby, które sprawiają, że mogą poczuć się bezpiecznie. To ważne granice, które należy ustalić już na samym początku".

„Potem, z pierwszym dotykiem, ustanawiam pewny, bezpieczny kontakt. Nic na siłę, nic nagłego. Nic zbyt szybkiego. Dotyk jest powolny, taki, by klient mógł za nim łatwo podążać, łagodny; rytmiczny. Może być tak silny, jak uścisk dłoni. Najpierw dotykam zwykle dłoni i przedramion, bo to najbezpieczniejsze miejsce, żeby kogoś dotknąć, miejsce, w którym klient może oddać dotyk".

„Trzeba znaleźć punkt oporu – miejsce najbardziej spięte – i ucisnąć je z taką samą energią. To uwalnia zastygłe napięcia. Nie możesz się wahać, wahanie komunikuje brak pewności siebie. Ale powolne ruchy i ostrożne dostrajanie się do klienta to nie wahanie. Do każdego trzeba podchodzić z niewiarygodną pewnością siebie i empatią, pozwolić, by siła dotyku spotkała się z wewnętrznym napięciem jego ciała".

Co praca z ciałem daje ludziom? Licia odpowiada: „Tak jak pragniesz się napić, tak pragniesz dotyku. Gdy jest pewny, głęboki, spokojny, łagodny, odpowiedzialny – daje komfort. Uważny dotyk i ruch umiejscawia ludzi w czasie i przestrzeni, pozwala im odkryć napięcia, które odczuwali tak długo, że przestali zdawać sobie z tego sprawę. Gdy czujesz dotyk, uświadamiasz sobie tę część ciała, która jest dotykana".

„Gdy w środku zamknięte są emocje, ciało jest fizycznie ograniczane. Ramiona sztywnieją; mięśnie twarzy zastygają. Ludzie tak wiele energii poświęcają powstrzymywaniu łez albo innych dźwięków czy ruchów, które mogłyby zdradzić, co dzieje się w ich wnętrzu. Gdy uwalniamy fizyczne napięcie, można uwolnić też uczucia. Ruch pozwala pogłębić oddech, a w miarę, jak się rozluźniamy, można uwolnić także dźwięki ciała. Ono samo uwalnia się, zaczynamy oddychać swobodnie, jesteśmy w harmonii. Dotyk umożliwia życie w ciele, które może się poruszać w odpowiedzi na bycie poruszanym".

„Ludzie, którzy są przerażeni, potrzebują poczucia własnego ciała i jego granic w przestrzeni. Pewny, uspokajający dotyk mówi im, gdzie są te granice: co jest poza nimi, gdzie ich ciało się kończy. Odkrywają, że nie muszą ciągle zastanawiać się kim i gdzie są. Odkrywają, że ich ciało jest stabilne, i że nie muszą ciągle czuwać. Dotyk mówi im, że są bezpieczni”.

6. Podejmowanie działania

Na ekstremalne doznania ciało odpowiada wydzielaniem hormonów stresu, które często są obwiniane za pojawiające się potem choroby. Jednak ich zadaniem jest dać nam siłę i wytrzymałość, pozwalającą zareagować na niezwykłe okoliczności. Ludzie, którzy są aktywni w obliczu katastrofy – ratują swoich bliskich albo nieznajomych, przewożą rannych do szpitala, są częścią zespołu ratowniczego, rozbijają namioty albo gotują posiłki – używają hormonów stresu we właściwy sposób i dlatego są mniej narażeni na potraumatyczne skutki stresu. (Każdy ma jednak swój punkt krytyczny i nawet najlepiej przygotowana osoba może czasem zostać przytłoczona ogromem wyzwania).

Bezradność i unieruchomienie to dwie rzeczy, które nie pozwalają ludziom wykorzystać ich hormonów do obrony. W takich sytuacjach substancje te są wciąż pompowane do krwi, ale działania, jakie powinny wywoływać, są blokowane. W końcu wzorce aktywacji, których zadaniem jest ułatwiać przetrwanie, zwracają się przeciwko organizmowi i zaczynają napędzać błędne reakcje typu „walcz”, „uciekaj” lub „zastygnij”.

Żeby móc wrócić do prawidłowego funkcjonowania, trzeba zatrzymaną reakcję na zagrożenie doprowadzić do końca. Ciało potrzebuje, by przywrócić je do podstawowego stanu bezpieczeństwa i rozluźnienia; dopiero tak może się mobilizować do działania w obliczu realnego niebezpieczeństwa. Do rozwiązania tego problemu moi przyjaciele i nauczyciele, Pat Ogden i Peter Levine, wypracowali, każde z osobna, wspaniałe terapie oparte o pracę z ciałem: psychoterapię sensomotoryczną [306] i doświadczanie somatyczne (*Somatic Expieriencing* – SE) [307]. W ich metodach terapeutycznych opowieść o tym, co się zdarzyło, nie jest najważniejsza; zamiast tego odkrywa się wrażenia somatyczne, miejsce i kształt przeszłej traumy odciskające się w ciele. Przed

rzuceniem na głęboką wodę odkrywania traumy jako takiej, pacjenci uzyskują pomoc w odbudowaniu wewnętrznych zasobów ułatwiających bezpieczny dostęp do wrażeń i emocji, które w czasie doświadczania traumy zupełnie nimi owładnęły.

Peter Levine nazywa ten proces *pendulacją* [308] – łagodnym poruszaniem się w przód i cofaniem podczas odkrywania wewnętrznych wrażeń i traumatycznych wspomnień. W ten sposób pacjenci mogą stopniowo poszerzać swój zakres tolerancji. Gdy potrafią już znieść świadomość fizycznych doznań mających swoje źródło w traumie, najczęściej odkrywają też niezwykle silne impulsy – do uderzania, popychania czy ucieczki – które również pojawiły się w trakcie traumatycznych zdarzeń, lecz zostały zablokowane, żeby można było przeżyć. Te impulsy mogą się wyrażać w ledwie dostrzegalnych ruchach, takich jak skręcanie, odwracanie się czy wycofywanie. Proces uzupełniania, wypełniania tych niedokończonych „sugestii działania" związanych z traumą, a w efekcie rozwiązania podstawowego problemu, zaczyna się od wzmacniania tych ruchów i prób ich modyfikacji. Terapie somatyczne pomagają chorym przenieść się do teraźniejszości poprzez doświadczanie tego, że poruszanie się jest bezpieczne. Odczucie przyjemności z podejmowania skutecznych działań przywraca poczucie sprawczości i możliwości aktywnej samoobrony.

Już w 1893 roku Pierre Janet, pierwszy wielki badacz traumy, pisał o „przyjemności z dokończonego działania", a ja regularnie obserwuję tę przyjemność, gdy stosuję psychoterapię sensorymotoryczną i Somatic Experiencing: Gdy pacjenci mogą fizycznie doświadczyć, jak by to było stanąć do walki albo uciec, rozluźniają się, uśmiechają i wyrażają poczucie spełnienia.

Gdy ludzie są zmuszeni poddać się przemożnej sile, jak to jest w przypadku większości maltretowanych dzieci, kobiet uwikłanych w przemoc domową czy więźniów, często mogą przetrwać dzięki rezygnacji i podporządkowaniu. Najlepszą metodą przezwyciężania wdrukowanych wzorców uległości jest przywrócenie fizycznych możliwości zaangażowania i obrony. Jedną z moich ulubionych, zorientowanych na ciało, metod tworzenia skutecznych reakcji walki lub ucieczki jest nasz lokalny program nauki samoobrony, podczas którego kobiety (a coraz częściej także mężczyźni) uczą się, jak

skutecznie odpierać symulowany atak [309]. Program zainicjowano w 1971 roku w Oakland, w Kalifornii, po tym jak zgwałcono tam kobietę, która miała czarny pas w karate.

Zastanawiając się, jak mogło się to przytrafić komuś, kto teoretycznie potrafił zabijać gołymi rękoma, jej przyjaciele doszli do wniosku, że strach musiał jej odebrać wszystkie umiejętności. Zgodnie z tym, co napisaliśmy w tej książce, jej funkcje zarządzające – płaty czołowe – wyłączyły się i zastygła. Program nauki samoobrony z użyciem pozoranta uczy kobiety, jak przekształcić reakcję zamierania poprzez wielokrotne powtarzanie oryginalnej sytuacji („godziny zero", jak wojskowi nazywają moment ataku), i jak zmienić strach w pozytywną energię do walki.

W kursie uczestniczyła jedna z moich pacjentek, studentka bardzo skrzywdzona w dzieciństwie. Gdy ją pierwszy raz spotkałem, była załamana, w depresji i przesadnie uległa. Trzy miesiące później, na ceremonii rozdania dyplomów, skutecznie pokonała ogromnego napastnika, który pod koniec walki kulił się na podłodze (a przecież przed jej ciosami chronił go wywatowany kombinezon), podczas gdy ona stawiała mu czoła z rękoma ułożonymi w pozycji karate, spokojnie, lecz głośno, krzycząc: „Nie!".

Niedługo potem wracała po północy do domu z biblioteki, gdy trzech mężczyzn wyskoczyło na nią z krzaków, wrzeszcząc: „Dziwko, dawaj kasę!". Powiedziała mi później, że przyjęła tę samą postawę karate i odkrzyknęła: „Dobra, chłopaki, długo czekałam na tę chwilę; który pierwszy?!". A oni zwiali. Jeśli kulisz się i jesteś zbyt przerażony, żeby rozejrzeć się wokół, jesteś wymarzoną ofiarą. Jeśli jednak roztaczasz wokół siebie atmosferę pewności i całym sobą mówisz: „Nie zadzieraj ze mną" – raczej cię nie zaczepią.

Integrowanie traumatycznych wspomnień

Ludzie nie mogą pozostawić za sobą traumatycznych zdarzeń, dopóki nie są w stanie zaakceptować tego, co się stało i rozpoznać niewidzialnych demonów, z którymi się zmagają. Tradycyjna psychoterapia skupia się głównie na tworzeniu historii wyjaśniającej, dlaczego osoba czuje się tak, a nie inaczej albo, jak w roku 1914 ujął to Zygmunt Freud w *Pamiętanie, Powtarzanie, Przepracowywanie* [310]: „Gdy pacjent przeżywa [traumę] jak coś realnego i rzeczywistego,

musimy osiągnąć cel terapeutyczny, czyli umieszczenie tych zdarzeń w przeszłości". Opowiadanie, co się stało, jest ważne; bez historii wspomnienia zastygają, a bez wspomnień nie można sobie wyobrazić, że coś może być inaczej. Jak jednak zobaczyliśmy w części 4., opowiadanie historii zdarzenia nie gwarantuje pozostawienia traumatycznych wspomnień za sobą.

Ma to swoją przyczynę. Gdy ludzie wspominają zwyczajne wydarzenia, nie towarzyszą temu fizyczne doznania, emocje, obrazy, zapachy ani dźwięki. Gdy jednak na powrót przeżywają swoją traumę, przeżywają ją w pełni: pochłaniają ich zmysłowe i emocjonalne elementy przeszłości. Skany mózgów Stana i Ute Lawrence'ów, ofiar wypadku z rozdziału 4., pokazują, jak to się dzieje. Gdy Stan wspominał katastrofę, w jego mózgu wyłączyły się dwa kluczowe obszary: jeden odpowiadający za poczucie czasu i perspektywy, umożliwiający rozróżnienie między tym, co było kiedyś a tym, co jest teraz, pozwalający zyskać bezpieczeństwo w teraźniejszości, i drugi, spajający obrazy, dźwięki i wrażenia z traumy w spójną opowieść. Gdy te obszary się wyłączają, przeżywasz coś nie jako zdarzenie z początkiem, środkiem i końcem, lecz jako fragmenty odczuć, obrazów i emocji.

Traumę można skutecznie przepracować, tylko jeśli wszystkie te rejony mózgu będą „online". W przypadku Stana terapia odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR), pozwoliła mu dotrzeć do wspomnień z wypadku bez poczucia, że go one przytłaczają. Gdy w trakcie przypominania sobie, co się stało, uda się utrzymać aktywność obszarów mózgu, których wyłączenie jest przyczyną flashbacków, można wprowadzić traumatyczne wspomnienia do przeszłości. Dysocjacja Ute (jak pamiętacie, ona się zupełnie wyłączyła) w inny sposób komplikowała powrót do zdrowia. U niej nie uaktywniała się żadna ze struktur mózgu niezbędnych do zaangażowania w teraźniejszość, przepracowanie traumy było więc po prostu niemożliwe. Bez aktywności mózgu nie ma szans na integrację i rozwiązanie. Ute potrzebowała pomocy, by poszerzyć swój próg tolerancji, zanim mogła stawić czoła objawom PTSD.

Od końca XIX wieku, czasów Pierre'a Janeta i Zygmunta Freuda, aż do końca II wojny światowej, najszerzej stosowaną metodą leczenia traumy była hipnoza. Na YouTubie wciąż można oglądać

dokument *Let There Be Light* (*Niech się stanie światłość*), wielkiego hollywoodzkiego reżysera, Johna Hustona, pokazujący mężczyzn poddawanych hipnozie podczas terapii „nerwicy frontowej". Metoda wypadła z łask na początku lat dziewięćdziesiątych i nie ma nowych badań nad jej skutecznością w leczeniu PTSD. Hipnoza może jednak indukować stan względnego spokoju, w którym pacjenci mogą obserwować swoje traumatyczne przeżycia, nie będąc przez nie pochłoniętymi. Ta umiejętność spokojnego obserwowania siebie ma podstawowe znaczenie dla integracji traumatycznych wspomnień, możliwe więc, że hipnoza w jakiejś formie jeszcze powróci.

Terapia behawioralno-poznawcza (CBT cognitive behavioral therapy)

W trakcie nauki większość psychologów poznaje terapię behawioralno-poznawczą. CBT stworzono dla leczenia fobii, takich jak lęk przed pająkami, samolotami czy lęk wysokości, bo pozwala pacjentom skonfrontować ich irracjonalny strach z niegroźną rzeczywistością. Pacjenci są stopniowo „odczulani" (poddawani desensytyzacji) na swoje lęki albo poprzez przywołanie w umyśle obrazu tego, czego się najbardziej boją (ekspozycja wyobrażeniowa), albo poprzez wchodzenie w rzeczywiste (ale absolutnie bezpieczne) sytuacje wywołujące lęk (ekspozycja rzeczywista), albo poprzez przeżywanie ich w rzeczywistości wirtualnej, w postaci komputerowo generowanych scen, jak w przypadku wojennego PTSD, gdy ofiary rozgrywają komputerowe bitwy na ulicach Faludży.

U podstaw CBT leży koncepcja, że powtarzana ekspozycja pacjentów na stresujący bodziec, ale bez towarzyszących mu niekorzystnych skutków, sprawi, że stopniowo będą coraz mniej zestresowani; złe wspomnienia zostaną skojarzone ze „skorygowaną" informacją, że nic im nie grozi [311]. CBT pomaga też pacjentom radzić sobie z tendencją do unikania przeszłości, z tak częstym: „Nie chcę o tym rozmawiać" [312]. Wydaje się to proste, ale – jak już widzieliśmy –

ponowne przeżywanie traumy reaktywuje mózgowy system alarmowy i wyłącza krytyczne obszary konieczne do integracji przeszłości, co sprawia, że dochodzi raczej do ponownego odgrywania traumatycznych zdarzeń, a nie do rozwiązania problemu.

Terapia implozywna (*flooding* – zanurzanie), czyli przedłużona ekspozycja, to chyba najlepiej przebadana metoda terapii PTSD. Prosi się w niej pacjentów, by „skupili uwagę na traumatycznych przeżyciach… i nie dekoncentrowali się innymi myślami czy działaniami” [313]. Badania wykazały, że zanim dojdzie do zmniejszenia niepokoju, konieczne jest nawet sto minut ekspozycji typu *flooding* (gdy pacjent jest w sposób ciągły zalewany bodźcami wyzwalającymi niepokój) [314]. Ekspozycja czasem pomaga radzić sobie ze strachem i niepokojem, ale nie potwierdzono, by pomagała pokonać poczucie winy albo inne złożone emocje [315].

Choć CBT skutecznie radzi sobie z irracjonalnymi lękami, takimi jak arachnofobia, nie jest tak efektywna u osób z traumą, zwłaszcza wynikającą z wykorzystywania w dzieciństwie. Tylko u jednego na trzech pacjentów z PTSD, którzy przeszli badania kliniczne, odnotowano jakąś poprawę [316]. Ci, którzy ukończyli terapię CBT zwykle mieli mniej objawów PTSD, ale rzadko udawało się ich do końca wyleczyć: większość wciąż miała problemy psychiczne, problemy ze zdrowiem i w pracy [317]. W największym opublikowanym dotychczas badaniu skuteczności CBT w leczeniu PTSD ponad 1/3 pacjentów zrezygnowała z udziału w terapii, a u reszty obserwowano dużą ilość działań niepożądanych. Większość uczestniczek, po trzech miesiącach wciąż cierpiała na pełnoobjawowy PTSD, a tylko 15 procent nie miało żadnych poważnych objawów zespołu posttraumatycznego [318]. Drobiazgowa analiza wszystkich badań naukowych nad CBT pokazuje, że ta metoda działa mniej więcej tak dobrze, jak więź w psychoterapii podtrzymującej [319]. Najgorsze efekty terapia ekspozycją daje u chorych, którzy psychicznie się poddali [320].

Doświadczenie traumy nie oznacza tylko zamknięcia w przeszłości, to także problem niemożności pełnego uczestnictwa w teraźniejszości. Jedną z form terapii ekspozycyjnej jest zanurzenie w wirtualnej rzeczywistości; tu weterani zakładają gogle 3D i ponownie walczą w bitwie o Faludżę, ze wszystkimi szczegółami. O ile wiem, amerykańscy marines świetnie radzili sobie w walce. Problem w tym, że nie potrafią odnaleźć się w domu. Niedawne badania australijskich weteranów wojennych wykazały, że ich mózgi zostały przeprogramowane tak, by zwracać szczególną uwagę na zagrożenia, kosztem skupienia na szczegółach codziennego

życia [321]. (Będziemy o tym mówić w rozdziale 19., poświęconym neurofeedbackowi). Pacjenci potrzebują bardziej niż wirtualnej, realnej terapii, która pomoże im poczuć, że czują się tak samo żywi, idąc do supermarketu czy bawiąc się z dziećmi, jak wtedy, gdy walczyli w zaułkach Bagdadu.

Pacjenci mogą skorzystać na ponownym przeżywaniu traumy tylko wtedy, gdy ich to nie przytłacza. Dobrym przykładem jest badanie weteranów z Wietnamu przeprowadzone na początku lat dziewięćdziesiątych przez mojego kolegę, Rogera Pitmana [322]. W tamtych czasach odwiedzałem jego laboratorium co tydzień, gdyż razem prowadziliśmy badanie na temat mózgowych opioidów w PTSD (mówiłem o nim w rozdziale 2.). Roger pokazywał mi kasety z nagraniem swoich sesji terapeutycznych i razem omawialiśmy to, co widzieliśmy. Wraz z kolegami skłaniał weteranów, żeby wciąż na nowo mówili o wszystkich szczegółach swojej służby w Wietnamie; badanie trzeba było jednak przerwać, bo wielu pacjentów wpadało w panikę, gdy dopadały ich flashbacki, a groza często towarzyszyła im i po zakończeniu sesji. Niektórzy nigdy nie wracali, a ci, którzy zostali w badaniu, popadli w jeszcze większą depresję, mieli napady wściekłości albo lęku; część próbowała zagłuszyć narastające objawy alkoholem, co prowadziło do kolejnych napadów gniewu i dalszego poniżenia, a niektóre rodziny musiały wezwać policję, żeby odwiozła pacjenta do szpitala.

Desensytyzacja

Przez ostatnie dwadzieścia lat podstawową metodą terapii, jakiej uczono studentów psychologii, była systematyczna desensytyzacja (w jakiejś postaci) – pomaganie pacjentom w opanowywaniu reakcji na pewne emocje i wrażenia. Czy jednak na tym właśnie powinno nam zależeć? Być może nie chodzi o desensytyzację, lecz o integrację: umieszczenie traumatycznego wydarzenia na właściwym miejscu w układance życia. Desenstyzacja przywołuje we mnie wspomnienie małego chłopca (musiał mieć jakieś pięć lat), którego widziałem ostatnio przed moim domem. Ojciec wrzeszczał na niego z całej siły, podczas gdy chłopiec pedałował na swoim trzykołowym rowerku po mojej ulicy. Dzieciak wydawał się niespeszony, ale moje serce waliło jak młotem i strasznie chciałem

walnąć ojca-drania. Ile brutalności trzeba było, żeby do tego stopnia znieczulić tak małe dziecko na agresję ojca? Jego totalna obojętność na wrzaski rodzica musiała być efektem przedłużonej ekspozycji, ale zastanawiałem się – za jaką cenę? Tak, możemy łykać leki przytępiające nasze emocje, możemy też nauczyć się niczego nie czuć. Jako studenci medycyny nauczyliśmy się zachować analityczny umysł, lecząc dzieci z poparzeniami trzeciego stopnia. Jak jednak wykazał neurolog Jean Decety z University of Chicago, desensytyzacja na nasz własny ból i na ból innych ludzi prowadzi zwykle do uogólnionego przytępienia emocjonalnej wrażliwości [323].

Sporządzony w 2010 roku raport na temat 49 425 weteranów wojen w Iraku i Afganistanie, ze świeżo rozpoznanym PTSD, którzy szukali pomocy w VA, wykazał, że mniej niż co dziesiąty naprawdę ukończył zalecone leczenie [324]. Podobnie jak w przypadku weteranów Pitmana, terapia ekspozycyjna w praktykowanej obecnie formie rzadko na nich działa. Przerażające zdarzenia możemy sobie poukładać tylko wtedy, gdy nas nie przytłaczają. A to oznacza, że musimy poszukać innego sposobu.

Narkotyki a bezpieczny dostęp do traumatycznych zdarzeń?

Gdy byłem na medycynie, lato 1966 roku spędziłem pracując dla Jana Bastiaansa, profesora Leiden University w Holandii, znanego ze swoich prac na temat leczenia ofiar Holocaustu przy użyciu LSD. Twierdził, że ma fantastyczne wyniki, ale kiedy przejrzano jego archiwa, znaleziono niewiele danych na poparcie tej tezy. Możliwości substancji psychoaktywnych w leczeniu traumy zostały zapomniane aż do roku 2000, gdy Michael Mithoefer wraz z kolegami z Karoliny Południowej dostał pozwolenie na przeprowadzenie testów z MDMA (*ecstasy*). MDMA zaliczono w roku 1985 do substancji kontrolowanych, po tym jak przez wiele lat używano jej w celach nieleczniczych. Podobnie jak z prozakiem czy innymi substancjami psychotropowymi, nie wiemy, jak dokładnie działa MDMA, wiadomo jednak, że zwiększa stężenie szeregu ważnych hormonów, w tym oksytocyny, wazopresyny, kortyzolu i prolaktyny [325]. Co najistotniejsze w leczeniu traumy, MDMA zwiększa samoświadomość; pacjenci często mówią, że czują więcej współczującej energii, której towarzyszy ciekawość, jasność, pewność, kreatywność i łączność

z innymi. Mithoefer i jego koledzy poszukiwali leku zwiększającego skuteczność psychoterapii. Zainteresowali się MDMA, gdyż ta substancja łagodzi strach, tłumi mechanizmy obronne i zmniejsza psychiczne odrętwienie, a jednocześnie pomaga dotrzeć do wewnętrznych doświadczeń [326]. Sądzili, że narkotyk pomoże chorym pozostać w „oknie tolerancji", tak by mogli odświeżyć traumatyczne wspomnienia bez ryzyka, że doświadczą przemożnego pobudzenia fizjologicznego i emocjonalnego. Wyniki badania pilotażowego potwierdziły te oczekiwania [327]. Pierwsze badanie, z udziałem weteranów wojennych, strażaków i policjantów z PTSD, też dało pozytywne efekty. W kolejnym, prowadzonym na grupie dwudziestu ofiar napaści, które nie zareagowały na inne metody terapii, dwanaścioro uczestników otrzymało MDMA, a osiem – placebo, czyli nieaktywną substancję. Siedząc lub leżąc w wygodnym pokoju, wszyscy przeszli dwie ośmiogodzinne sesje psychoterapii, głównie z zastosowaniem metody IFS, opisanej w rozdziale siedemnastym tej książki. Dwa miesiące później 83 procent tych, którzy oprócz psychoterapii otrzymali MDMA uznano za zupełnie wyleczonych, podczas gdy w grupie placebo – tylko 25 procent. U żadnego z leczonych nie stwierdzono efektów ubocznych. Być może najciekawsze jest to, że gdy rozmawiano z badanymi po ponad roku od zakończenia badania, wszyscy zachowali uzyskane korzyści.

Mogąc przyglądać się traumie jakby z boku, w stanie spokoju i uważności, który IFS nazywa „ja" (*self*; opiszę go dokładniej w rozdziale 17.), umysł i mózg mogą włączyć te zdarzenia w tkaninę życia. To coś zupełnie innego niż tradycyjne techniki desensytyzacji, których zadaniem jest stępić reakcje na minioną grozę. To próba skojarzenia i integracji – sprawienia, by przerażające zdarzenie, które w przeszłości zupełnie cię przytłoczyło, zostało odesłane do przeszłości i stało się wspomnieniem dawno minionych dni. Mimo wszystko substancje psychoaktywne to silne związki o pokrętnej historii. Łatwo użyć ich niewłaściwie poprzez nieostrożność i zatarcie granic terapeutycznych. Pozostaje mieć nadzieję, że MDMA nie stanie się kolejną magiczną pigułką, uwolnioną z puszki Pandory.

Jaka jest rola leków?

Ludzie od zawsze używali rozmaitych substancji, żeby radzić sobie ze stresem. Każde pokolenie i każda kultura ma swoje ulubione – gin, wódka, piwo czy whisky; haszysz, marihuana, konopie czy gandża; kokaina; opioidy, jak oksykodon; trankwilizatory, jak walium, xanax czy klonazepam. Gdy ludzie są zdesperowani zrobią niemal wszystko, żeby się uspokoić i odzyskać kontrolę [328]. Konwencjonalna psychiatria przestrzega tej tradycji. Przez ostatnią dekadę departamenty obrony i ds. weteranów w sumie wydały na leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne i przeciwlękowe ponad 4,5 miliarda dolarów. Wewnętrzny raport centrum farmokoekonomiki departamentu obrony w Fort Sam Houston w San Antonio, z czerwca 2010 wykazał, że 213 972, czyli 20 procent spośród 1,1 miliona ankietowanych żołnierzy pozostających w służbie czynnej, przyjmowało jakieś leki psychotropowe: przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, uspokajająco-nasenne albo inne znajdujące się na liście substancji kontrolowanych [329]. Tyle że farmaceutyki nie potrafią uleczyć traumy; one tylko tłumią zewnętrzne przejawy zaburzonej fizjologii. I nie uczą trwałych metod samoregulacji. Mogą pomóc kontrolować uczucia i zachowania, ale żądają za to ceny, gdyż działają poprzez blokowanie szlaków chemicznych kontrolujących zaangażowanie, motywację, ból i przyjemność. Część moich kolegów pozostaje optymistami: wciąż uczestniczę w spotkaniach, na których poważni naukowcy omawiają postępy w swoim dążeniu do stworzenia magicznej pigułki, która w cudowny sposób zresetuje obwody strachu w mózgu (jakby traumatyczny stres mógł być zakodowany tylko w jednym prostym obwodzie). Sam też regularnie przepisuję leki. Chyba każda klasa leków psychotropowych jest stosowana w leczeniu jakiegoś objawu PTSD [330]. Najlepiej przebadano inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRIs), takie jak prozac, zoloft, effexor i paxil; sprawiają one, że uczucia łatwiej opanować, a życie staje się bardziej do zniesienia. Pacjenci zażywający te leki często czują się spokojniejsi i zachowują lepszą kontrolę. Poczucie, że nie jesteśmy całkiem przytłoczeni przez emocje sprawia, że łatwiej zaangażować się w terapię. Inni czują się jednak otępiali, jakby tracili ostrość. Podchodzę do tego jak do kwestii doświadczalnej: „zobaczmy, co działa”; a tylko pacjent może to ocenić. Z drugiej strony, jeśli jeden

SSRI nie działa, warto wypróbować inny, bo każdy ma nieco inne skutki. Ciekawe, że leki z tej grupy są szeroko stosowane w leczeniu depresji, ale w badaniu, w którym porównywaliśmy prozak z metodą EMDR w leczniu pacjentów z PTSD, z których wielu miało też depresję, EMDR okazała się być skuteczniejszym antydepreseantem [331]. Wrócę do tego w rozdziale 15 [332].

Leki wpływające na autonomiczny układ nerwowy, jak propranolol czy klonidyna, pomagają obniżyć nadmierne pobudzenie i reaktywność na stres [333]. Ta grupa farmaceutyków blokuje fizjologiczne efekty działania adrenaliny – paliwa dla pobudzenia, dlatego łagodzi koszmary, bezsenność i nadmiarowe reakcje na bodźce powiązane z traumą [334]. Hamowanie adrenaliny może pomóc utrzymać racjonalny mózg w stanie aktywności i dać wybór: „Czy naprawdę chcę to zrobić?”. Od czasu, gdy zacząłem włączać do mojej praktyki jogę i trening uważności, używam tych leków rzadziej, tylko niekiedy, żeby pomóc pacjentom lepiej spać.

Osoby straumatyzowane zwykle lubią leki uspokajające – benzodiazepiny, takie jak klonopin, valium, xanax, czy ativan. Pod wieloma względami działają one jak alkohol – uspokajają i odsuwają troski. (Właściciele kasyn uwielbiają klientów na benzodiazepinach; nie przejmują się oni przegraną i grają dalej). Podobnie jak alkohol, osłabiają też hamulce, które nie pozwalają nam mówić przykrych rzeczy tym, których kochamy. Większość cywilnych lekarzy przepisuje je niechętnie, bo mają wysoki potencjał uzależniający; mogą też zaburzać proces przepracowywania traumy. Przy długotrwałym stosowaniu próby odstawienia zwykle kończą się nasilonym zespołem abstynencyjnym, który wyraża się m.in. nadmiernym pobudzeniem i nasileniem objawów posttraumatycznych.

Czasem zapisuję moim pacjentom niewielkie dawki benzodiazepin do zażywania w razie konieczności, ale nigdy w ilościach do codziennego stosowania. Muszą wybrać, kiedy wykorzystać cenne zapasy i zawsze proszę, żeby zapisywali w dzienniczku, co się działo, gdy zdecydowali się wziąć pigułkę. To pozwala nam omówić konkretne zdarzenia, które do tego doprowadziły.

Są badania wskazujące, że stosowanie leków przeciwpadaczkowych i stabilizujących nastrój, takich jak lit czy

walproinian sodu może dawać pewne korzyści łagodząc nadpobudliwość i skłonność do paniki [335]. Najbardziej kontrowersyjne są chyba obecnie tzw. leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji, jak risperdal i seroquel, najlepiej sprzedające się w Stanach Zjednoczonych preparaty psychiatryczne (14,6 mld dolarów w 2008). W niskich dawkach pomagają one uspokajać weteranów i kobiety z PTSD związanym z wykorzystywaniem w dzieciństwie [336]. Czasami użycie tych leków jest uzasadnione, na przykład gdy pacjent zupełnie nie może się opanować i nie może spać, albo gdy inne metody zawiodły [337]. Trzeba jednak pamiętać, że farmaceutyki te działają poprzez blokowanie układu dopaminergicznego – mózgowego układu nagrody, który odpowiada też za odczuwanie przyjemności i motywację. Leki przeciwpsychotyczne, takie jak risperdal, abilify, czy seroquel w istotny sposób tłumią mózg emocjonalny, dzięki czemu chorzy są mniej podenerwowani i trudniej wpadają w gniew; preparaty te mogą jednak wpływać też na zdolność odczuwania subtelnych sygnałów przyjemności, zagrożenia czy satysfakcji. Powodują również tycie, zwiększają ryzyko rozwoju cukrzycy i sprawiają, że zażywające je osoby są fizycznie bierne, co wtórnie nasila u nich poczucie osamotnienia. Leki te są szeroko stosowane w leczeniu maltretowanych dzieci z niewłaściwie zdiagnozowaną chorobą dwubiegunową albo zaburzeniem regulacji nastroju. Ponad pół miliona amerykańskich dzieci i nastolatków zażywa leki przeciwpsychotyczne, które działają wyciszająco, ale jednocześnie zaburzają właściwe dla wieku umiejętności uczenia się i zdolność do tworzenia więzi z innymi dziećmi [338]. Przeprowadzone niedawno na Columbia University badanie wykazało, że w latach 2000–2007 dla prywatnie ubezpieczonych dzieci w grupie wiekowej 2–5 lat liczba wypisanych recept na preparaty z tej grupy podwoiła się [339]. Tylko 40 procent z tych dzieci przeszło właściwą ocenę zdrowia psychicznego.

Przed wygaśnięciem patentu firma Johnson & Johnson rozdawała przychodniom psychiatrii dziecięcej klocki LEGO oznakowane słowem „Risperdal” do wyłożenia w poczekalniach. Dzieciom z rodzin o niskich dochodach leki przeciwpsychotyczne wypisywane są czterokrotnie częściej niż posiadającym prywatne ubezpieczenie. Tylko w jednym roku Texas Medicaid (stanowy fundusz ubezpieczeń zdrowotnych) wydał na antypsychotyki dla dzieci i młodzieży 96

milionów dolarów; refundację dostały nawet trzy niezidentyfikowane niemowlęta, którym lek zapisano, zanim skończyły rok [340]. Nie przeprowadzono badań nad wpływem leków psychotropowych na rozwijający się mózg. Na ogół nie są skuteczne w przypadkach dysocjacji, samookaleczania, fragmentacji wspomnień i niepamięci (amnezji).

Badanie prozacu, które omówiłem w rozdziale 2., było pierwszym, w którym odkryto, że straumatyzowane osoby cywilne na ogół lepiej reagują na farmakoterapię niż weterani wojenni [341]. Od tamtej pory inne badania wykazały podobne rozbieżności. W tym świetle musi martwić, że Departament Obrony (DO) i VA nadal wypisują żołnierzom i powracającym weteranom ogromne ilości leków, często bez zapewnienia im innych form terapii. W latach 2001–2011 VA wydało ok. 1,5 miliarda dolarów na seroquel i risperdal, podczas gdy DO w tym samym okresie – ok. 90 milionów, choć opublikowana w 2001 roku praca wyraźnie wskazywała, że w leczeniu PTSD risperdal nie jest skuteczniejszy od placebo [342]. W podobny sposób, w okresie 2001–2012 VA wydało 72,1 a DO 44,1 miliona dolarów na benzodiazepiny [343] – leki, których lekarze starają się nie zapisywać cywilnym pacjentom z PTSD, ze względu na ich potencjał uzależniający i brak znaczącej skuteczności.

Droga do zdrowia jest drogą życia

W pierwszym rozdziale tej książki przedstawiłem wam pacjenta imieniem Bill, którego spotkałem ponad trzydzieści lat temu w szpitalu VA. Bill stał się jednym z moich pacjentów nauczycieli z najdłuższym stażem, a nasza relacja jest także historią ewolucji mojego podejścia do leczenia traumy. W latach 1967–1971 Bill służył w Wietnamie jako sanitariusz, a po powrocie starał się, podczas pracy na oddziale oparzeń miejscowego szpitala, wykorzystać nabyte w armii umiejętności. Pielęgniarstwo czyniło go wypalonym, wybuchowym i stale podminowanym; nie wiedział jednak, że jego problemy miały cokolwiek wspólnego z tym, czego doświadczył w dżungli. W końcu nie istniała jeszcze wtedy diagnoza PTSD, a pracujący w Bostonie Irlandczycy nie chodzili do psychiatry. Koszmary i bezsenność nieco odpuściły, gdy porzucił swój zawód i zapisał się do seminarium, żeby zostać pastorem. Nie szukał pomocy, aż do narodzin syna w 1978

roku. Płacz dziecka wywoływał u Billa niekontrolowane flashbacki, w których widział, słyszał i czuł okaleczane i palone w Wietnamie dzieci. Tak dalece tracił nad sobą kontrolę, że moi koledzy z VA chcieli zamknąć go na oddziale psychiatrycznym z powodu tego, co jak myśleli, było psychozą. Gdy jednak rozpoczęliśmy sesje i Bill zaczął czuć się przy mnie bezpiecznie, stopniowo otwierał się na wspomnienia zdarzeń, których świadkiem był w czasie wojny i powoli coraz lepiej tolerował swoje emocje bez poczucia, że go one przytłaczają. To pomogło mu znów skupić się na rodzinie i na skończeniu szkolenia teologicznego. Po dwóch latach został pastorem z własną parafią i poczuliśmy, że nasza praca jest skończona.

Nie miałem z nim kontaktu, dopóki nie zadzwonił do mnie dokładnie po osiemnastu latach od pierwszego spotkania. Znów miał te same objawy co wtedy, gdy urodził mu się syn: flashbacki, koszmary, uczucie, że wariuje.

Syn właśnie skończył osiemnaście lat i musiał się zarejestrować w komisji poborowej; Bill towarzyszył mu w drodze do tej samej komisji, z której sam został wysłany do Wietnamu. Wtedy wiedział już o wiele więcej o leczeniu stresu posttraumatycznego, razem radziliśmy sobie z konkretnymi wspomnieniami tego, co widział, słyszał i czuł tam, w dżungli; ze szczegółami, których przy naszym pierwszym spotkaniu zbyt się bał, żeby je pamiętać. Mogliśmy, używając EMDR, zintegrować te wspomnienia na tyle, że stały się opowieściami o tym, co zdarzyło się dawno temu a nie błyskawicznym środkiem transportu prosto do wietnamskiego piekła. Gdy poczuł się pewniej, zażyczył sobie, żebyśmy zajęli się jego dzieciństwem: brutalnością wychowania i poczuciem winy, że gdy się zaciągnął do wojska, zostawił młodszego brata cierpiącego na schizofrenię bezbronnego, na pastwę agresywnych wybuchów ojca.

Kolejnym ważnym tematem naszych spotkań był codzienny ból, którego Bill doświadczał jako duchowny – gdy musiał uczestniczyć w pogrzebach nastolatków zabitych w wypadkach samochodowych ledwie kilka lat po tym, jak ich ochrzcił albo gdy pary, którym udzielał ślubu, przychodziły z problemami dotyczącymi przemocy domowej. Bill zorganizował grupę wsparcia dla kolegów duchownych z podobnymi problemami i stał się ważnym członkiem społeczności.

Jego trzecia terapia zaczęła się pięć lat później, gdy w wieku pięćdziesięciu trzech lat zapadł nagle na ciężką chorobę neurologiczną. Doświadczał napadowego paraliżu różnych części ciała i zaczął godzić się z faktem, że być może resztę życia będzie musiał spędzić na wózku. Pomyślałem, że jego problemy mogą być objawami stwardnienia rozsianego, ale neurolodzy nie mogli znaleźć swoistych dla tej choroby zmian, a poza tym – jak mówili – nie było na tę chorobę lekarstwa. Bill opowiedział mi, jak bardzo wdzięczny jest żonie za jej wsparcie. Jak kazała już zbudować platformę dla wózków przy kuchennym wejściu do domu. Znając ponure prognozy, zachęcałem go, żeby znalazł sposób na oswojenie dręczących jego ciało odczuć, podobnie, jak nauczył się tolerować i żyć z najbardziej nawet bolesnymi wspomnieniami wojny. Zasugerowałem, by skonsultował się z terapeutą pracy z ciałem, który wprowadził mnie w metodę Feldenkraisa, łagodną technikę manualną, której celem jest poprawa koordynacji odczuć fizycznych i ruchów mięśni. Gdy wrócił, by zdać sprawę z postępów, był zachwycony wzmocnionym poczuciem samokontroli. Wspomniałem, że sam zacząłem niedawno trenować jogę i że właśnie uruchomiliśmy program jogi w naszym Trauma Center. Zaprosiłem go, by w kolejnym kroku spróbował i tej metody.

Bill znalazł niedaleko zajęcia jogi Bikram, energetyczne i intensywne, na ogół zarezerwowane dla osób młodych i dynamicznych. Mój pacjent je uwielbiał, choć niektóre części jego ciała czasem zawodziły na zajęciach. Mimo niepełnosprawności zyskał poczucie przyjemności cielesnej i kontroli, jakich nigdy wcześniej nie doświadczał. Psychoterapia pomogła mu odesłać przerażające wspomnienia z Wietnamu do przeszłości. Teraz oswojenie własnego ciała pozwoliło mu uciec od organizowania sobie życia wokół utraty fizycznej nad nim kontroli. Zdecydował się zostać certyfikowanym instruktorem jogi i zaczął jej uczyć w miejscowej jednostce żołnierzy wracających z Iraku i Afganistanu.

Dziś, po dziesięciu latach, Bill nadal cieszy się życiem wśród dzieci i wnuków, kontynuuje pracę z weteranami i udziela się w swoim kościele. Fizyczne ograniczenia uznaje za niedogodność. Do tej pory wyuczył jogi ponad 1300 weteranów wojennych. Wciąż okresowo cierpi na nagłe niedowłady rąk i nóg, które zmuszają go, by usiadł

albo się położył, ale podobnie jak wspomnienia z dzieciństwa i z Wietnamu, epizody te nie zdominowały jego życia. Są po prostu częścią toczącej się, ewoluującej historii.

ROZDZIAŁ 14

Język: cud i tyran

> Ubierz żal w słowa; ból, który nie mówi, szepcze do serca i każe mu pęknąć.
>
> William Shakespeare, *Makbet* (przekład Macieja Słomczyńskiego)

> Ledwie możemy się zmusić, by patrzeć. Cień może kryć co najlepsze w życiu, którego nie przeżyliśmy. Idź do piwnicy, na strych, do śmietnika. Znajdź tam skarb. Znajdź nienakarmione, nienapojone zwierzę. To ty! To opuszczone, wygnane zwierzę łaknące uwagi, to część ciebie.
>
> Marion Woodman (cytowana przez Stephena Cope'a w T*he Great Work of Your Life*)

We wrześniu 2001 roku wiele organizacji, w tym Narodowe Instytuty Zdrowia (NIH), firma farmaceutyczna Pfizer i fundacja New York Times, zorganizowały panele eksperckie celem ustalenia najlepszych sposobów leczenia ludzi, którzy doznali urazu psychicznego związanego z atakiem na wieże World Trade Center. Ze względu na to, że wiele szeroko stosowanych interwencji terapeutycznych nigdy nie zostało poddanych szczegółowej ocenie w tzw. populacji ogólnej (badano je tylko wśród pacjentów, którzy sami zgłosili się po pomoc psychiatryczną), uznałem, że to niecodzienna okazja, by porównać skuteczność rozmaitych metod. Moi koledzy byli bardziej zachowawczy i po długich dyskusjach komisje zarekomendowały tylko dwie formy terapii: psychoanalizę i CBT (terapię behawioralno-poznawczą). Dlaczego psychoanaliza? Cóż, Manhattan to jeden z ostatnich bastionów tej freudowskiej metody, więc niepolitycznie byłoby wykluczać udział dużej części miejscowych psychoterapeutów. A dlaczego CBT? Terapię behawioralną łatwo można podzielić na konkretne etapy i „upodręcznikować", stosując jednolite protokoły, jest to więc ulubiona metoda badaczy akademickich – kolejnej grupy, której nie można pominąć.

Po zatwierdzeniu wytycznych wycofaliśmy się i czekaliśmy na nowojorczyków zgłaszających się do gabinetów terapeutycznych. Nie zjawił się niemal nikt.

Doktor Spencer Eth, który szefował oddziałowi psychiatrycznemu zamkniętego obecnie szpitala St. Vincent's w Greenwich Village, był

ciekaw, gdzie podziali się ci, którzy przeżyli tę traumę. Na początku 2002 roku razem z kilkoma studentami medycyny przeprowadził ankietę wśród 225 osób, które uciekły z zaatakowanych budynków. Spytane, co najbardziej pomogło im rozprawić się ze skutkami traumatycznych doświadczeń, wymieniły akupunkturę, masaże, jogę i EMDR, właśnie w tej kolejności [344]. Wśród ratowników największą popularnością cieszyły się masaże. Z ankiety Etha dowiadujemy się, że najskuteczniejsze były metody skupiające się na łagodzeniu objawów somatycznych wywołanych traumą. Różnica między doświadczeniami ocalałych a rekomendacjami ekspertów wydaje się zaiste intrygująca. Rzecz jasna nie wiemy, ile osób zgłosiło się w końcu na bardziej tradycyjną terapię, ale wyraźny brak zainteresowania psychoterapią rodzi podstawowe pytanie: Czy mówienie o swojej traumie rzeczywiście coś daje?

To, co niewypowiedziane

Terapeuci niezachwianie wierzą, że traumę można uleczyć poprzez rozmowę. Ta wiara sięga roku 1893, gdy Freud (i jego mentor, Breuer) napisali, że trauma „znikała natychmiast i trwale, gdy udało się nam ujawnić wspomnienia zdarzenia, które ją spowodowało i wywołać towarzyszące temu emocje oraz gdy pacjent opisał to zdarzenie z jak największą ilością szczegółów i nazwał swoje emocje” [345].

Niestety, to nie takie proste: Traumatyczne zdarzenia niemal nigdy nie dają się ubrać w słowa. Tak jest z każdym z nas, nie tylko z ludźmi cierpiącymi na PTSD. Pierwotny imprint wydarzeń z 11 września tworzyły nie opowieści, lecz obrazy: spanikowani ludzie biegnący ulicą z twarzami pokrytymi popiołem; samolot uderzający w pierwszą wieżę World Trade Center; widoczne w oddali plamki, które były ludźmi skaczącymi z okien. Te obrazy wciąż były odtwarzane w naszych umysłach i na ekranach telewizorów, dopóki burmistrz Giuliani i media nie pomogli nam stworzyć historii, którą mogliśmy podzielić się z innymi.

W książce *Siedem filarów mądrości* T. E. Lawrence tak opisywał swoje doświadczenia wojenne: „Nauczyliśmy się, że jest ból zbyt ostry, żal zbyt głęboki i ekstaza zbyt podniosła, by nasze ograniczone jaźnie mogły je zarejestrować. Gdy emocje są tak silne,

umysł się nimi dławi; a pamięć staje się białą kartą, póki okoliczności znów nie wrócą do codziennej monotonii” [346].Gdy trauma utrzymuje nas w stanie szoku, droga ku wyzdrowieniu wybrukowana jest słowami, ostrożnie dobieranymi, jedno po drugim, dopóki nie złoży się z nich cała opowieść.

Przełamując milczenie

Aktywiści pierwszej kampanii na rzecz świadomości AIDS stworzyli mocne hasło: „Milczenie = Śmierć”. Milczenie na temat traumy też prowadzi do śmierci – śmierci duszy. Milczenie wzmacnia opuszczenie i izolację. Gdy można głośno powiedzieć komuś „zostałam zgwałcona” albo „mój mąż mnie bije”, albo „moi rodzice twierdzili, że to narzędzie dyscypliny, ale to było maltretowanie”, albo „nie robię »tego« odkąd wróciłem z Iraku”, to znak, że zaczynamy drogę ku zdrowiu. Możemy myśleć, że panujemy nad swoim żalem, paniką czy wstydem, gdy o nich nie mówimy, ale możliwość nazwania emocji daje inny rodzaj kontroli.

Gdy w Księdze Rodzaju postawiono Adama ponad wszelkim stworzeniem, jego pierwszą reakcją było nadanie imion wszystkiemu, co żyje. Gdy zostałeś skrzywdzony, musisz zaakceptować i nazwać to, co ci się przydarzyło. Wiem to z własnego doświadczenia. Dopóki nie umiałem przyznać przed sobą, jak to było, gdy mój ojciec zamykał mnie w piwnicy za rozmaite przewinienia, jakich mógł się dopuścić trzylatek, wciąż zamartwiałem się, że zostanę skądś wykluczony albo porzucony. Dopiero, gdy mogłem opowiedzieć, jak czuł się tamten mały chłopiec, gdy mogłem mu wybaczyć, że był tak przerażony i uległy, zacząłem cieszyć się własnym towarzystwem.

Gdy czujesz, że ktoś cię słucha i rozumie, zmienia się twoja fizjologia; gdy umiesz rozpoznać i wyrazić złożone uczucia, twój układ limbiczny rozjarza się niczym żarówka i doznajesz olśnienia. Jeśli jednak spotykasz się z milczeniem i niezrozumieniem, twój duch upada. Jak to w niezapomniany sposób ujął John Bowlby: „Tego, czego nie można powiedzieć matce, nie można powiedzieć i sobie”. Jeśli ukrywasz przed sobą, że w dzieciństwie byłeś molestowany przez wujka, rośnie ryzyko, że na przypominające tę

sytuację bodźce będziesz reagować jak zwierzę na burzę: całym ciałem, wyrzutem hormonów sygnalizujących niebezpieczeństwo.

Bez języka, bez kontekstu, twoja świadomość może ograniczać się do: „Jestem przerażony". Chcąc zachować poczucie kontroli, najpewniej będziesz unikać wszystkiego, co nawet mgliście może ci przypominać o przeżytej traumie. Możesz też – nie wiedząc dlaczego – miotać się między byciem wycofanym i spiętym, a byciem podenerwowanym i wybuchowym.

Jak długo utrzymujesz „to" w sekrecie i blokujesz informacje, w gruncie rzeczy jesteś w stanie wojny z samym sobą. Ukrywanie najgłębszych uczuć pochłania ogromne ilości energii, wysysa motywację do osiągania ważnych celów i pozostawia cię znudzonym i zamkniętym w sobie. Tymczasem hormony stresu nie przestają zalewać twojego organizmu, wywołując bóle głowy i mięśni, kłopoty trawienne i seksualne oraz irracjonalne zachowania, które mogą krzywdzić ludzi w twoim otoczeniu, a ciebie samego wprawiać w zakłopotanie. Tylko jeśli określisz źródło tych reakcji, twoje uczucia mogą ci posłużyć do identyfikacji problemów wymagających pilnej interwencji.

Ignorowanie wewnętrznej rzeczywistości pożera też samoświadomość, poczucie własnego „ja" i celu. Psycholog kliniczny Edna Foa i jej współpracownicy opracowali tzw. kwestionariusz PTCI (Posttraumatic Cognitions Inventory), żeby ocenić, co pacjenci myślą o sobie [347]. Objawy PTSD często obejmują takie stwierdzenia jak: „w środku czuję się martwy", „już nigdy nie będę w stanie czuć normalnych emocji", „zmieniłem się na gorsze, już na zawsze", „czuję się jak przedmiot, nie jak osoba", i „nie poznaję siebie".

Najważniejsze jest pozwolić sobie wiedzieć to, co się wie. Potrzeba do tego niezwykłej odwagi. W książce *What It Is Like to Go to War* („Jak to jest iść na wojnę"), weteran wojny wietnamskiej, Karl Marlantes bierze się za bary ze wspomnieniami siebie jako członka niesłychanie skutecznej jednostki bojowej marines i stawia czoła przerażającemu rozdwojeniu, jakie w sobie odkrył:

> Przez lata nie uświadamiałem sobie, że muszę zasypać tę przepaść, a odkąd wróciłem nie było nikogo, kto by mi to pokazał… Dlaczego zakładałem, że jest we mnie tylko jedna osoba?… Jest we mnie taka część, która po prostu kocha zabijać, torturować i okaleczać. Ta część to nie cały ja. Są we mnie pierwiastki dokładnie przeciwne, z których jestem dumny. Czy zatem jestem zabójcą? Nie, ale część mnie

> jest. Czy jestem katem? Nie, ale część mnie jest. Czy czuję smutek i przerażenie, gdy czytam w gazecie o maltretowanych dzieciach? Tak. Ale czy mnie to nie fascynuje? [348]

Marlantes pokazuje nam, że jego droga do uzdrowienia wymagała nauczenia się mówienia prawdy, choćby była to prawda brutalnie bolesna. Bez jakiegoś nadrzędnego znaczenia, jakie można by nadać cierpieniu, smutek, śmierć i zniszczenie wymagają ciągłego uzasadniania. Brak takiego nadrzędnego znaczenia zachęca do zmyśleń, kłamstw i wypełniania luk [349].

> Nigdy nie potrafiłem nikomu powiedzieć, co działo się w środku. Blokowałem więc te obrazy, odpychałem je przez lata. Tę oderwaną część mnie zacząłem reintegrować dopiero, gdy naprawdę zacząłem wyobrażać sobie to dziecko jako dziecko, być może moje dziecko. Potem gdzieś z głębi wypłynął wszechogarniający smutek – i zdrowienie. Łączenie smutku, wściekłości, a może wszystkiego, z działaniem powinno być standardową procedurą operacyjną dla wszystkich żołnierzy, którzy zabijali w bezpośredniej walce. To nie wymaga żadnego skomplikowanego, psychologicznego przeszkolenia. Po prostu trzeba stworzyć grupy pod kierunkiem członka drużyny czy plutonu, który przeszedł kilkudniowy kurs dowodzenia i zachęcić ludzi do mówienia [350].

Spojrzenie na swój strach jakby z boku i podzielenie się tym doświadczeniem z innymi może przywrócić poczucie, że jesteś człowiekiem, członkiem ludzkiej rasy. Po tym, jak leczeni przeze mnie weterani wojny wietnamskiej dołączyli do grupy terapeutycznej, gdzie mogli dzielić się wspomnieniami okropności, które popełniali i których byli świadkami, zaczęli także otwierać serce przed swoimi dziewczynami.

Cud odkrywania siebie

Odkrywanie swojego „ja” słowami zawsze jest niczym objawienie, nawet jeśli znalezienie słów na opisanie wewnętrznej rzeczywistości to trudny i bolesny proces. Dlatego tak inspirujące jest dla mnie świadectwo Helen Keller o tym, jak „narodziła się dla języka” [351].

Gdy Helen miała dziewiętnaście miesięcy i zaczynała mówić, wirusowe zakażenie pozbawiło ją wzroku i słuchu. Ślepa, głucha i niema przeistoczyła się ze słodkiego, żywiołowego dziecka w istotę dziką i samotną. Po pięciu latach rozpaczliwych prób kontaktu jej rodzina zaprosiła niedowidzącą nauczycielkę, Anne Sullivan, by przyjechała z Bostonu do ich wiejskiej posiadłości w Alabamie i podjęła się nauki Helen. Anne od razu zaczęła uczyć dziewczynkę

języka migowego, sylabizując każde słowo rękoma, ale trzeba było dziesięciu tygodni, żeby nawiązać kontakt z tym dzikim dzieckiem. Przełom nastąpił, gdy Anne literowała słowo „woda", ujmując jedną z rąk Helen, drugą zaś trzymając pod pompą z wodą. W książce *Historia mojego życia* („The Story of My Life") Helen tak wspominała tę chwilę: „Woda! To słowo wstrząsnęło moją duszą i zbudziłam się, pełna ducha poranka… Do tego dnia mój umysł był jak ciemny pokój, czekający na słowa, by weszły i napełniły go światłem, którym jest myśl. Tego dnia nauczyłam się wielu słów".

Poznanie nazw rzeczy pozwoliło dziecku nie tylko stworzyć wewnętrzną reprezentację niewidzialnej i niesłyszalnej rzeczywistości wokół niej, ale także odnaleźć siebie: Sześć miesięcy później zaczęła mówić o sobie w pierwszej osobie: „ja".

Historia Helen przypomina mi o tych maltretowanych, krnąbrnych, mrukliwych dzieciakach, jakie widujemy w naszych zamkniętych programach terapeutycznych. Helen, zanim poznała język, była oszołomiona i egocentryczna – wspominając te czasy nazywała tamtą siebie „zjawą". I zaiste, nasze dzieciaki są niczym zjawy, dopóki nie odkryją, kim są i nie poczują się wystarczająco bezpiecznie, żeby opowiedzieć, co się z nimi dzieje.

W późniejszej książce *The World I Live In* („Świat, w którym żyję"), Keller ponownie opisuje swoje narodziny do samoświadomości: „Zanim przyszła do mnie moja nauczycielka, nie wiedziałam, że jestem. Żyłam w świecie, który był nie-światem… Nie miałam woli ani rozumu… Mogę to wszystko pamiętać nie dlatego, że wiedziałam, iż tak jest, ale dlatego, że mam dotykową pamięć. Ona pozwala mi pamiętać, że mojego czoła nigdy nie musnęła zmarszczka myśli" [352].

Helen nie mogła dzielić się swoimi „dotykowymi" wspomnieniami. Dopiero język otworzył przed nią możliwości uczestniczenia w społeczności. W wieku ośmiu lat, gdy wraz z Anne pojechała do Zakładu dla Niewidomych Perkinsa w Bostonie (gdzie kształciła się także sama Sullivan), po raz pierwszy mogła porozumieć się z innymi dziećmi. „Och, co za szczęście!", napisała. „Móc bez przeszkód rozmawiać z innymi dziećmi! Czuć się u siebie w wielkim świecie!".

To, jak z pomocą Anne Sullivan, Helenie udało się odkryć język, oddaje kluczową jakość relacji terapeutycznej: znaleźć słowa tam, gdzie ich wcześniej nie było, a w efekcie móc podzielić się z drugim człowiekiem swoim najgłębszym bólem i najgłębszymi uczuciami. To jedno z najbardziej poruszających doświadczeń jakie dane jest nam przeżyć, a współczucie – stan, w którym dotąd niewypowiedziane słowa można odnaleźć, wypowiedzieć i otrzymać odpowiedź, to kluczowa wartość w leczeniu wywołanej traumą izolacji – zwłaszcza, gdy inne osoby w naszym życiu tylko ignorowały nas lub uciszały. Możliwość swobodnej, nieskrępowanej komunikacji to przeciwieństwo przeżywania traumy.

Dwoistość świadomości. Znajomość siebie czy opowiadanie swojej historii?

Tymczasem każdy, kto przychodzi na psychoterapię, niemal na dzień dobry doświadcza ograniczeń języka. Tak było z moją prywatną psychoanalizą. Choć mam łatwość konwersacji i potrafię interesująco opowiadać, szybko zdałem sobie sprawę, jak trudno było głęboko odczuwać swoje uczucia i jednocześnie przekazywać je drugiej osobie. Gdy wchodziłem w kontakt z najbardziej intymnymi, bolesnymi albo niejednoznacznymi momentami ze swojego życia, stawałem często przed dylematem: mogłem albo ponownie przeżywać w swej duszy tamte sytuacje i pozwolić ponieść się tym samym uczuciom, jakich wtedy doświadczałem, albo opowiedzieć mojemu terapeucie w sposób spójny i logiczny o tym, co się zdarzyło. Gdy wybierałem to drugie, szybko traciłem kontakt ze swoim „ja” i zaczynałem koncentrować się na opiniach terapeuty o tym, co mówię. Najmniejszy cień zwątpienia albo wrażenie, że mnie osądza, natychmiast sprawiały, że zamykałem się w sobie i zaczynałem skupiać się na odzyskaniu jego aprobaty.

Od tamtego czasu badania w dziedzinie neuronauki wykazały, że ludzie posiadają dwie różniące się od siebie formy samoświadomości: jedna śledzi „ja” w czasie, druga rejestruje „ja” w danym momencie, w teraźniejszości. Pierwsza, autobiograficzne „ja” łączy doświadczenia w spójną opowieść. Ten system jest głęboko osadzony w języku. Nasza narracja zmienia się w miarę opowiadania, podobnie jak nasza perspektywa zmienia się w miarę

dopływu nowych bodźców. Druga – samoświadomość bieżąca, z chwili na chwilę – opiera się w głównej mierze na doznaniach fizycznych, ale gdy czujemy się bezpieczni i nikt nie wywiera na nas presji, umiemy znaleźć słowa, żeby przekazać i te doświadczenia. Te dwa sposoby poznania mieszczą się w różnych rejonach mózgu, słabo ze sobą połączonych [353]. Tylko system samoświadomości, zlokalizowany w przyśrodkowej korze przedczołowej, może zmieniać mózg emocjonalny.

W grupach, jakie prowadziłem dla weteranów, mogłem czasem zobaczyć, jak oba systemy współpracują. Żołnierze opowiadali przerażające historie śmierci i zniszczenia, ale zauważyłem, że jednocześnie ich ciała aż promieniały poczuciem dumy i przynależności. Podobnie wielu pacjentów opowiada mi o szczęśliwych rodzinach w jakich wyrastali, podczas gdy ich ciała kulą się i garbią, a głosy brzmią trwożliwie i nerwowo. Jeden układ tworzy historię na użytek publiczny, i jeśli będziemy ją często powtarzać, sami zaczniemy w końcu wierzyć, że to cała prawda i tylko prawda. Ale „ten drugi" rejestruje inną prawdę: to, jak doświadczamy danej sytuacji głęboko w sobie. Do tego drugiego musimy dotrzeć, oswoić go i się z nim pojednać.

Całkiem niedawno, w moim szpitalu uniwersyteckim, przeprowadzałem wraz z grupą stażystów psychiatrii wywiad z młodą kobietą cierpiącą na padaczkę skroniową. Powodem rozmowy była próba samobójcza. Rezydenci zadawali standardowe pytania o objawy, zażywane leki, ile lat miała, gdy postawiono rozpoznanie, co skłoniło ją do podjęcia próby samobójczej. Dziewczyna odpowiadała spokojnie i rzeczowo: W chwili rozpoznania miała pięć lat. Straciła pracę, czuła się bezwartościowa. Z jakiegoś powodu jeden ze stażystów spytał ją, czy była wykorzystywana seksualnie. Pytanie mnie zaskoczyło, pacjentka nie dawała żadnych sygnałów, że miała problemy ze swoją seksualnością czy też w związkach intymnych i zacząłem się zastanawiać, czy pytający nie miał w tym jakiegoś prywatnego interesu. Mimo wszystko historia kobiety nie wyjaśniała, dlaczego załamała się po utracie pracy. Spytałem ją więc, jak się czuła, gdy w wieku pięciu lat oznajmiono jej, że coś jest nie tak z jej mózgiem. To zmusiło ją do zastanowienia, bo nie miała przygotowanej

odpowiedzi. Przygaszonym tonem powiedziała nam, że najgorsze z całej diagnozy było to, że potem jej ojciec nie chciał z nią mieć nic wspólnego: „Po prostu uznał mnie za uszkodzoną”. Nikt jej nie wsparł, więc musiała w zasadzie radzić sobie sama.

Z kolei zapytałem ją, co czuje teraz do tej małej dziewczynki ze świeżo rozpoznaną padaczką, pozostawionej samej sobie. Zamiast płakać nad jej samotnością albo wściekać się za brak wsparcia odparła z gniewem: „Była głupia, marudna i uległa. Powinna była to przełknąć, nie mazać się, tylko coś zrobić”. Ta żarliwość z pewnością wyrażała tę część jej osoby, która odważnie starała się jakoś radzić sobie ze stresem. Musiałem przyznać, że wtedy najprawdopodobniej taka postawa pomogła jej przetrwać. Poprosiłem, by pozwoliła tej małej, przestraszonej i opuszczonej dziewczynce opowiedzieć, jak to było być zupełnie samą, gdy jej choroba zbiegła się z odrzuceniem przez rodzinę. Zaczęła szlochać i przez długi czas milczała, by na koniec przyznać: „Ona na to nie zasłużyła. Powinna dostać wsparcie; ktoś powinien był się nią zaopiekować”. Potem znów zmieniła nastawienie i z dumą opowiedziała mi, co osiągnęła – jak wiele jej się udało, mimo braku wsparcia. Opowieść dla innych i wewnętrzne przeżycia wreszcie się spotkały.

Ciało jako most

Opowieści o traumie zmniejszają poczucie izolacji i wyjaśniają, dlaczego ludzie cierpią tak, jak cierpią. Pozwalają lekarzom stawiać rozpoznania, żeby mogli zająć się takimi problemami swoich pacjentów jak bezsenność, wybuchy gniewu, koszmary senne czy niemożność odczuwania. Opowieści znajdują też czasem kogoś, kogo można oskarżyć. Obwinianie to cecha wspólna wszystkim ludziom; pozwala nam czuć się dobrze, gdy czujemy się źle. Inaczej mówiąc, jak ujął to mój stary nauczyciel Elvin Semrad: „Nienawiść napędza świat”. Opowieści mogą jednak także przysłaniać ważniejszą kwestię – fakt, że trauma zmienia ludzi nie do poznania: tak, że *de facto* przestają być sobą.

Niezwykle trudno jest wyrazić słowami to uczucie „bycia nie-sobą”. Język ewoluował głównie do dzielenia się „tym, co wokół”, nie do wyrażania wewnętrznych uczuć, naszego wnętrza. (I znów, ośrodek mowy w mózgu znajduje się tak daleko od ośrodka doświadczania

własnego „ja”, jak to tylko anatomicznie możliwe). Większość z nas o wiele lepiej opisuje kogoś innego niż samych siebie. Kiedyś usłyszałem, jak harwardzki psycholog Jerome Kagan powiedział: „Zadanie opisania najintymniejszych doświadczeń można porównać do sięgania na dno głębokiej studni w grubych, skórzanych łapawicach po drobne, kruche, kryształowe figurki” [354].

Możemy obejść nieadekwatność słów, angażując samoobserwujące, osadzone głęboko w ciele poczucie „ja”, wyrażające się przez wewnętrzne odczucia, ton głosu i napięcie mięśni. Zdolność do doświadczania tych „trzewnych” wrażeń to podstawa świadomości emocjonalnej [355]. Jeśli pacjent mówi mi, że gdy miał osiem lat, zostawił go ojciec, najpewniej każę mu zatrzymać opowieść i poproszę, by zastanowił się, co dzieje się w jego ciele, kiedy opowiada mi o tamtym chłopcu, który już nigdy nie zobaczył taty? Gdzie lokalizują się te odczucia? Gdy uaktywniasz to, co ściska ci żołądek i łamie serce, gdy podążasz ścieżkami interocepcji w najgłębsze zakamarki swojej jaźni – rzeczywistość zaczyna się zmieniać…

Pisanie do siebie

Są i inne sposoby dotarcia do wewnętrznego świata uczuć. Jednym z najskuteczniejszych jest pisanie. Większości z nas, gdy ktoś nas zdradzi albo porzuci, zdarza się uwalniać uczucia w gniewnych, oskarżycielskich, tęsknych albo pełnych smutku listach. Niemal zawsze dzięki temu czujemy się lepiej, nawet jeśli nigdy ich nie wyślemy. Gdy piszesz do siebie, nie musisz martwić się o to, co powiedzą inni – po prostu słuchasz własnych myśli i dajesz się im ponieść. Kiedy potem czytasz, co napisałeś, często odkrywasz zaskakujące prawdy. Jako członkowie społeczności w codziennych kontaktach z innymi musimy być „fajni” i podporządkowywać uczucia bieżącym zadaniom. Gdy rozmawiamy z kimś, z kim nie czujemy się do końca bezpiecznie, nasz „społeczny cenzor” wkracza na pełnych obrotach i uruchamia system ostrzegania. Pisanie to co innego. Jeśli poprosisz cenzora, żeby cię na chwilę zostawił, możesz odnaleźć rzeczy, których byś się nawet nie spodziewał. Możesz wejść w stan podobny do transu, w którym twoje pióro (albo klawiatura komputerowa) wydobywa na powierzchnię wszystko, co buzowało

w głębi. Możesz połączyć te autoobserwacyjne i narracyjne części twojego mózgu, nie martwiąc się o to, jaki będzie ich odbiór. W tzw. wolnym pisaniu, żeby wejść w strumień skojarzeń, możesz użyć dowolnej rzeczy jako osobistego testu Rorschacha. Po prostu zapisujesz pierwszą rzecz, jaka przychodzi ci do głowy na widok tego, co przed tobą, a potem piszesz, po prostu piszesz, bez zatrzymywania się, zastanawiania czy skreśleń. Drewniana łyżka leżąca na stole może wywołać wspomnienia o robieniu razem z babcią pysznego sosu pomidorowego albo o tym, jak cię bito w dzieciństwie. Imbryczek przekazywany z pokolenia na pokolenie może zabrać cię krętą ścieżką w najodleglejsze zakamarki umysłu, do bliskich, których straciłeś albo do rodzinnych wakacji, które były mieszaniną miłości i kłótni. Może pojawi się jakiś obraz, potem wspomnienie, a potem akapit, który to opisze. Cokolwiek znajdzie się na papierze będzie wyrazem skojarzeń, które są tylko i wyłącznie twoje.

Moi pacjenci często przynoszą na sesje zapiski i rysunki, które opowiadają o wspomnieniach, o których nie są jeszcze gotowi rozmawiać. Odczytywanie ich na głos prawdopodobnie by ich przytłoczyło, ale chcą, żebym wiedział z czym się zmagają. Mówię im, jak bardzo doceniam ich odwagę w odkrywaniu ukrytych dotąd fragmentów własnej jaźni i to, że mi zawierzyli. Te pośrednie komunikaty pomagają mi planować leczenie, na przykład, czy mam do tego co robiłem dotychczas dodać doświadczanie somatyczne (*somatic experiencing*), neurofeedback, czy EMDR.

O ile wiem, pierwsze systematyczne badanie mocy języka w uwalnianiu od traumy przeprowadzono w roku 1986, gdy James Pennebaker na University of Texas w Austin przekształcił grupę początkującą na psychologii w laboratorium badawcze. Pennebaker rozpoczął eksperyment ze zdrowym szacunkiem dla znaczenia zahamowań czy zatrzymywania rzeczy dla siebie, co uznawał za spoiwo cywilizacji [356]. Założył jednak również, że ludzie płacą cenę za próbę zablokowania tego, co wiedzą. Zaczął od prośby, żeby każdy ze studentów odnalazł w sobie bardzo osobiste doświadczenie, które uważał za bardzo stresujące lub traumatyczne. Potem podzielił ich na trzy grupy: jedna miała opisać to, co teraz dzieje się w ich życiu; druga szczegóły traumatycznego lub

stresującego zdarzenia, a trzecia odtworzyć związane z nim fakty, uczucia i emocje oraz opisać, jakie ich zdaniem znaczenie miało ono dla ich dalszego życia. Wszyscy studenci przez cztery kolejne dni pisali bez przerwy przez piętnaście minut, siedząc samotnie w małej kanciapce budynku psychologii.

Wzięli sobie sprawę bardzo do serca; wielu ujawniło sekrety, o których nigdy wcześniej nikomu nie mówili. Często płakali, gdy pisali, a wielu zwierzało się asystentom, że to doświadczenie bardzo ich poruszyło. Sześćdziesięciu pięciu spośród dwustu uczestników napisało o traumie z dzieciństwa. I choć najczęstszym tematem była śmierć członka rodziny, 22 procent kobiet i co dziesiąty mężczyzna opisali, że byli wykorzystywani seksualnie, zanim ukończyli siedemnasty rok życia. Badacze pytali też o zdrowie studentów i byli zaskoczeni, jak często zgłaszali oni rozmaite, większe lub mniejsze problemy zdrowotne: od nowotworów, nadciśnienia i wrzodów po grypę, bóle głowy i uszu [357]. Osoby, które opisały traumatyczne doświadczenia seksualne, w poprzednim roku spędziły w szpitalu statystycznie 1,7 dnia, niemal dwa razy tyle, co pozostali.

Zespół porównał następnie liczbę wizyt uczestników w studenckim ośrodku zdrowia w miesiącu poprzedzającym badanie i w miesiącu następującym po nim. Niewątpliwie najwięcej zyskała grupa, która pisała zarówno o faktach, jak i o emocjach związanych z traumatycznym wydarzeniem: w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami liczba wizyt u lekarza spadła u nich o połowę. Opisanie swoich najgłębiej skrywanych myśli i uczuć na temat traumy poprawiło im nastrój, zwiększyło optymizm i sprawiło, że stali się zdrowsi. Gdy o ocenę badania poproszono samych studentów, skupiali się oni na tym, jak dzięki niemu udało im się lepiej zrozumieć samych siebie: „Pomogło mi dowiedzieć się, jak się wtedy czułem. Nigdy wcześniej nie zdawałem sobie sprawy, jak wielki miało to na mnie wpływ”. „Musiałem przemyśleć i rozwiązać przeszłe problemy. Jednym z efektów eksperymentu był spokój ducha. To, że musiałem opisać uczucia i emocje, pomogło mi zrozumieć, jak się czułem i dlaczego” [358].

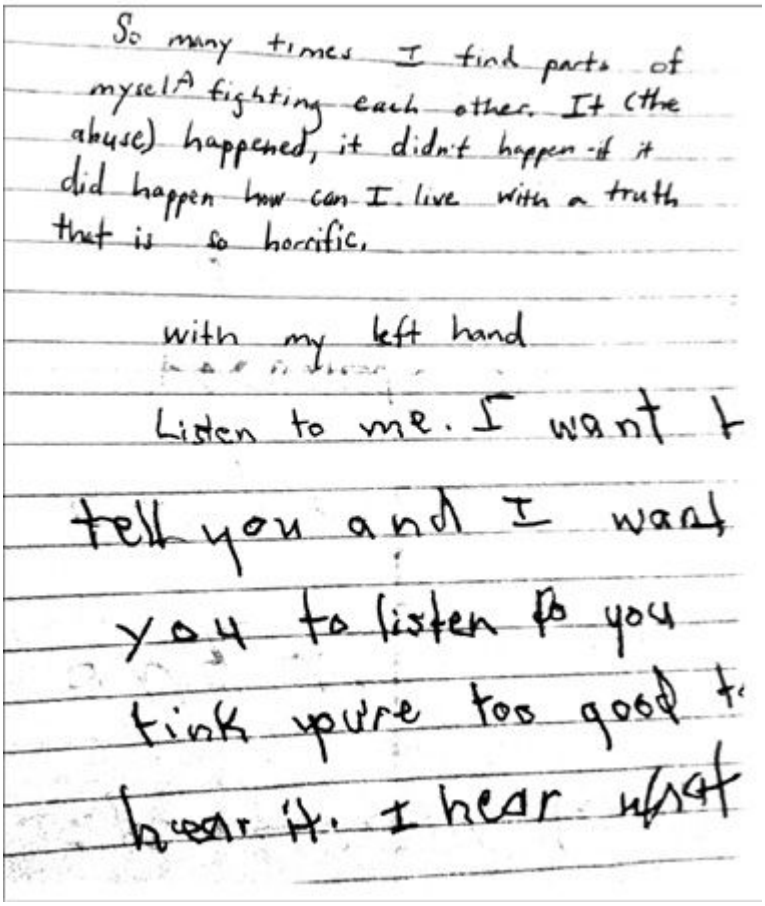
W kolejnym badaniu Pennebaker poprosił połowę z grupy siedemdziesięciu dwóch studentów, żeby nagrali na taśmę swoje wspomnienie o najbardziej traumatycznym wydarzeniu z ich życia.

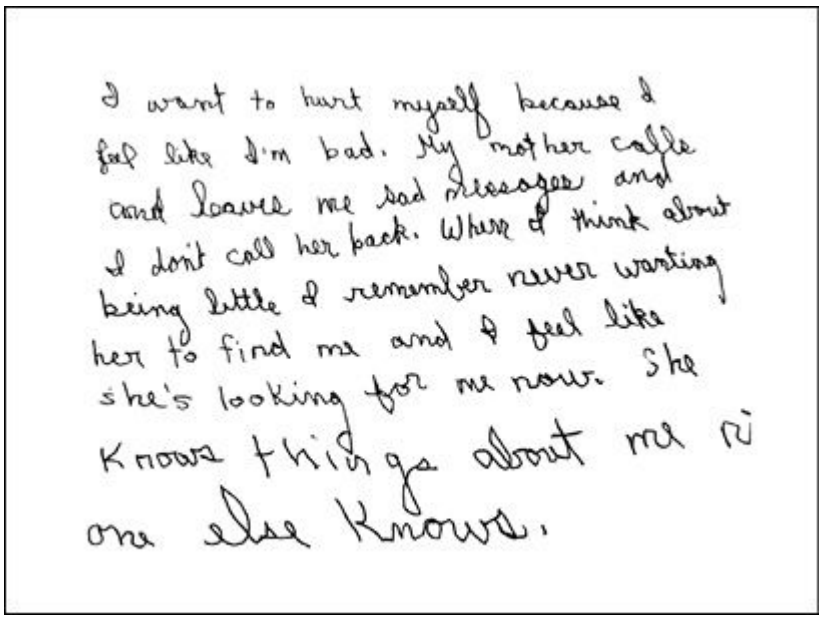
Jednocześnie badacze rejestrowali ich fizjologiczne reakcje: ciśnienie krwi, tętno, napięcie mięśni i temperaturę dłoni [359]. Wyniki były podobne. U tych, którzy pozwolili sobie na przeżywanie emocji, doszło do znaczących zmian fizjologicznych zarówno natychmiastowych, jak i w długim terminie. W trakcie „spowiedzi" wzrastało im ciśnienie, tętno i inne autonomiczne parametry, ale później podniecenie opadało do poziomów niższych niż wyjściowe. Spadek ciśnienia krwi był odczuwalny jeszcze sześć tygodni po zakończeniu eksperymentu. Obecnie powszechnie akceptuje się fakt, że stresujące doświadczenia, czy to rozwód, czy egzamin, czy samotność, negatywnie wpływają na układ odpornościowy, ale w czasach Pennebakera były to stwierdzenia mocno kontrowersyjne.

Na podstawie jego protokołów badawczych zespół naukowców z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Stanu Ohio porównał dwie grupy studentów: jedna pisała o osobistej traumie, druga – na jakiś błahy temat [360]. I znów ci, którzy opisywali własne traumatyczne przeżycia, rzadziej chodzili potem do studenckiego ośrodka zdrowia, a poprawa ich zdrowia była skorelowana z lepszym działaniem układu odpornościowego, co odzwierciedlała aktywność limfocytów T (tzw. „naturalnych zabójców") i innych markerów obecnych we krwi. Efekt był najwyraźniejszy zaraz po badaniu, ale można go było wykryć jeszcze sześć tygodni później. Eksperymenty z pisaniem, prowadzone na całym świecie z udziałem uczniów, mieszkańców domów pomocy, studentów medycyny, więźniów z zakładów o zaostrzonym rygorze, osób cierpiących na artretyzm, świeżo upieczonych matek i ofiar gwałtu wskazują, że pisanie o poruszających zdarzeniach przyczynia się do poprawy zdrowia, tak fizycznego, jak i psychicznego.

Moją uwagę przyciągnął jeszcze jeden aspekt badań Pennebakera. Gdy uczestnicy opowiadali o sprawach intymnych albo trudnych, często zmieniali ton głosu i styl mówienia. Różnice były tak uderzające, że badacz zastanawiał się, czy czasem nie pomylił taśm. Na przykład jedna z kobiet opisywała swoje plany dziecięcym, wysokim głosikiem, ale parę minut później, gdy mówiła, jak ukradła sto dolarów z otwartej kasy, zarówno ton jej głosu, jak i jego głośność tak się obniżyły, że brzmiała jak całkiem inna osoba. Wahania stanu emocjonalnego wyrażały się także w zmianie

charakteru pisma. Gdy uczestnicy zmieniali temat, zaczynali na przykład pisać kapitalikami zamiast kursywą, a potem do niej wracali; widać było też różnice pochylenia liter i nacisku pióra na papier. W praktyce klinicznej takie zmiany określa się mianem *switchingu* (przełączania) i często widujemy je u osób z historią traumy. Pacjenci, zmieniając temat rozmowy, uruchamiają całkowicie różne stany emocjonalne i reakcje fizjologiczne. *Switching* przejawia się nie tylko totalnie odmiennymi parametrami głosu, ale również zmianą mimiki i postawy ciała. Niektórzy pacjenci wydają się nawet zmieniać osobowość, z nieśmiałej na buńczuczną i agresywną albo z lękliwie uległej na otwarcie uwodzicielską. Gdy piszą o najgłębiej ukrytych lękach, ich charakter pisma często staje się dziecinny i prymitywny.





Jeśli pacjentów, którzy demonstrują taką zmienność stanów, traktuje się jak symulantów albo zaleca im się, żeby zablokowali nieprzewidywalnie irytujące fragmenty siebie, często przestają się komunikować. Prawdopodobnie wciąż będą szukać pomocy, ale po tym, jak ich uciszono, wołanie o pomoc będą wyrażać nie słowami, lecz czynami: próbami samobójczymi, depresją albo napadami wściekłości. Jak zobaczymy w rozdziale 17., można im pomóc tylko wtedy, gdy zarówno pacjent, jak i jego terapeuta docenią rolę, jaką te różne stany odgrywały w pierwotnym przeżyciu.

Taniec, muzyka i sztuka

Są tysiące terapeutów sztuką, muzyką i tańcem, którzy wykonują wspaniałą pracę z maltretowanymi dziećmi, żołnierzami cierpiącymi na PTSD, ofiarami kazirodztwa, uchodźcami czy osobami, które przeżyły tortury. Skuteczność terapii ekspresyjnych potwierdzają liczne świadectwa [361]. Na tym etapie bardzo mało wiemy jednak o tym, jak one działają czy o swoistych aspektach stresu posttraumatycznego, jakimi się zajmują. Naukowe ustalenie wartości tych metod poprzez badania byłoby niezwykle skomplikowane pod względem logistycznym i finansowym. Jednym z powodów, dla których sztuka, muzyka i taniec są wykorzystywane w leczeniu traumy przez kultury na całym świecie jest fakt, że potrafią one „obejść” towarzyszącą przerażeniu nieumiejętność wyrażenia emocji słowami. Jednym z niewielu systematycznych badań, porównujących

niewerbalny wyraz artystyczny z pisaniem, mogą się pochwalić James Pennebaker i Anne Krantz, terapeutka tańcem i ruchem z San Francisco [362]. Jedną trzecią z grupy sześćdziesięciu czterech studentów poproszono w nim o opisywanie osobistego, traumatycznego doświadczenia przez trzy kolejne dni, najpierw poprzez ekspresyjne ruchy ciała wykonywane co najmniej dziesięć minut dziennie, a potem poprzez pisanie o nim przez kolejne dziesięć minut. Druga grupa tańczyła, ale nie pisała o swojej traumie, zaś trzecia uczestniczyła w standardowych ćwiczeniach ruchowych. Przez trzy kolejne miesiące członkowie każdej z grup twierdzili, że czują się zdrowsi i szczęśliwsi. Jednak tylko w grupie, która zarówno wykonywała ekspresyjne ruchy, jak i opisywała swoje doświadczenia, można było obserwować obiektywne wskaźniki zmiany: poprawę stanu zdrowia i wzrost średniej ocen. (W badaniu nie oceniano konkretnych objawów PTSD). Pennebaker i Krantz stwierdzili w końcowych wnioskach: „Proste wyrażenie traumy nie wystarcza. Zdrowie wydaje się wymagać przełożenia doświadczeń na słowa". Nadal nie wiemy jednak, czy ten wniosek – że język jest niezbędny do wyzdrowienia – jest tak naprawdę uniwersalny. Wyniki tych badań nad pisaniem, które skupiały się na objawach PTSD, a nie na ogólnym stanie zdrowia, były rozczarowujące.

Gdy rozmawiałem o tym z Pennebakerem, ostrzegł mnie on, że większość prac zajmujących się wpływem pisania na pacjentów z PTSD wykonywano w warunkach terapii grupowych, gdzie od uczestników oczekiwano, że będą się oni dzielić swoimi opowieściami. Podkreślił też to, o czym mówiłem wcześniej – że celem pisania jest pisanie do siebie, żeby dać sobie znać o tym, czego do tej pory tak starannie unikaliśmy.

Ograniczenia języka

Trauma przytłacza słuchacza nie mniej niż tego, który opowiada. W książce *The Great War in Modern Memory* („Wielka Wojna w pamięci współczesnych"), mistrzowskim opisie I wojny światowej, Paul Fussell fantastycznie przedstawia strefę ciszy, jaką tworzy trauma:

> Jednym z wojennych „krzyży" jest konflikt między zdarzeniami a dostępnym do ich opisu językiem czy odpowiedniością pojęć. Logicznie rzecz biorąc nie ma powodu,

> dla którego angielski nie mógłby perfekcyjnie oddać rzeczywistości wojny: jest bogaty w takie słowa jak krew, przerażenie, agonia, szaleństwo, gówno, okrucieństwo, morderstwo, wyprzedaż, ból i mistyfikacja, i w takie określenia jak: urwało mu nogi, flaki przelewały mu się przez palce, wrzeszczał całą noc, wykrwawiał się z odbytnicy na śmierć, itp. Problem tkwił więc nie tyle w samym języku, ile w dobrych manierach i optymizmie. […] Prawdziwym powodem [dla którego żołnierze popadali w milczenie] było odkrycie, że nikt nie jest zbytnio zainteresowany złymi wieściami, jakie mieli do przekazania. Jaki słuchacz chciałby być wstrząśnięty i wprawiony w przerażenie, jeśli nie musi? Słowo niewymawialne zaczęło oznaczać nieopisywalne, a tak naprawdę, po prostu okropne [363].

Mówienie o bolesnych przeżyciach nie zawsze prowadzi do nawiązania porozumienia – często jest wręcz odwrotnie. Rodziny i organizacje mogą odrzucać osoby rozpowiadające o tym, co powinno pozostać w ukryciu; przyjaciele i bliscy tracą cierpliwość do tych, którzy pozostają uwięzieni w żalu i poczuciu krzywdy. To jeden z powodów, dla których ofiary traumy często zamykają się w sobie, a ich historie stają się wyuczonymi tekstami, opracowanymi tak, by nie prowokować odrzucenia.

Znalezienie bezpiecznej przestrzeni, w której można by wyrazić ból traumy, to wielkie wyzwanie. Dlatego stowarzyszenia, takie jak Anonimowi Alkoholicy, DDA (dorosłe dzieci alkoholików), Anonimowi Narkomani i inne grupy wsparcia mogą być tak istotne. Dotarcie do społeczności, w której można opowiedzieć swoją prawdę, umożliwia powrót do zdrowia. Dlatego osoby, które doświadczyły traumy, potrzebują profesjonalnych terapeutów, przeszkolonych w wysłuchiwaniu nawet najbardziej okrutnych szczegółów z życia swoich pacjentów. Pamiętam pierwszy raz, gdy żołnierz opowiedział mi o tym, jak zabił w Wietnamie dziecko. Natychmiast stanęła mi przed oczyma scena, w której miałem jakieś siedem lat, a mój ojciec powiedział mi, że „za okazanie braku szacunku” dziecko sąsiadów zostało pobite na śmierć przez nazistowskich żołnierzy tuż przed naszym domem. Moja reakcja na spowiedź tego weterana była zbyt silna i musiałem zakończyć sesję. To dlatego terapeuci muszą najpierw przejść własną intensywną terapię, żeby umieli doprowadzić się do ładu i pozostać emocjonalnie dostępnymi dla swoich pacjentów, nawet gdy opowieści tych ostatnich wzbudzają wściekłość lub wstręt.

Inny problem powstaje, gdy ofiary traumy stają się nieme dosłownie – ośrodek mowy w ich mózgu po prostu się wyłącza [364].

Widziałem takie wyłączenie w wielu przypadkach u imigrantów, a także na procesie człowieka oskarżonego o masowe morderstwa w Rwandzie. Poproszone o złożenie zeznań ofiary często są tak przytłoczone wspomnieniami, że ledwie mogą mówić, albo ogarnia je taka panika, że nie mogą jasno opisać tego, co im się przydarzyło. Ich świadectwa są często podważane jako zbyt chaotyczne, splątane i pofragmentowane, żeby mogły być wiarygodne. Inni próbują zrelacjonować swoją historię w sposób, który zmniejsza ryzyko, że wspomnienia ich przytłoczą. To sprawia, że zostają uznani za świadków unikających zeznań i niewiarygodnych. Widziałem dziesiątki spraw oddalonych dlatego, że uchodźcy szukający azylu nie potrafili spójnie opowiedzieć, dlaczego uciekli ze swoich domów. Znałem też wielu weteranów, którym administracja odmówiła odszkodowań, bo nie potrafili szczegółowo wyjaśnić, co ich spotkało. Splątanie i mutyzm to w zasadzie rutyna w gabinetach terapeutycznych: Oczekujemy, że jeśli będziemy naciskać na poznanie szczegółów ich historii, nasi pacjenci zupełnie się poddadzą. Dlatego wypracowaliśmy „wahadłowe" podejście do leczenia traumy (wyrażenie ukute przez mojego przyjaciela Petera Levine'a). Nie unikamy konfrontacji ze szczegółami, uczymy jednak naszych pacjentów, jak bezpiecznie zamoczyć w wodzie jeden palec i wyjąć go, czyli jak dochodzić do prawdy stopniowo.

Zaczynamy od rozpoznania w ciele wewnętrznych „wysp bezpieczeństwa" [365]. Oznacza to pomoc pacjentom w zidentyfikowaniu części ciała, postaw czy ruchów, które pozwalają im na odzyskanie stabilności w sytuacjach, gdy czują się unieruchomieni, przerażeni albo wściekli. Te miejsca znajdują się zwykle poza zasięgiem oddziaływania nerwu błędnego, który przewodzi impulsy paniki do klatki piersiowej, brzucha i gardła; dlatego mogą być one sprzymierzeńcami w procesie integracji traumy. Pytam na przykład pacjentkę, czy jej dłonie czują się dobrze, a gdy odpowie, że tak, proszę, by nimi poruszyła, doświadczyła ich lekkości, giętkości i ciepła. Potem, gdy zauważam, że jej klatka piersiowa nieruchomieje, a oddech niemal ustaje, mogę poprosić, by na chwilę zatrzymała opowieść, skupiła się na dłoniach i poruszyła nimi – tak, by mogła oddzielić się od traumy. Mogę też poprosić, żeby skupiła się na wydechu i na tym, jak może go zmieniać albo, by

z każdym oddechem równocześnie podnosiła i opuszczała ramiona – tak jak to jest w qigong.

Dla niektórych pacjentów dobrą „kotwicą” jest uciskanie punktów akupresurowych [366]. Innych proszę, by poczuli ciężar własnego ciała w fotelu albo postawili stopy na podłodze. Czasem proszę pacjenta, który milknie, żeby zauważył, co się dzieje, gdy prostuje się w fotelu. Niektórzy sami odkrywają swoje wyspy bezpieczeństwa – zaczynają rozumieć, że mogą tworzyć wewnętrzne wrażenia i w ten sposób równoważyć poczucie braku kontroli. To daje podstawy do dalszej terapii i radzenia sobie z traumą: na przemian to odkrywania, to poszukiwania bezpieczeństwa, balansowania między językiem a ciałem, między pamiętaniem przeszłości a poczuciem, że żyje się tu i teraz.

Jak radzić sobie z rzeczywistością

Poradzenie sobie z traumatycznymi wspomnieniami, to jednak dopiero początek leczenia. W licznych badaniach wykazano, że pacjenci z PTSD mają także bardziej ogólne problemy z koncentracją uwagi i przyswajaniem nowych informacji [367]. Alexander McFarlane przeprowadził prosty eksperyment: poprosił grupę ludzi, żeby w ciągu minuty wymienili jak najwięcej słów na literę B. Przeciętna wynosiła piętnaście; u osób z PTSD – trzy lub cztery. Zdrowi ochotnicy wahali się, gdy pokazywano im „groźne” słowa jak *krew*, *rana* czy *gwałt*; badani z PTSD równym wahaniem reagowali na zwyczajne słowa jak *wełna*, *lody* czy *rower* [368].

Po jakimś czasie większość cierpiących na PTSD nie zajmuje się rozpamiętywaniem przeszłości – ich problemem jest po prostu przebrnięcie przez kolejny dzień. Nawet ci straumatyzowani pacjenci, którzy mają naprawdę istotny wkład w edukację, leczenie, biznes czy sztukę, a także dobrze wychowują własne dzieci, poświęcają na te codzienne czynności o wiele więcej energii niż zwykli śmiertelnicy.

Kolejną pułapką języka jest wrażenie, że jeśli nasze myślenie „nie ma sensu”, można je łatwo skorygować. „Kognitywna”, czyli poznawcza część terapii poznawczo-behawioralnej, skupia się na zmianie tego „dysfunkcjonalnego myślenia”. To odgórne podejście do zmiany, w którym terapeuta podaje w wątpliwość i „zmienia

kontekst” negatywnej percepcji, mówiąc na przykład: „Porównajmy twoje poczucie winy za gwałt, którego padłaś ofiarą z faktami na ten temat” albo: „Porównajmy twój lęk przed prowadzeniem samochodu ze statystykami na temat bezpieczeństwa ruchu drogowego”.

Przypomina mi się tu zestresowana kobieta, która przyszła kiedyś do naszej kliniki, prosząc o pomoc, bo jej dwumiesięczne dziecko było „takie samolubne”. Czy pomogłyby jej statystyki dotyczące rozwoju osobniczego albo wyjaśnienie koncepcji altruizmu? Najpewniej nie, przynajmniej do czasu, gdy zyskałaby dostęp do tej przerażonej i opuszczonej części siebie – części wyrażającej się poprzez lęk przed zależnością.

Ofiary traumy z pewnością myślą w sposób irracjonalny: „To moja wina, bo zachowywałam się wyzywająco”. „Inne chłopaki się nie bały – to prawdziwi faceci”. „Powinnam wiedzieć, że nie należy chodzić tą ulicą”. Takie myśli najlepiej traktować jako poznawcze flashbacki – nie dyskutuje się z nimi, a przynajmniej nie bardziej niż z kimś, kto wciąż miewa przebłyski obrazów z okropnego wypadku. Są po prostu resztkami traumatycznych zdarzeń: myśli snutych w trakcie lub tuż po traumie, które w stresujących sytuacjach ulegają reaktywacji. Lepiej radzi sobie z nimi omawiana w kolejnym rozdziale terapia EMDR.

Stawanie się ciałem

Powodem, dla którego ludzi przytłacza opowiadanie swojej historii i dla którego miewają poznawcze flashbacki, są zmiany w ich mózgu. Jak wykazali to Freud i Breuer, trauma nie jest po prostu czynnikiem wyzwalającym objawy. „Psychiczna trauma – lub precyzyjniej, wspomnienie traumy – działa raczej niczym obce ciało, które długo po tym, jak znalazło się w organizmie, należy wciąż uznawać za czynnik aktywny” [369]. Jak w przypadku drzazgi, która wywołuje zakażenie, reakcja organizmu na obce ciało staje się problemem większym niż to ciało samo w sobie.

Współczesna neuronauka solidnie wspiera obserwacje Freuda, według których wiele z naszych świadomych myśli to jedynie złożone racjonalizacje strumienia instynktów, odruchów, motywów i głęboko ukrytych wspomnień, które emanują z podświadomości.

Jak widzieliśmy, trauma zakłóca prawidłowe funkcjonowanie obszarów mózgu, które przetwarzają i interpretują doświadczenia. Głęboko zakorzenione poczucie własnego „ja” – takie, które pozwala z pewnością powiedzieć: „To właśnie myślę i czuję” i „To właśnie się z mną dzieje” – zależy od prawidłowych, dynamicznych interakcji między tymi obszarami. Niemal każde obrazowe badanie mózgu u pacjentów z traumą wykazuje nieprawidłowe pobudzenie wyspy. Ta część mózgu integruje i interpretuje bodźce z narządów wewnętrznych – mięśni, stawów oraz układu równowagi (propriocepcji) – żeby stwarzać poczucie bycia we własnym ciele. Wyspa może przesyłać sygnały do ciała migdałowatego, które uruchamia reakcję walki lub ucieczki. Nie wymaga to żadnego świadomego zaangażowania, ani uświadomienia sobie, że coś jest nie tak – po prostu czujesz, że jesteś zdenerwowany i nie możesz się skupić albo (w najgorszym wypadku) masz uczucie nadciągającej katastrofy. Te silne emocje tworzą się głęboko w mózgu i nie można ich usunąć poprzez racjonalizację czy zrozumienie. Gdy jesteś ciągle bombardowany przez te wrażenia cielesne, lecz na poziomie świadomym odcięty od ich źródeł, dochodzi do aleksytymii: niemożności odczuwania i komunikowania własnych uczuć innym. Tylko jeśli potrafisz wejść w kontakt z własnym ciałem, możesz na bardzo podstawowym poziomie połączyć się ze swoim „ja” i odzyskać poczucie tego, kim jesteś, odnaleźć priorytety i wartości. Aleksytymia, dysocjacja i zamknięcie się w sobie – wszystkie one angażują obszary mózgu, które pozwalają nam się skupić, wiedzieć, co czujemy i podejmować działania obronne. Gdy te obszary są narażone na wstrząs, którego nie można uniknąć, efektem może być splątanie i pobudzenie lub odłączenie emocjonalne, któremu często towarzyszą wrażenia z „pobytu poza ciałem” – uczucie, że patrzysz na siebie z oddali. Innymi słowy, trauma sprawia, że ludzie czują się jakby byli kimś innym, w innym ciele, albo jakby byli nikim – bez ciała. Żeby przepracować traumę i pozostawić ją za sobą trzeba odnaleźć kontakt z własnym ciałem, ze swoim „ja”. Nie ma wątpliwości, że język jest do tego niezbędny: nasze poczucie „ja” zależy od umiejętności uporządkowania wspomnień w spójną całość [370]. To wymaga prawidłowo działających połączeń między świadomą

częścią mózgu, a systemem świadomości ciała – połączeń, które trauma często uszkadza. Całą historię można opowiedzieć tylko wtedy, gdy zostaną one naprawione i gdy odtworzy się podstawy ich działania. Wtedy „nie-ciało” stanie się na powrót ciałem – naszym ciałem.

ROZDZIAŁ 15

Oddalanie przeszłości: EMDR

Byłże to sen na jawie? Byłoż to widzenie?
Umknęła pieśń. A teraz czuwam czy śnię sobie?

John Keats

David, przedsiębiorca budowlany w średnim wieku przyszedł do mnie, bo gwałtowne wybuchy wściekłości zmieniały jego dom w piekło na ziemi. Podczas naszej pierwszej sesji opowiedział mi o czymś, co spotkało go pewnego lata, w wieku dwudziestu trzech lat. Pracował jako ratownik i któregoś popołudnia grupa dzieciaków rozrabiała na basenie i piła piwo. David powiedział im, że alkohol jest w tym miejscu zabroniony. Wkurzone chłopaki zaatakowały go, a jeden z nich stłuczoną butelką wybił mu lewe oko. Po trzydziestu latach mężczyzna wciąż miewał koszmary i gwałtowne flashbacki dotyczące tego zdarzenia. Bezlitośnie krytykował swojego nastoletniego syna – często wrzeszczał na niego za najmniejsze nawet przewinienia i po prostu nie mógł zdobyć się na jakikolwiek przejaw uczucia wobec żony. Na pewnym poziomie czuł, że utrata oka dała mu prawo do wyżywania się na innych. Zarazem jednak nienawidził tego zagniewanego, mściwego siebie, którym się stał. Jak zauważył, jego wysiłki zmierzające do opanowania wściekłości sprawiły, że żył w stałym napięciu i zastanawiał się, czy lęk przed utratą kontroli nie pozbawił go też zdolności do okazywania miłości i przyjaźni.

Na drugiej wizycie wprowadziłem procedurę zwaną EMDR (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* – odwrażliwianie i przetwarzanie za pomocą ruchów gałek ocznych). Poprosiłem Davida, żeby cofnął się do dnia napaści i przypomniał sobie wszystkie szczegóły: obrazy, dźwięki, jakie temu towarzyszyły i myśli, jakie przebiegały mu przez głowę. „Po prostu pozwól, by to wróciło”, powiedziałem. Potem poleciłem mu, żeby śledził mój wskazujący palec, którym powoli poruszałem w przód i w tył jakieś

trzydzieści centymetrów od jego prawego oka. Momentalnie ogarnęła go fala gniewu i paniki, której towarzyszyły żywe wrażenia bólu, krwi płynącej po policzku i świadomości, że przestał widzieć. Gdy przekazywał mi te wrażenia, od czasu do czasu potakiwałem, nadal poruszając palcem. Co kilka minut przestawałem i prosiłem, żeby wziął głęboki oddech. Potem poleciłem, żeby skupił się na tym, co teraz myśli. Okazało się, że umysł zajmowała mu bójka, jaką stoczył w szkole. Powiedziałem, żeby zapamiętał to wspomnienie. Później pojawiały się kolejne, z pozoru losowo: jak wszędzie szukał napastników, jak chciał ich skrzywdzić, jak wdawał się w bójki w barach. Za każdym razem, gdy opowiadał jakieś nowe wspomnienie czy wrażenie, kazałem mu skupiać się na tym, co mu właśnie przyszło do głowy i ponawiałem ruchy palca. Pod koniec sesji wydawał się spokojniejszy i wyraźnie mu ulżyło. Powiedział, że wspomnienie utraty oka straciło swoją intensywność. Teraz było czymś przykrym, co zdarzyło się dawno temu. „To było naprawdę okropne", stwierdził w zamyśleniu „i przez lata mnie męczyło, ale teraz ze zdumieniem odkryłem, że przecież sam wypracowałem sobie naprawdę dobre życie".

W następnym tygodniu, na trzeciej już sesji, zmierzył się ze skutkami przeżytej traumy – jak przez lata próbował radzić sobie z gniewem przy pomocy alkoholu i narkotyków. W miarę powtarzania sekwencji EMDR pojawiało się coraz więcej wspomnień. David przypomniał sobie rozmowę ze znajomym strażnikiem o tym, że chciałby zabić jednego z napastników, który siedział w więzieniu; i jak potem zmienił zdanie. Wspomnienie tej decyzji było czymś głęboko wyzwalającym: Zobaczył siebie jako potwora, którego ledwie można było kontrolować, ale gdy uświadomił sobie, że zrezygnował z zemsty, mógł znów nawiązać kontakt z uważną, szczodrą częścią siebie.

Później spontanicznie uświadomił sobie, że traktował własnego syna tak, jakby był jednym z tamtych nastoletnich napastników. Gdy nasze spotkanie się kończyło, zapytał, czy mógłbym spotkać się nie tylko z nim, ale z całą jego rodziną, żeby mógł powiedzieć synowi, co się stało i poprosić go o wybaczenie. Na piątej, ostatniej sesji powiedział, że lepiej śpi i że po raz pierwszy w życiu poczuł wewnętrzny spokój. Rok później zadzwonił, żeby pochwalić się, że

nie tylko odnowił relacje z żoną i zaczęli wspólnie chodzić na jogę, ale że też częściej się śmieje i naprawdę sprawia mu przyjemność praca w ogródku i ciesielka.

Uczenie się EMDR

Moje doświadczenia z Davidem są tylko jednymi z wielu na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, w których technika EMDR pomogła przekształcić bolesne epizody ponownego przeżywania traumy w coś, co należy do przeszłości. Poznałem tę metodę dzięki Maggie, młodej, pełnej pasji psycholożce, która prowadziła przytulisko dla seksualnie wykorzystywanych dziewcząt. Maggie kłóciła się w zasadzie ze wszystkimi, oprócz trzynasto- i czternastoletnich dziewczyn, o które się troszczyła. Ćpała, wiązała się z niebezpiecznymi, często brutalnymi mężczyznami, ciągle wchodziła w konflikty z przełożonymi i nieustannie się przeprowadzała, bo nie mogła wytrzymać ze współlokatorkami (zresztą one z nią też nie). Nigdy nie mogłem zrozumieć, jak udawało jej się wykrzesać z siebie wystarczającą ilość stabilności i koncentracji, żeby obronić doktorat z psychologii na renomowanej uczelni.

Maggie została skierowana na terapię grupową, którą prowadziłem dla kobiet z podobnymi problemami. Na drugim spotkaniu powiedziała nam, że jej ojciec dwukrotnie ją zgwałcił; raz gdy miała pięć lat i drugi – gdy miała siedem. Była przekonana, że to jej wina. Wyjaśniła, że kochała ojca i zapewne zachowywała się wobec niego tak uwodzicielsko, że nie mógł się powstrzymać. Gdy jej słuchałem, pomyślałem: „Być może nie obwinia ojca, ale z pewnością obwinia wszystkich innych dookoła – włączając poprzednich terapeutów – za to, że nie potrafili jej pomóc”. Jak wiele osób z doświadczeniem traumy jedną historię opowiadała słowami, a inną swoim zachowaniem, odgrywaniem rozmaitych aspektów przeszłych zdarzeń.

Pewnego dnia Maggie przyszła na spotkanie i koniecznie chciała opowiedzieć o niezwykłym doświadczeniu, jakie spotkało ją w poprzedni weekend na szkoleniu EMDR dla specjalistów. Wtedy EMDR był tylko nowinką; słyszałem o nim tyle, że terapeuci machali palcem przed oczyma pacjentów. Dla mnie i moich kolegów

naukowców wydawało się to kolejną szarlatanerią, jakie od zawsze prześladowały psychiatrię i byłem przekonany, że będzie to dla Maggie tylko kolejną nieciekawą przygodą. Nasza psycholożka powiedziała nam, że podczas sesji EMDR jak żywe stanęły jej przed oczyma wspomnienia gwałtu, gdy mała siedem lat – pamiętała to jakby z wnętrza jej siedmioletniego ciała. Fizycznie czuła swoją małość, czuła na sobie wielkie ciało swojego ojca, a nawet jego cuchnący alkoholem oddech. Mimo to, mówiła, nawet gdy ponownie przeżywała tamto zdarzenie, mogła je obserwować z punktu widzenia swojego dwudziestodziewięcioletniego „ja". A potem się rozpłakała: „Byłam tylko małą dziewczynką. Jak taki wielki facet mógł zrobić coś takiego małej dziewczynce?". Łkała tak przez chwilę, a potem powiedziała: „To przeszłość. Wiem, co się stało, to nie była moja wina. Byłam małą dziewczynką i nic nie mogłam zrobić, żeby przestał mnie molestować". Byłem zdumiony. Latami szukałem sposobu pozwalającego moim pacjentom wrócić do traumatycznej przeszłości bez ryzyka ponownej traumy. Wydawało się, że Maggie przeżyła coś tak dogłębnego jak flashback, a mimo wszystko jej to nie przytłoczyło. Czyżby EMDR potrafił dać ludziom bezpieczny dostęp do śladów traumy? Czyżby potrafił przekształcać je we wspomnienia, coś co zdarzyło się dawno, dawno temu?

Maggie uczestniczyła jeszcze w kilku sesjach EMDR i została w naszej grupie wystarczająco długo, żebyśmy zobaczyli, jak się zmienia. Było w niej o wiele mniej gniewu, ale zachowała sardoniczne poczucie humoru, które tak w niej lubiłem. Kilka miesięcy później spotkała mężczyznę zupełnie różnego od tych, którzy ją przedtem pociągali. Odeszła z grupy, oznajmiając, że przepracowała już swoją traumę, a ja stwierdziłem, że nadszedł czas, żebym sam przeszkolił się w technice EMDR.

EMDR: pierwsze wrażenia

Jak wiele odkryć naukowych, EMDR zaczął się od przypadkowych obserwacji. Pewnego dnia w 1987 roku psycholożka Francine Shapiro szła przez park pogrążona w bolesnych wspomnieniach, gdy nagle zauważyła, że szybkie ruchy gałek ocznych w „cudowny" sposób uwalniają ją od stresu. W jaki sposób tak krótkie doświadczenie mogło dać początek poważnej metodzie

terapeutycznej? Jak to możliwe, że nikt tego wcześniej nie dostrzegł? Początkowo sceptyczna wobec własnych obserwacji, Shapiro poddała je długoletnim badaniom, stopniowo standaryzując metodę tak, by można było jej uczyć i badać w warunkach kontrolowanych [371].

Na moje pierwsze szkolenie EMDR przyjechałem z osobistą potrzebą przepracowania pewnej traumy. Parę tygodni wcześniej jezuicki ksiądz, który był przewodniczącym mojej kliniki w szpitalu Massachusetts General nagle zamknął Klinikę Traumy pozostawiając nas samych w poszukiwaniu nowej siedziby i funduszy na jej działanie: na leczenie pacjentów, szkolenie studentów i prowadzenie badań. Mniej więcej w tym samym czasie z Narodowych Instytutów Zdrowia wyrzucono mojego przyjaciela, Franka Putnama, który prowadził długoterminowe badanie nad dziewczętami wykorzystywanymi seksualnie (omawiałem je w rozdziale dziesiątym), a Rick Kluft, najlepszy ekspert od dysocjacji stracił wydział w Instytucie Pennsylvania Hospital. Przypadek? Być może, ale zdawało mi się, że cały świat się wali.

Stres wywołany zamknięciem Kliniki Traumy wydawał się dobrym testem dla EMDR. Podczas gdy podążałem wzrokiem za palcem partnera w szkoleniu, mój umysł zaczęły wypełniać mgliste wspomnienia z dzieciństwa: gorące dyskusje przy rodzinnym stole, kłótnie z kolegami na przerwach, rzucanie ze starszym bratem kamykami w okna stodoły – żywe, przemykające przed oczyma, „hypnopompiczne” obrazy, takie jakich doświadczamy w niedzielny poranek, kiedy budzimy się ze snu, i które znikają, gdy na dobre zakotwiczymy się w świadomości. Mniej więcej po pół godzinie mój towarzysz i ja dotarliśmy do sceny, w której mój szef powiedział mi, że zamyka moją klinikę. Czułem się pogodzony: „OK, stało się, czas pójść do przodu”. Nigdy już nie obejrzałem się za siebie; klinikę później odtworzono i od tamtej pory świetnie prosperuje. Czy fakt, że mogłem odpuścić, zostawić za sobą gniew i stres, było tylko zasługą EMDR? Nigdy pewnie się tego nie dowiem na pewno, ale moja myślowa podróż przez niepowiązane sceny z dzieciństwa aż do tamtego zdarzenia i pogodzenie się z nim była czymś zupełnie różnym od wszystkiego, czego wcześniej doświadczyłem w trakcie psychoterapii.

Jeszcze bardziej intrygujące było to, co stało się, gdy na mnie przyszła kolej, by zaaplikować koledze EMDR. Zmieniliśmy grupy i mój nowy towarzysz, którego nigdy wcześniej nie spotkałem, powiedział mi, że chciałby zmierzyć się z paroma bolesnymi epizodami z dzieciństwa, związanymi z jego ojcem, ale że nie chce o nich mówić. Nigdy nie pracowałem z czyjąś traumą, nic o niej nie wiedząc, a jego odmowa ujawnienia jakichkolwiek szczegółów trochę mnie wkurzyła. Gdy zacząłem poruszać palcem przed jego oczyma, zaczął się bardzo denerwować – pochlipywał, a jego oddech stał się płytki i przyspieszony. Jednak za każdym razem, gdy zadawałem mu przewidziane protokołem pytania, odmawiał odpowiedzi. Na koniec czterdziestopięciominutowej sesji pierwszą rzeczą, jaką powiedział, było to, że nigdy w życiu nie chciałby być moim pacjentem – tak nieprzyjemna była praca ze mną. Poza tym, zauważył, EMDR pozwoliło mu rozwiązać problem związany z maltretowaniem go przez ojca. Byłem sceptyczny i podejrzewałem, że jego grubiaństwo wobec mnie było przeniesieniem nierozwiązanych uczuć wobec ojca, ale był w sposób widoczny bardziej odprężony.

Poszedłem do swojego trenera EMDR, Geralda Puka, i powiedziałem, że czuję się zbity z tropu. Ten facet wyraźnie mnie nie lubił, w trakcie sesji był bardzo zdenerwowany, a tymczasem teraz twierdził, że jego długoletni problem zniknął. Skąd miałem wiedzieć, czy rzeczywiście rozwiązał swoje problemy, jeśli nie chciał mi powiedzieć, co się działo w trakcie EMDR?

Gerry uśmiechnął się i spytał, czy czasem nie zostałem psychiatrą, żeby pozałatwiać jakieś osobiste sprawy. Potwierdziłem, że większość osób, które mnie znają, tak myśli. Potem spytał, czy to, że ludzie opowiadają mi o swojej traumie, uważam za istotne. I znów musiałem się z nim zgodzić. A potem rzekł: „Wiesz, Bessel, może musisz się nauczyć hamować swoje podglądackie tendencje? Jeśli dla ciebie jest ważne, żeby słuchać historii o traumie, czemu nie pójdziesz do baru, nie położysz na kontuarze paru dolarów i nie powiesz sąsiadowi »postawię ci drinka jeśli opowiesz mi jakieś wstrząsające przeżycie«. Musisz jednak zrozumieć różnicę między twoim dążeniem do poznania historii, a wewnętrznym procesem zdrowienia twojego pacjenta”. Wziąłem sobie do serca nauki

Gerry'ego i od tamtej pory lubię powtarzać je swoim studentom. Zakończyłem moje szkolenie EMDR zafascynowany trzema kwestiami, które do dziś dnia zajmują mój umysł:

- EMDR porusza w mózgu/umyśle jakiś obwód, który daje ludziom szybki dostęp do luźno skojarzonych wspomnień i obrazów z przeszłości. Wydaje się, że pomaga im to spojrzeć na traumatyczne doświadczenia z szerszej perspektywy.
- Można poradzić sobie z traumą bez mówienia o niej. EMDR pozwala w nowy sposób spojrzeć na przeszłe doświadczenia bez konieczności werbalnej komunikacji z drugą osobą.
- EMDR pomaga nawet, gdy pacjent nie ma dobrej, ufnej relacji z terapeutą. To szczególnie intrygujące, bo trauma, co zrozumiałe, rzadko pozostawia ludzi z otwartym, ufnym sercem.

Od tamtego czasu prowadziłem EMDR z pacjentami, którzy mówili w języku Suahili, dialekcie mandaryńskim czy po bretońsku – w językach, w których ja potrafię powiedzieć tylko „zauważ to", czyli podstawowe polecenie EMDR. (Zawsze mam na podorędziu tłumacza, ale jego głównym zadaniem jest wyjaśnianie kolejnych etapów procesu). EMDR nie wymaga od pacjentów, żeby opowiadali o niewyrażalnym ani wyjaśniali terapeucie, dlaczego czują się tak poruszeni, mogą więc w pełni skupić się na swoich wewnętrznych przeżyciach, co czasami daje naprawdę niezwykłe efekty.

Poznawanie EMDR

Klinikę Traumy uratował menadżer z Wydziału Zdrowia Psychicznego Massachusetts, który śledził naszą pracę z dziećmi i poprosił nas, żebyśmy zajęli się zorganizowaniem w Bostonie zespołu reagowania w przypadkach traumy. To wystarczyło na pokrycie kosztów podstawowych działań, a resztę zapewnił pełen energii zespół uwielbiający to, co robiliśmy – również świeżo poznany EMDR, dzięki któremu wyleczyliśmy kilkoro pacjentów, którym wcześniej nie potrafiliśmy pomóc. Moi koledzy i ja zaczęliśmy pokazywać sobie nawzajem taśmy z zapisem sesji EMDR u pacjentów z PTSD, dzięki czemu mogliśmy obserwować niezwykłą poprawę niemal z tygodnia na tydzień. Potem zaczęliśmy w sposób formalny zapisywać ich postępy w standardowej skali oceny PTSD. Uzgodniliśmy też z Elizabeth Matthew, młodą specjalistką od

neuroobrazowania w szpitalu New England Deaconess, że przeskanuje mózgi dwunastu naszych pacjentów przed i po leczeniu. Wystarczyły trzy sesje EMDR, żeby u ośmiu z dwunastu uczestników wykazano znaczący spadek punktacji PTSD. Na obrazach mózgu po leczeniu widać było wyraźny wzrost aktywności płatów przedczołowych, jak również przedniego zakrętu obręczy i zwojów podstawy. Zmiany te mogły odpowiadać za różnicę w postrzeganiu traumy przed i po terapii. Jeden z uczestników opisał to tak: „Pamiętam, jakby to było prawdziwe wspomnienie, tyle że bardziej odległe. Wcześniej mnie zatapiało, a tym razem jakbym unosił się na powierzchni. Czułem, że mam nad tym kontrolę". Z kolei kobieta powiedziała: „Przedtem czułam każdą część osobno. Teraz to jest jak całość, nie jak fragmenty, więc łatwiej nad tym zapanować". Trauma straciła wymiar bezpośredniej bliskości i stała się opowieścią o tym, co się zdarzyło dawno, dawno temu. Potem zapewniliśmy sobie finansowanie z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego na badania porównujące efekty EMDR ze standardowymi dawkami prozaku i z placebo [372]. Z osiemdziesięciu ośmiu naszych uczestników trzydzieścioro przeszło terapię EMDR, dwadzieścioro ośmioro dostawało prozak, a reszta – pigułki z mąki i cukru. Jak to się często zdarza, grupa kontrolna też dobrze sobie radziła. Po ośmiu tygodniach 42-procentowa poprawa wśród zażywających placebo była większa niż przy wielu terapiach uznawanych za „poparte naukowymi dowodami". W grupie prozaku poprawa była wyraźniejsza, ale tylko odrobinę. To typowe dla większości badań nad lekami stosowanymi w PTSD: samo przyjście do terapeuty już owocuje 30- do 42-procentową poprawą; gdy leki działają, dodają do tego jakieś 5 do 15 procent. Tymczasem grupa leczona EMDR radziła sobie znacznie lepiej i od tych na prozaku i od grupy kontrolnej: po ośmiu sesjach EMDR w pełni wyleczono jedną czwartą (punktacja PTSD spadła u nich niemal do zera), podczas gdy w grupie prozaku taki efekt uzyskano tylko u co dziesiątego uczestnika. Prawdziwą różnicę można było jednak zobaczyć dopiero po pewnym czasie. Gdy po ośmiu miesiącach przeprowadzaliśmy wywiady z uczestnikami badania, w pełni wyleczonych było aż 60 procent z grupy, która uczestniczyła w sesjach EMDR. Jak mawiał wielki psychiatra Milton Erickson, „wydłub dziurkę w tamie, a rzeka

zacznie płynąć”. Gdy ludzie raz już zaczną integrować traumatyczne wspomnienia, dalsza poprawa zachodzi spontanicznie. Tymczasem wszyscy, którzy brali prozak, po odstawieniu leku wracali do pierwotnego stanu. To badanie miało duże znaczenie, wykazywało bowiem, że konkretne, ukierunkowane na traumę metody leczenia PTSD, takie jak EMDR, mogą być o wiele skuteczniejsze od leków. To samo można wyczytać z innych prac: jeśli pacjenci zażywali Prozak albo inne podobne preparaty jak celexa, paxil czy zoloft, objawy PTSD często się u nich zmniejszały, ale tylko tak długo, jak długo przyjmowali lek. To zaś czyni farmakoterapię o wiele droższą opcją w długiej perspektywie czasowej. (Co ciekawe, mimo że prozak ma status silnego leku przeciwdepresyjnego, w naszym badaniu również EMDR wywoływało silniejszy spadek punktacji w skali depresji niż zażywanie tego antydepresantu).

I kolejny kluczowy wniosek z naszej pracy: dorośli z historią traumy z dzieciństwa reagowali na EMDR zupełnie inaczej niż ci, których jakieś straszne wydarzenie spotkało już w dorosłym życiu. Po ośmiu tygodniach prawie połowę z leczonej EMDR grupy straumatyzowanej jako dorośli można było uznać za wyleczonych, podczas gdy w grupie z traumą z dzieciństwa wyraźną poprawę odnotowano tylko u 9 procent. Osiem miesięcy później w pierwszej grupie odsetek wyleczeń sięgnął 73 procent, podczas gdy w drugiej – tylko 25 procent. Osoby maltretowane jako dzieci wykazywały za to stałą, choć niewielką, pozytywną odpowiedź na prozak.

Te wyniki potwierdzają rezultaty, o których pisałem w rozdziale 9.: przewlekła trauma z dzieciństwa wywołuje zupełnie inne mentalne i somatyczne reakcje adaptacyjne niż pojedyncze zdarzenia traumatyczne w dorosłym życiu. EMDR jest fantastyczną metodą uporządkowania „zakleszczonych” w pamięci traumatycznych wspomnień, ale nie zawsze rozwiązuje skutki zdrady i opuszczenia, jakie towarzyszą fizycznemu lub seksualnemu wykorzystywaniu w dzieciństwie. Osiem tygodni terapii, niezależnie od jej rodzaju, rzadko wystarcza do usunięcia dziedzictwa długotrwałej traumy.

Według danych z 2014 roku, nasze badanie nad EMDR dało najlepsze efekty ze wszystkich opublikowanych badań z udziałem osób, u których PTSD pojawiło się w reakcji na traumatyczne zdarzenia w dorosłym życiu. Jednak mimo tych wyników, i wyników

jeszcze co najmniej kilkunastu innych badań, wielu moich kolegów wciąż podchodzi do tej metody sceptycznie – być może dlatego, że efekty wydają się zbyt dobre, żeby były prawdziwe, a sama metoda zbyt prosta, by być tak skuteczną. Rozumiem ten sceptycyzm – EMDR jest procedurą niestandardową. Co ciekawe, w pierwszym badaniu, w którym wykorzystywano EMDR w leczeniu weteranów wojennych z PTSD, metoda ta miała zgodnie z oczekiwaniami dawać tak nikłe efekty, że zastosowano ją jako metodę kontrolną w porównaniu do terapii relaksacyjnej wykorzystującej biofeedback.

Ku zdumieniu badaczy, dwanaście sesji EMDR okazało się bardziej skuteczne [373]. Od tamtej pory EMDR stał się jedną z terapii PTSD usankcjonowaną przez Wydział ds. Weteranów.

Czy EMDR jest rodzajem terapii ekspozycyjnej?

Niektórzy psychologowie zakładają, że EMDR powoduje *de facto* desensytyzację na traumatyczne bodźce, a zatem stanowi rodzaj terapii ekspozycyjnej. Dokładniej rzecz ujmując, integruje traumatyczne wspomnienia. Jak wykazaliśmy w naszych badaniach, po EMDR ludzie zamiast doświadczać wrażeń i obrazów zupełnie wyrwanych z kontekstu czasowego, zaczynają myśleć o traumie jak o czymś zakończonym i należącym do przeszłości.

Wspomnienia zmieniają się i ewoluują. Tuż po tym, jak zostają zapisane, zaczynają podlegać długotrwałemu procesowi integracji i reinterpretacji – procesowi, który zachodzi w mózgu/umyśle automatycznie, bez jakiegokolwiek udziału świadomości. Gdy proces ten się zakończy, doświadczenie zostaje włączone w ciąg innych życiowych zdarzeń i przestaje żyć własnym życiem [374]. Jak pamiętamy, w PTSD proces ten nie zachodzi i wspomnienie pozostaje w zawieszeniu, nieprzerobione i surowe.

Niestety, niewielu psychologów uczy się w trakcie kształcenia, jak działa mózgowy system przetwarzania wspomnień. Luka ta prowadzi do wyboru niewłaściwego leczenia. W przeciwieństwie do fobii (takich jak strach przed pająkami, wynikający z zupełnie irracjonalnych założeń), stres potraumatyczny ma swoje źródło w fundamentalnej reorganizacji ośrodkowego układu nerwowego, wynikającej z doświadczenia rzeczywistego zagrożenia unicestwieniem (albo bycia świadkiem czyjegoś unicestwienia), co

zupełnie zmienia postrzeganie własnego „ja” (jako bezbronnego) i interpretację rzeczywistości (cały świat jest groźny).

W trakcie ekspozycji pacjenci początkowo doświadczają ekstremalnego zdenerwowania. Kiedy wracają do przeszłości serce zaczyna walić im jak młotem, skacze ciśnienie, a hormony stresu dosłownie wylewają się do krwi. Jeśli jednak uda im się pozostać na terapii i nadal przeżywać minioną traumę, stopniowo ich reakcje stają się mniej gwałtowne, a oni sami w mniejszym stopniu poddają się dezintegracji na wspomnienie tamtych wydarzeń. W efekcie ich punktacja w skali PTSD się obniża. Jednak z tego co wiemy, prosta reekspozycja na starą traumę nie prowadzi do integracji tych wspomnień w całościowy kontekst życiowych doświadczeń i rzadko sprawia, że pacjenci zaczynają z radością angażować się w relacje z innymi ludźmi czy dążyć do celów, jakie stawiali sobie przed traumatycznym zdarzeniem. Tymczasem EMDR, podobnie jak inne metody, które omawiać będziemy w kolejnych rozdziałach, takie jak IFS (*Internal Family System*), joga, neurofeedback, terapia psychomotoryczna czy teatr, skupia się nie tylko na kontroli intensywnych wspomnień wyzwalanych przez traumę, ale również na przywracaniu poczucia sprawczości i zaangażowania poprzez oddanie kontroli nad ciałem i umysłem.

Przetwarzanie traumy poprzez EMDR

Kathy była dwudziestojednoletnią studentką miejscowego uniwersytetu. Gdy spotkałem ją po raz pierwszy, wyglądała na bardzo przerażoną. Od trzech lat chodziła na psychoterapię do terapeuty, któremu ufała i który, jak czuła, ją rozumiał, ale nie robiła żadnych postępów. Po trzeciej próbie samobójczej uniwersytecki ośrodek zdrowia skierował ją do mnie w nadziei, że nowa technika, o której im opowiadałem, będzie mogła jej pomóc.

Jak wielu straumatyzowanych pacjentów, Kathy była w stanie całkowicie poświęcić się swoim studiom. Gdy czytała albo pisała pracę, potrafiła odgrodzić się od całego życia. To sprawiało, że była bardzo kompetentną studentką, choć nie miała pojęcia, jak stworzyć kochającą relację z samą sobą, nie mówiąc już o kimś innym.

Kathy powiedziała mi, że ojciec przez wiele lat wykorzystywał ją do dziecięcej prostytucji. Normalnie pomyślałbym, że w takiej

sytuacji EMDR może być tylko metodą wspomagającą. Okazało się jednak, że dziewczyna jest jakby stworzona do tej terapii i do całkowitego wyleczenia wystarczyło jej osiem sesji – najkrótszy okres z jakim spotkałem się do tej pory u kogoś z historią długotrwałego wykorzystywania w dzieciństwie. Spotkałem ją niedawno, po piętnastu latach od tamtych sesji, żeby przedyskutować za i przeciw adopcji trzeciego dziecka. Aż miło było na nią patrzeć: mądra, wesoła i chętnie angażująca się w sprawy rodziny i pracy jako samodzielny pracownik specjalizujący się w dziecięcym rozwoju.

Chciałbym przedstawić teraz swoje notatki dotyczące czwartej sesji EMDR z Kathy. Nie tylko po to, żeby zademonstrować typowy przebieg takiej sesji, lecz również żeby odsłonić ludzki umysł w akcji, w trakcie integracji traumatycznych wspomnień. Żadne badanie obrazowe, laboratoryjne czy skala ocen nie potrafią tego oddać i nawet zapis wideo jest jedynie cieniem tego, jak EMDR potrafi uwolnić siłę wyobraźni.

Kathy siedziała na krześle zwróconym do mojego pod kątem 45 stopni, więc dzieliło nas nieco ponad metr. Poprosiłem, żeby przywołała jakieś szczególnie bolesne wspomnienie i zachęciłem, by skupiła się na wszystkim, co się z nim wiązało: na tym, co słyszała, widziała, myślała i czuła we wnętrzu swego ciała, gdy TO się stało. (Moje zapiski nie pokazują, czy powiedziała mi, czego dotyczyło to konkretne wspomnienie. Zgaduję, że nie, bo nie mam tego w notatkach). Spytałem, czy jest już „wewnątrz wspomnienia", a gdy odpowiedziała, że tak, poprosiłem, by opisała, na ile realne jej się ono wydaje w skali od 1 do 10. „Jakieś dziewięć", odparła. Potem poleciłem, by zaczęła wodzić wzrokiem za moim palcem. Od czasu do czasu, mniej więcej po dwudziestu pięciu ruchach gałek ocznych mówiłem: „weź głęboki oddech", a potem: „co teraz czujesz?" albo: „co przychodzi ci teraz na myśl?". I wtedy ona opowiadała, o czym myślała. Gdy tylko ton jej głosu, wyraz twarzy, ruchy ciała albo oddech wskazywały, że chodzi o coś bardzo intensywnego emocjonalnie, wtrącałem „skup się na tym" i rozpoczynałem kolejną sesję ruchów gałek ocznych, podczas której Kathy się nie odzywała. Przez następne czterdzieści pięć minut w zasadzie milczałem, poza kilkoma wtrąconymi słowami.

Po pierwszej serii ruchów oczu Kathy tak opisała swoje pierwsze skojarzenie: „Zdałam sobie sprawę, że mam blizny – od tego jak związywał mi ręce za plecami. Inna blizna to »pamiątka« po tym, jak mnie naznaczył, twierdząc, że należę do niego, a tu (wskazała palcem) są blizny po ugryzieniach”. Wydawała się zszokowana, ale zaskakująco spokojna, gdy wspominała: „Pamiętam, jak oblał mnie benzyną – robił mi zdjęcia polaroidem – a potem byłam pod wodą. Ojciec i dwaj jego kumple gwałcili mnie po kolei; przywiązali do stołu; pamiętam jak gwałcili mnie butelkami budweisera”. Czułem, jak żołądek podchodzi mi do gardła, ale nic nie powiedziałem, prócz tego, że poprosiłem Kathy, żeby zachowała te wspomnienia. Mniej więcej po trzydziestu kolejnych ruchach palca zatrzymałem się, bo zobaczyłem, że dziewczyna się uśmiecha. Gdy zapytałem, o czym myśli, odparła: „Byłam na zajęciach karate; to było fantastyczne! Naprawdę skopałam im tyłki! Zobaczyłam, jak się wycofują. Krzyknęłam: „Nie widzicie, że robicie mi krzywdę?! Nie jestem waszą dziewczyną”. „Zatrzymaj się” – powiedziałem i zacząłem kolejną sekwencję ruchów. Gdy się zakończyła, Kathy powiedziała: „Widzę dwa obrazy »mnie« – tę śliczną i mądrą małą dziewczynkę i tę małą dziwkę. Wszystkie te kobiety, które nie umiały zadbać o siebie ani o mnie, ani o swoich mężczyzn i czekały na to, że to ja tych wszystkich facetów obsłużę”. W trakcie kolejnej sekwencji zaczęła szlochać, a gdy przerwaliśmy, powiedziała: „Zobaczyłam, jaka byłam mała – maltretowanie małej dziewczynki, którą byłam, to nie była moja wina”. Przytaknąłem i powiedziałem: „Masz rację, zostań z tą myślą”.

Po kolejnej sekwencji Kathy opisywała: „Wyobrażam sobie swoje życie – dużą »mnie« trzymającą w ramionach małą »mnie« i mówiącą do niej »jesteś już bezpieczna«”. Potaknąłem zachęcająco i nadal poruszałem palcem. Obrazy wciąż napływały: „Widzę jak wielki spychacz zrównuje z ziemią dom, w którym dorastałam. To koniec!”. A potem Kathy zaczęła z zupełnie innej beczki: „Myślę o tym, jak bardzo lubię Jeffrey’a (chłopca z jednego z jej kursów). Myślę, że pewnie nie będzie chciał się ze mną umawiać. Myślę, że sobie z tym nie poradzę. Nigdy nie byłam niczyją dziewczyną i nie wiem, jak to się robi”. Spytałem, jak sądzi, co powinna wiedzieć i zacząłem kolejną sekwencję. „Teraz jest ktoś,

kto po prostu chce być ze mną – to za proste. Nie wiem, jak być sobą w obecności mężczyzn. Po prostu martwieję".

Gdy wodziła wzrokiem za moim palcem, zaczęła pochlipywać. Gdy przerwałem, powiedziała: „Miałam przed oczyma Jeffrey'a, jak siedział ze mną w kawiarni. Potem wszedł mój ojciec. Zaczął wrzeszczeć na całe gardło: »Mówiłem ci, że jesteś moja!« i wymachiwać siekierą. Rzucił mnie na stół, a potem zgwałcił; a potem zgwałcił także Jeffrey'a". Teraz już płakała całą sobą. „Jak możesz się przed kimś otworzyć, gdy miewasz przed oczami obrazy, jak twój ojciec cię gwałci, a potem gwałci was oboje?". Chciałem ją pocieszyć, ale wiedziałem, że ważniejsze jest utrzymanie strumienia skojarzeń. Poprosiłem, żeby skupiła się na tym, co czuje jej ciało: „Czuję to w przedramionach, w barkach i w prawej piersi. Po prostu chcę, żeby mnie ktoś objął". Kontynuowaliśmy EMDR, a gdy skończyliśmy, Kathy wyglądała na odprężoną. „Słyszałam, jak Jeffrey mówi, że wszystko jest w porządku, że przysłano go tu, żeby się mną zaopiekował. I że nie chodzi o to, co zrobiłam, i że po prostu chce być ze mną dla mnie". Znów spytałem, co czuje jej ciało. „Czuję się naprawdę spokojna. Trochę roztrzęsiona – jak wtedy, kiedy używasz nowych mięśni. Trochę ulgi. Jeffrey już to wszystko wie. Czuję, że żyję, i że to koniec. Ale boję się, że mój ojciec ma teraz jakąś inną dziewczynkę i to sprawia, że jestem bardzo, bardzo smutna. Chciałabym ją ocalić".

Gdy jednak kontynuowaliśmy, trauma wróciła, wraz z innymi myślami i obrazami: „Chce mi się wymiotować… nagle czuję mnóstwo zapachów – kiepskiej wody kolońskiej, alkoholu, rzygowin". Kilka minut później Kathy zanosiła się łzami: „Teraz naprawdę czuję moją mamę; wydaje mi się, że chce, żebym jej wybaczyła. Mam uczucie, że to samo przytrafiło się i jej – wciąż przeprasza mnie i przeprasza. Mówi mi, że sama to przeżyła, że to był mój dziadek. Mówi mi też, że mojej babci jest bardzo przykro, że nie było jej przy mnie, by mnie chronić". W międzyczasie ciągle prosiłem ją, by brała głęboki oddech i starała się zatrzymać myśli, które akurat przebiegały jej przez głowę. Pod koniec kolejnej sekwencji ruchów palca Kathy powiedziała: „Czuję, że to już koniec. Czułam moją babcię, jak przytula tę »dużą mnie« i mówi, jak jej przykro, że wyszła za mojego dziadka. Że ona i moja mama robią wszystko, żeby to się

skończyło”. Po końcowej sekwencji EMDR Kathy uśmiechała się: „Mam przed oczyma obraz, jak wyrzucam mojego ojca z kawiarni, a Jeffrey zamyka za nim drzwi. Ojciec stoi na zewnątrz. Widzę go przez szybę, a wszyscy się z niego śmieją”.

Z pomocą EMDR Kathy udało się zintegrować wspomnienia traumy i przywołać wyobraźnię, by pomogła jej pozostawić je za sobą. Osiągnęła poczucie pełni i kontroli. I wszystko to osiągnęła z ledwie minimalną pomocą z mojej strony, bez omawiania szczegółów jej doświadczeń. (Nigdy nie czułem powodu, dla którego miałbym kwestionować ich dokładność; jej doświadczenia były realne dla niej, a moim zadaniem było pomóc jej uporać się z nimi w teraźniejszości). Proces w jakiś sposób otworzył jej umysł/mózg na nowe obrazy, myśli i uczucia; jakby jej życiowa siła wydostała się na zewnątrz, żeby tworzyć nowe możliwości na przyszłość [375].

Jak widzieliśmy, traumatyczne wspomnienia są niczym rozerwane, niezmienione obrazy, wrażenia i odczucia trwające w pamięci. Dla mnie najbardziej zadziwiającą właściwością EMDR jest jego zdolność do aktywacji szeregu niewymuszonych i pozornie niepowiązanych z pierwotnym wspomnieniem wrażeń, emocji, obrazów i myśli. Ten sposób ponownego porządkowania starych informacji i układania ich w nowym kontekście może być właśnie sposobem, w jaki standardowo integrujemy zwyczajne, nietraumatyczne ślady pamięciowe.

Poszukiwanie drogi snu

Niedługo po tym, jak dowiedziałem się o EMDR, poproszono mnie, żebym opowiedział o mojej pracy w laboratorium snu prowadzonym przez Allana Hobsona w Massachusetts Mental Health Center. Hobson (razem ze swoim nauczycielem, Michelem Jouvetem) [376] znany był z odkrycia, w której części mózgu powstają marzenia senne, a jeden z jego asystentów – Robert Stickgold, właśnie wtedy zaczynał badanie nad sensem śnienia. Pokazałem grupie taśmę z pacjentką, która przez trzynaście lat, od czasu okropnego wypadku samochodowego, cierpiała na bardzo nasilone PTSD i która po zaledwie dwóch sesjach EMDR zmieniła się z bezradnej, przerażonej ofiary w pewną siebie, asertywną kobietę. Bob był zafascynowany.

Kilka tygodni później przyjaciółka rodziny Stickgoldów wpadła po śmierci ukochanego kota w taką depresję, że wymagała hospitalizacji. Zajmujący się nią psychiatra doszedł do wniosku, że śmierć zwierzęcia musiała uwolnić nieprzepracowane wspomnienia związane ze śmiercią matki, gdy dziewczynka miała dwanaście lat i skontaktował ją z Rogerem Solomonem, znanym trenerem EMDR, który ją wyleczył.

Zadzwoniła potem do Stickgolda i powiedziała mu: „Bob, musisz to zbadać. To naprawdę dziwne – musi mieć coś wspólnego z mózgiem, nie z umysłem".

Niedługo potem w piśmie „Dreaming" ukazał się artykuł, w którym sugerowano, że EMDR ma związek z fazą szybkich ruchów gałek ocznych we śnie (REM) – czyli z fazą, w której śnimy [377]. Wcześniejsze badania wykazały, że sen, a w szczególności marzenia senne, odgrywają dużą rolę w regulacji nastroju. Jak podkreślano w artykule z „Dreaming", w fazie REM gałki oczne poruszają się tak samo jak w EMDR. Wydłużenie fazy REM łagodzi depresję, podczas gdy jej skrócenie – zwiększa ryzyko, że w nią wpadniemy [378].

Rzecz jasna w PTSD występują zaburzenia snu, a alkohol i narkotyki dodatkowo spłycają fazę REM. W trakcie mojej pracy w VA stwierdziliśmy wraz z kolegami, że żołnierze z PTSD często wybudzali się wkrótce po wejściu w fazę REM [379] – prawdopodobnie dlatego, że sny uaktywniały w ich pamięci fragmenty traumy [380]. Inni badacze także dostrzegli to zjawisko, ale sądzili, że nie ma ono znaczenia dla zrozumienia istoty PTSD [381].

Dziś wiemy, że zarówno głęboki sen, jak i faza REM odgrywają ważną rolę w tym, jak zmieniają się nasze wspomnienia z upływem czasu. Śniący mózg zmienia pamięć, pogłębiając ślady emocjonalnie istotnych informacji, podczas gdy te nieistotne powoli bledną [382]. Stickgold i jego koledzy w serii eleganckich badań wykazali, że śniący mózg potrafi nawet wydobyć sens z informacji, której znaczenie jest nam nieznane na jawie i włączyć ją w szerszy kontekst pamięciowy [383].

W snach wciąż odtwarzamy, inaczej łączymy i ponownie integrujemy fragmenty starych wspomnień; dzieje się tak miesiącami, a nawet latami [384]. Sny ciągle uaktualniają

podświadomą rzeczywistość, która określa, na co zwracać będziemy uwagę na jawie. I – co być może najistotniejsze dla EMDR – w fazie REM uaktywniają się dalsze, mniej oczywiste skojarzenia niż te, które miewamy bądź to w pozostałych fazach snu, bądź też gdy jesteśmy przytomni. Jeśli na przykład zbudzimy kogoś ze snu nie-REM i poddamy go testowi skojarzeń słownych, odpowiedzi są standardowe: gorący/zimny, twardy/miękki itp. Osoba zbudzona w fazie REM daje mniej oczywiste odpowiedzi, na przykład złodziej/źle [385]. Lepiej też rozwiązuje proste anagramy. To przesunięcie w stronę dalszych skojarzeń może tłumaczyć, dlaczego sny wydają się tak dziwaczne [386].

Stickgold, Hobson i ich koledzy odkryli zatem, że sny pomagają w tworzeniu nowych związków między pozornie niepowiązanymi wspomnieniami [387].

Dostrzeganie nowych powiązań to główna cecha kreatywności i – jak już widzieliśmy – jest niezbędna dla powrotu do zdrowia. Niezdolność do innego łączenia wspomnień jest też jedną z uderzających cech charakterystycznych PTSD. Podczas gdy Noam z rozdziału 4. potrafił wyobrazić sobie trampolinę, która mogłaby ratować przyszłe ofiary terrorystycznych ataków, osoby straumatyzowane są jakby uwięzione w dawno zastygłych skojarzeniach: każdy kto nosi turban, będzie próbował mnie zabić; każdy mężczyzna, który uważa, że jestem atrakcyjna, chce mnie zgwałcić. Na koniec wreszcie Stickgold sugeruje wyraźny związek między EMDR a obróbką wspomnień w marzeniach sennych: „Jeśli dwustronna stymulacja EMDR może zmienić stan mózgu w sposób podobny do obserwowanego w fazie REM, istnieją dowody, że mogłaby wykorzystać procesy zależne od snu (które u osób cierpiących na PTSD mogą być nieskuteczne lub zablokowane), tak by umożliwić skuteczną „obróbkę” wspomnień i rozwiązanie problemu traumy” [388]. Podstawowa komenda EMDR, czyli „zatrzymaj ten obraz w umyśle i po prostu patrz, jak moje palce poruszają się w przód i w tył” może odtwarzać to, co dzieje się w śniącym mózgu. Gdy ta książka przechodzi redakcję, razem z Ruth Lanius badamy, jak mózg uczestników leżących w skanerze fMRI reaguje na sakkadyczne ruchy gałek ocznych zarówno podczas wspominania traumatycznych, jak i zwyczajnych, codziennych wydarzeń.

Bądźcie na bieżąco!

Asocjacja i integracja

W przeciwieństwie do konwencjonalnych terapii ekspozycyjnych, EMDR bardzo niewiele czasu poświęca na omawianie pierwotnej traumy. Rzecz jasna jest to punkt wyjścia, ale uwaga skupia się na pobudzaniu i otwieraniu procesów kojarzeniowych.

Jak wykazało nasze badanie nad prozakiem i EMDR, leki mogą przytępiać wrażenia i obrazy grozy, ale pozostawiają je wdrukowane w umyśle i odciśnięte w ciele. W przeciwieństwie do uczestników, którzy odczuli poprawę przyjmując prozak – u których wspomnienia były po prostu przytłumione, ale nie ulegały integracji jako coś, co wydarzyło się w przeszłości i nadal wywoływały znaczny niepokój – osoby poddane EMDR nie doświadczały potem swoistych reakcji związanych z traumą: stała się ona opowieścią o straszliwych zdarzeniach, jakie miały miejsce dawno temu. Jak powiedział jeden z moich pacjentów, machając jednocześnie lekceważąco ręką: „To przeszłość”.

Choć nie wiemy dokładnie, jak działa EMDR, to samo odnosi się również do prozaku. Wpływa on na stężenie serotoniny, ale czy ono rośnie czy maleje, w których komórkach, i dlaczego to sprawia, że ludzie zaczynają mniej się bać, wciąż pozostaje zagadką. Podobnie nie wiemy, dlaczego rozmowa z przyjacielem daje tak głęboką ulgę i sam się zastanawiam, czemu tak niewiele osób chciałoby znaleźć odpowiedź na to pytanie [389].

Klinicyści mają tylko jeden cel: zrobić wszystko co możliwe, by pomóc swoim pacjentom wyzdrowieć. Z tego względu praktyka kliniczna zawsze była świetnym miejscem do prowadzenia badań. Niektóre doświadczenia nie wypalają, niektóre kończą się sukcesem, a jeszcze inne, jak EMDR, DBT (terapia dialektyczno-behawioralna) i IFS, zupełnie zmieniają sposób prowadzenia leczenia. Walidacja wszystkich tych metod zajmuje dziesięciolecia, a przeszkodą jest i to, że wsparcie badawcze zwykle jest udzielane metodom, co do których już wiadomo, że działają. Bardzo pociesza mnie w tej kwestii historia penicyliny: od odkrycia przez Alexandra Fleminga jej przeciwbakteryjnych właściwości w 1928 roku trzeba było niemal

czterdziestu lat, by wreszcie w roku 1965 udało się wyjaśnić mechanizm jej działania.

ROZDZIAŁ 16

Uczenie się ciała: joga

> W miarę jak na nowo doświadczamy połączenia ze swoim wnętrzem, z potrzebami naszego ciała, pojawia się zupełnie nowa umiejętność – ciepłego uczucia do własnego „ja". Doświadczamy nowego wymiaru autentyczności w opiekowaniu się sobą; przekierowujemy naszą uwagę na zdrowie, dietę, energię, zarządzanie czasem. Ta nowa jakość opieki pojawia się samoistnie, nie jako odpowiedź na to, „co powinienem". Umiemy znaleźć w takiej samoopiece natychmiastową, wewnętrzną przyjemność.
>
> Stephen Cope, Y*oga and the Quest for the True Self* („Joga – w poszukiwaniu prawdziwego siebie")

Gdy pierwszy raz zobaczyłem Annie, siedziała skulona w poczekalni przed moim gabinetem, w spranych dżinsach i fioletowej koszulce z Jimmym Cliffem. Nogi jej się trzęsły, a wzrok miała wbity w podłogę nawet wówczas, gdy zaprosiłem ją do środka. Niewiele o niej wiedziałem poza tym, że ma czterdzieści siedem lat i prowadzi edukację dzieci specjalnej troski. Jej ciało jasno dawało do zrozumienia, że jest zbyt przerażona, żeby rozmawiać, a nawet – żeby dostarczyć mi podstawowych informacji, takich jak adres czy szczegóły ubezpieczenia. Ludzie tak przerażeni nie potrafią jasno myśleć, a każde polecenie sprawia, że zamykają się w sobie jeszcze bardziej. Jeśli będziesz nalegać, uciekną i nigdy ich już nie zobaczysz. Annie wślizgnęła się do mojego gabinetu i stała tam, ledwie oddychając, niczym zmartwiały ptak. Wiedziałem, że do niczego nie dojdziemy, dopóki nie sprawię, że się uspokoi. Podszedłem na odległość jakichś dwóch metrów, upewniłem się, że ma nieskrępowany dostęp do drzwi i zachęciłem, żeby odetchnęła głębiej. Oddychałem razem z nią i poprosiłem, by robiła tak jak ja: lekko unosiła ramiona przy wdechu i opuszczała je z wydechem – tak jak to się robi w technice qigong, której nauczył mnie jeden z moich studentów, Chińczyk. Ukradkiem powtarzała moje ruchy ze wzrokiem cały czas wbitym w podłogę. Spędziliśmy tak jakieś pół godziny. Od czasu do czasu cicho prosiłem, żeby zauważyła jak jej stopy czują się na podłodze i jak z każdym oddechem klatka piersiowa wznosi się i opada. Stopniowo jej oddechy stały się głębsze i rzadsze, twarz odtajała, Annie lekko się wyprostowała, a jej wzrok powędrował gdzieś w okolice mojego jabłka Adama. Za wszechogarniającym

strachem zacząłem dostrzegać osobę. Wreszcie zrelaksowała się na tyle, że na jej twarzy zagościł cień uśmiechu, świadomość, że oboje jesteśmy w tym pokoju. Zasugerowałem, żebyśmy na tym skończyli – już dość dziś od niej wymagałem – i spytałem, czy chciałaby wrócić za tydzień. Skinęła głową i wymamrotała: „Ty naprawdę jesteś dziwny".

W miarę jak zacząłem ją poznawać, z notatek, jakie spisywała i rysunków, jakie mi dała wywnioskowałem, że jako bardzo małe dziecko została w przerażający sposób wykorzystana zarówno przez ojca, jak i przez matkę. Całą historię poznawałem stopniowo, w miarę jak krok po kroku uczyła się przywoływać pewne fragmenty przeszłości bez uczucia, że jej ciało ogarnia groza niemożliwa do opanowania. Dowiedziałem się, że Annie wykazywała niezwykłe umiejętności w pracy z dziećmi specjalnej troski. (Wypróbowałem sporo technik, o których mi opowiedziała, z dziećmi z naszej kliniki i stwierdziłem, że są niezwykle pomocne). Swobodnie mówiła o dzieciach, które uczyła, ale gdy tylko dotykaliśmy relacji z dorosłymi, natychmiast się zamykała. Wiedziałem, że ma męża, ale rzadko o nim wspominała. W przypadku kłótni lub konfrontacji po prostu się wyłączała. Gdy czuła się przytłoczona – cięła ramiona i piersi żyletką. Wiele lat spędziła na różnego rodzaju terapiach i wypróbowała rozmaite leki, które niewiele jej pomogły w przepracowaniu śladów przerażającej przeszłości. Była też wielokrotnie hospitalizowana z powodu autodestrukcyjnych zachowań, również bez większych sukcesów. Na początku, w trakcie naszych sesji, gdy Annie – zanim zupełnie się wyłączała i zastygała – mogła tylko napomknąć o tym, co czuje i co myśli, skupiliśmy się na opanowaniu jej fizjologicznego, wewnętrznego chaosu. Wykorzystywaliśmy każdą technikę, jakiej nauczyłem się przez te wszystkie lata, m.in. oddychanie skupione na wydechu, które pobudza układ przywspółczulny. Nauczyłem ją też, jak używać palców do uciskania ciągu punktów akupresurowych w różnych obszarach ciała, metodą znaną pod nazwą EFT (*Emotional Freedom Technique* – technika wolności emocjonalnej), która – jak wykazano – pomaga pacjentom pozostać w „oknie tolerancji" i często ma dobry wpływ na objawy PTSD [390].

Dziedzictwo nieuniknionego wstrząsu

Dziś potrafimy już zidentyfikować w mózgu obwody będące częścią układu alarmowego, wiemy więc mniej więcej, co działo się w mózgu Annie tego pierwszego dnia, gdy siedziała w poczekalni: Jej czujnik dymu, czyli ciało migdałowate, został przestawiony tak, by interpretować pewne sytuacje jako zwiastuny zagrażającego życiu niebezpieczeństwa. I czujnik ten stale wysyłał do części mózgu, która odpowiada za przeżycie sygnały: walcz, zastygnij lub uciekaj. U Annie wszystkie te reakcje chciały zajść jednocześnie – była wyraźnie pobudzona, a zarazem nieobecna duchem.

Jak już widzieliśmy, uszkodzony układ alarmowy może się objawiać w różny sposób, a jeśli twój czujnik dymu źle działa, nie możesz ufać temu, co czujesz. Na przykład gdy Annie zaczęła mnie lubić, oczekiwała kolejnych spotkań, ale przychodziła do mojego gabinetu w stanie absolutnej paniki. Któregoś dnia przypomniała sobie, jak cieszyła się, że jej ojciec wkrótce wraca do domu, ale tego samego dnia wieczorem ją molestował. Po raz pierwszy zdała sobie sprawę, że jej umysł automatycznie wiązał podniecenie związane ze spotkaniem kogoś, kogo kochała, ze strachem przed molestowaniem.

Małe dzieci potrafią świetnie oddzielać poszczególne przeżycia, więc naturalna miłość Annie do ojca i strach przed jego atakami były zapisane w różnych stanach świadomości. Jako dorosła, Annie winiła się za to, co jej się stało, bo wierzyła, że to ta kochająca, podniecona mała dziewczynka, jaką była, doprowadziła ojca do tego, co zrobił, że to ona sama sprowadziła na siebie molestowanie.

Racjonalna część umysłu wiedziała, że to bzdura, ale poczucie winy emanowało z głębi jej osoby, z emocjonalnej, odpowiedzialnej za przeżycie części mózgu, z podstawowego stanu, w jakim znalazł się jej układ limbiczny. Nie można było tego zmienić, dopóki Annie nie poczuła się wystarczająco bezpiecznie w swoim ciele, żeby świadomie i z uwagą powrócić do tamtego doświadczenia i naprawdę dowiedzieć się, jak czuła się, i jak działała tamta mała dziewczynka, gdy ją molestowano.

Wewnętrzna drętwota

Jednym ze sposobów przechowywania wspomnień o bezradności jest napięcie mięśni albo uczucie rozpadania się części ciała najbardziej powiązanych z traumą: głowy, grzbietu i kończyn u ofiar

wypadków, pochwy i odbytu u ofiar gwałtu. Życie wielu osób, które przeszły przez traumę, kręci się wokół odpierania i neutralizowania niechcianych wrażeń zmysłowych. Pacjenci z mojej praktyki zostawali z czasem ekspertami w takim „autoznieczulaniu". Stawali się chorobliwie otyli albo przeciwnie – wyniszczeni anoreksją, uzależniali się od ćwiczeń fizycznych albo od pracy. Przynajmniej połowa z nich próbowała jakoś – narkotykami lub alkoholem – stępić niemożliwe do zniesienia sygnały z wewnętrznego świata. Inną wersją takiego znieczulania jest stałe poszukiwanie wrażeń. Wiele osób tnie ciało, żeby choć na chwilę coś poczuć. Inni skaczą na bungee albo angażują się w różne ryzykowne działania: hazard albo prostytucję. Każda z tych metod daje złudne i paradoksalne poczucie kontroli. Gdy ludzie wciąż są wściekli albo przerażeni, stałe napięcie mięśni prowadzi do skurczów, bólów pleców, migreny, fibromialgii i innych postaci przewlekłego bólu. Taki pacjent odwiedza wielu specjalistów, przechodzi poszerzoną diagnostykę i przepisują mu liczne leki, z których część przynosi czasową ulgę, ale żaden nie odnosi się do pierwotnej przyczyny zaburzeń.

Rozpoznanie definiuje ich rzeczywistość, choć nikt nigdy nie odgadł, że jest tylko objawem ich wysiłków zmierzających do poradzenia sobie z traumą. Przez pierwsze dwa lata leczenia Annie byłem skupiony na pomaganiu jej w uczeniu się tolerowania odczuć somatycznych i brania ich za to, czym są – fizycznymi objawami obecnymi tu i teraz, z początkiem, środkiem i końcem. Pracowaliśmy nad tym, żeby pozostała na tyle spokojna, by zauważyć, co czuje, bez oceny tych uczuć; żeby mogła obserwować nieproszone obrazy i odczucia jako pozostałości okrutnej przeszłości, a nie jako niekończące się pasmo zagrożeń dla jej obecnego życia.

Tacy pacjenci jak Annie wciąż są dla nas wyzwaniem: każą nam znajdować nowe sposoby, jakimi moglibyśmy pomagać ludziom kontrolować wzburzenie i fizjologię. I tak ja i moi koledzy z Ośrodka Traumy wpadliśmy na jogę.

Nasze drogi do jogi: regulacja oddolna

Nasza przygoda z jogą zaczęła się w roku 1998, gdy razem z Jimem Hopperem po raz pierwszy usłyszeliśmy o HRV, czyli zmienności rytmu serca – nowym, niedawno odkrytym, fizjologicznym wskaźniku

pozwalającym całkiem dokładnie określać, czy nasz układ autonomiczny pracuje prawidłowo. Jak pewnie pamiętacie z rozdziału 5., autonomiczny układ nerwowy to najbardziej podstawowy mózgowy układ przeżycia, a jego dwie gałęzie regulują pobudzenie ciała. W skrócie rzecz ujmując, część współczulna (WUN) wykorzystuje przekaźniki chemiczne, takie jak adrenalina, żeby pobudzać ciało i mózg do działania, podczas gdy część przywspółczulna (PUN) dzięki acetylocholinie reguluje podstawowe funkcje organizmu, takie jak trawienie, gojenie ran oraz cykl snu i czuwania. W idealnych warunkach obie części ściśle współpracują, żeby utrzymywać nas w stanie optymalnych interakcji ze sobą i z otoczeniem. Zmienność rytmu serca mierzy względną równowagę między współczulnym a przywspółczulnym układem nerwowym. Gdy bierzemy wdech, pobudzamy WUN, co przyspiesza bicie serca. Wydech pobudza PUN i serce zaczyna bić wolniej. U zdrowych ludzi rytm oddechu wywołuje stałe, rytmiczne fluktuacje częstości bicia serca: Prawidłowa HRV jest wskaźnikiem ogólnego dobrostanu.

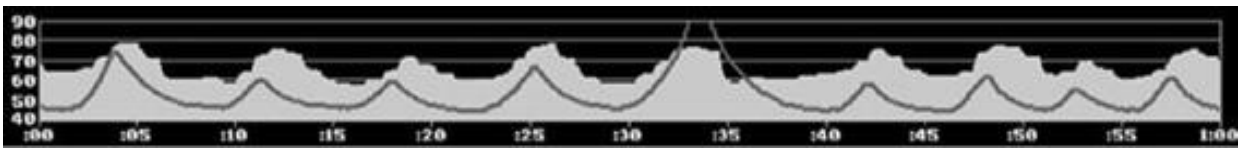
Dlaczego HRV jest tak ważna? Otóż, gdy nasz autonomiczny układ nerwowy jest w równowadze, mamy stosunkowo wysoki stopień kontroli nad naszymi reakcjami na drobne frustracje i rozczarowania, możemy spokojnie ocenić, co się dzieje, gdy czujemy się urażeni albo opuszczeni. Skuteczna zmienność pobudzenia daje nam kontrolę nad emocjami i popędami: Jak długo umiemy utrzymać spokój, możemy wybrać, jak zareagujemy.

Jednostki ze słabo wyregulowanym układem autonomicznym łatwo wyprowadzić z równowagi – zarówno fizycznie, jak i mentalnie. Wiedząc, że AUN odpowiada za pobudzenie ciała i mózgu, widzimy, że kiepska HRV – czyli brak zmienności rytmu serca wraz z oddechem – nie tylko negatywnie wpływa na to, jak myślimy i czujemy, ale także na to, jak nasze ciało reaguje na stres. Brak spójności między rytmem oddychania a pracą serca czyni ludzi podatnymi nie tylko na problemy psychiczne, jak depresja i PTSD, ale i na szereg schorzeń somatycznych, takich jak choroba wieńcowa czy rak [391].

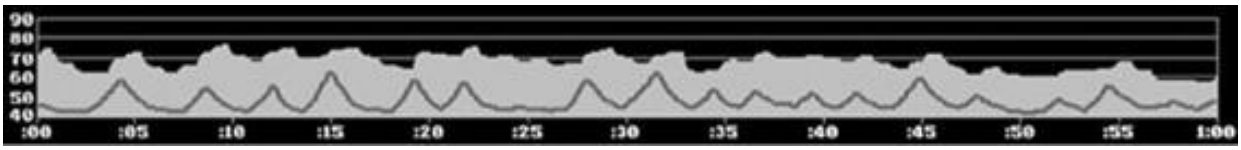
W celu bardziej szczegółowego zbadania tej kwestii, zdobyliśmy maszynę do pomiaru HRV i zaczęliśmy opasywać taśmą piersi uczestników z PTSD i tych bez schorzenia, żeby zapisywać

głębokość i rytm ich oddechów; w tym samym czasie niewielkie klipsy umieszczone na płatkach uszu mierzyły tętno. Po przebadaniu około sześćdziesięciu uczestników stało się jasne, że osoby z PTSD mają mają niezwykle niskie HRV. Innymi słowy, w tym schorzeniu układ współczulny i przywspółczulny zupełnie ze sobą nie współpracują [392]. To jeszcze bardziej skomplikowało i tak już złożony problem traumy: Potwierdziliśmy oto, że kolejny układ regulatorowy w mózgu nie działa tak, jak powinien [393]. Niemożność zachowania go w równowadze pozwala wyjaśnić, dlaczego osoby straumatyzowane, takie jak Annie, przesadnie reagują nawet na stosunkowo niewielki stres: układy biologiczne, których zadaniem jest pomagać nam w radzeniu sobie z kaprysami losu, po prostu nie potrafią sprostać zadaniu.

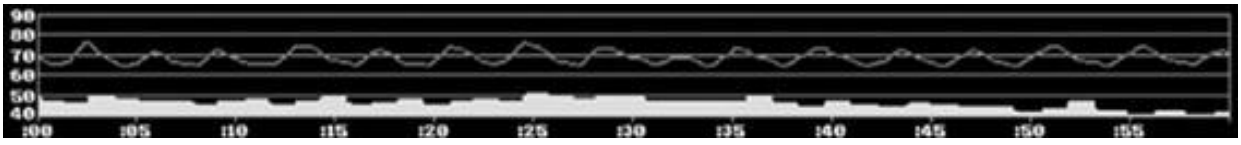
Kolejne naukowe pytanie, jakie sobie zadaliśmy brzmiało: Czy można jakoś poprawić HRV? Miałem osobisty powód, żeby się nim zająć, gdyż odkryłem, że moje własne HRV nie gwarantowało długiego życia w zdrowiu. Poszukiwania w Internecie doprowadziły mnie do badań wskazujących, że HRV znacząco podwyższa bieganie maratonów. Niestety, było to mało użyteczne, bo ani ja, ani nasi pacjenci nie byli dobrymi kandydatami do długodystansowych biegów.



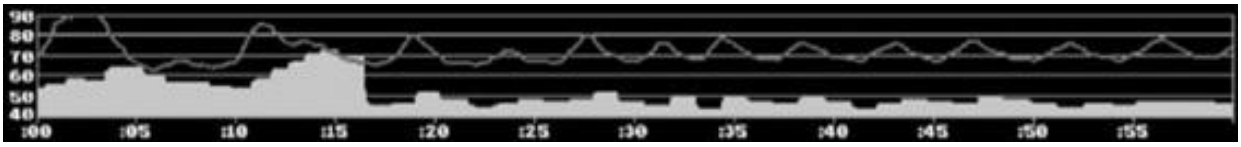
Zmienność rytmu serca (HRV) u osoby z dobrą regulacją autonomiczną. Wznoszące się i opadające czarne linie ukazują oddech; w tym przypadku wolne i regularne wdechy i wydechy. Szara strefa pokazuje zmienność rytmu serca. Przy każdym wdechu serce przyspiesza; podczas wydechu – zwalnia. Ten wzorzec HRV odzwierciedla doskonały stan zdrowia.



Reakcja na stres. Gdy ktoś wspomina jakieś przykre doświadczenie, oddech przyspiesza i staje się nieregularny, podobnie jak rytm serca. Serce i oddech nie są już zsynchronizowane. To prawidłowa reakcja.



HRV w PTSD. Oddech jest szybki i płytki. Rytm serca wolny i zupełnie niezsynchronizowany z oddechem. To typowy wzorzec zamkniętej w sobie osoby z przewlekłym PTSD.



Osoba z przewlekłym PTSD w trakcie przeżywania wspomnień traumy. Początkowo pacjent oddycha głęboko i z wysiłkiem, co jest typowe dla reakcji paniki. Serce bije jak oszalałe, w sposób zupełnie nieskorelowany z oddechem. Potem następuje faza szybkich, płytkich oddechów przy zwolnionej pracy serca – to oznaki, że osoba zamyka się w sobie.

Google wyrzucił także siedemnaście tysięcy stron z jogą, na których twierdzono, że te ćwiczenia poprawiają HRV, nie mogliśmy jednak znaleźć żadnych potwierdzających to badań. Jogini mogli wypracować fantastyczną metodę pomagania ludziom w odnalezieniu wewnętrznej równowagi i zdrowia, ale w 1998 roku nie było zbyt wielu prac oceniających takie twierdzenia przy użyciu narzędzi badawczych zgodnych z zachodnią tradycją. Na szczęście od tamtego czasu potwierdzono metodami naukowymi, że zmiana sposobu oddychania może pomóc pokonać gniew, depresję i niepokój [394] i że joga może mieć pozytywny wpływ na tak szeroki wachlarz problemów jak wysokie ciśnienie, podwyższony poziom hormonów stresu [395], astma i bóle krzyża [396]. Jednakże żadne pismo psychiatryczne nie opublikowało naukowego badania na temat jogi w PTSD, do czasu naszej pracy z 2014 roku [397].

W kilka dni po naszych internetowych poszukiwaniach w drzwiach Ośrodka Traumy stanął tyczkowaty trener jogi David Emerson i oznajmił, że opracował zmodyfikowaną formę hatha jogi do leczenia PTSD i że prowadzi grupy dla weteranów w lokalnym ośrodku oraz dla kobiet w bostońskim centrum kryzysowym dla ofiar gwałtu (Boston Area Rape Crisis Center). Czy bylibyśmy zainteresowani współpracą z nim? Wizyta Dave'a przerodziła się w niezwykle aktywny program jogi, a w swoim czasie dostaliśmy pierwszy grant z Narodowych Instytutów Zdrowia (NIH) na badanie wpływu tej praktyki na PTSD. Praca Dave'a przyczyniła się też do tego, że sam zacząłem regularnie ćwiczyć jogę i zostałem nauczycielem w Kripalu, ośrodku jogi w górach Berkshire w zachodnim Massachusetts. (W tym czasie poprawiła się i moja osobista HRV).

Podejmując się badań nad wpływem jogi na HRV, przyjęliśmy bardzo szerokie podejście do problemu. Mogliśmy po prostu

wykorzystać dowolne z dostępnych na rynku, poręcznych urządzeń w rozsądnej cenie, które uczą ludzi jak wyrównywać oddech i synchronizować go z rytmem serca, co w efekcie prowadzi do „spójności serca i oddechu" podobnej do tej, jaką obserwowaliśmy na pierwszej z ilustracji powyżej [398]. Dziś mamy najróżniejsze aplikacje na smartfony, które pomagają poprawić HRV [399]. W naszym ośrodku są stanowiska, na których pacjenci mogą ćwiczyć HRV, a ja zalecam wszystkim, którzy z takich czy innych względów nie mogą ćwiczyć jogi, sztuk walki ani qigong, żeby ćwiczyli w domu. (Więcej informacji znajdziecie w rozdziale *Źródła*).

Poznawanie jogi

Nasza decyzja, żeby zająć się badaniem jogi zawiodła nas jeszcze głębiej w miejsca, w których trauma odciska swoje piętno na ciele. Nasze pierwsze eksperymentalne grupy jogi spotykały się w sali, którą szczodrze udostępniło nam pobliskie studio. David Emerson i jego koleżanki: Dana Moore i Jodi Carey na ochotnika zgłosili się na instruktorów, a mój zespół badawczy wymyślił, jak najlepiej mierzyć wpływ jogi na psychologiczne funkcjonowanie jednostek. W okolicznych supermarketach i pralniach wyłożyliśmy ulotki zachęcające do przyjścia na nasze zajęcia i przeprowadziliśmy dziesiątki wywiadów z osobami, które odpowiedziały na ogłoszenie. Na koniec wybraliśmy trzydzieści siedem kobiet z historią traumy, które już od wielu lat chodziły bez większych efektów na różne terapie. Połowę uczestniczek losowo przydzieliliśmy do grupy jogi, podczas gdy pozostałe otrzymały uznane leczenie psychiatryczne metodą DBT (terapii dialektyczno-behawioralnej), która to metoda uczy ludzi jak zachować spokój i kontrolę dzięki uważności (mindfulness). Na koniec zatrudniliśmy inżyniera z MIT (Massachusetts Institute of Technology), żeby zbudował nam komputer zdolny do jednoczesnego mierzenia HRV u ośmiu osób. (W każdej z grup dokonaliśmy podziału na zajęcia, a w każdych uczestniczyło nie więcej niż osiem osób). Joga znacząco zmniejszyła problemy z nadmiernym pobudzeniem w PTSD i niezwykle poprawiła relacje pacjentek z własnym ciałem („Teraz dbam o swoje ciało", „Słucham tego, co ono do mnie mówi"); tymczasem osiem tygodni DBT nie zmieniło poziomu niepokoju, ani nie złagodziło objawów

PTSD. Dlatego nasze zainteresowanie jogą stopniowo się zmieniało. Od sprawdzenia, czy joga potrafi zmieniać HRV (a i owszem, potrafi) [400] do pomagania straumatyzowanym jednostkom ponownie odnaleźć się w swoim poddanym torturom ciele.

Z czasem wprowadziliśmy też zajęcia jogi dla marines w Camp Lejeune i wiele innych programów jogi dla weteranów z PTSD. I choć nie mamy formalnych danych na temat tej grupy pacjentów, wygląda na to, że joga jest dla nich co najmniej tak skuteczna, jak dla kobiet uczestniczących w naszym badaniu.

Wszystkie programy jogi łączą w sobie ćwiczenia oddechowe (*pranayama*), postawy (*asany*) i medytację. Poszczególne szkoły jogi wykazują różnice w intensywności ćwiczeń i w różnym stopniu skupiają się na tych trzech kluczowych elementach. Na przykład zmienność szybkości i głębokości oddychania oraz odpowiednie wykorzystanie ust, nozdrzy i gardła daje zupełnie odmienne efekty, a niektóre techniki wyjątkowo silnie działają na poziom energii [401]. Na naszych zajęciach stawiamy na prostotę. Wielu naszych pacjentów często ledwie zdaje sobie sprawę z tego, jak oddycha, znaczące postępy można zatem uzyskać po prostu ucząc ich, jak skupiać się na wdechu i wydechu, jak zauważać, czy oddychają szybko czy powoli, i jak liczyć oddechy w niektórych pozycjach [402].

Stopniowo wprowadzamy ograniczony zestaw pozycji (*asan*). Nacisk kładziony jest nie na „prawidłowe” wykonanie danej pozycji, ale na uświadomienie uczestnikom, które mięśnie są aktywne w danej chwili. Sekwencje są opracowane tak, by stworzyć rytm naprzemiennego napięcia i rozluźnienia; coś, co – mamy nadzieję – zaczną postrzegać w codziennym życiu. Nie uczymy medytacji, ale wspieramy uważność, zachęcając uczniów, żeby obserwowali, co dzieje się w różnych częściach ciała, gdy zmieniają pozycję. W naszych badaniach wciąż widzimy, jak trudno osobom straumatyzowanym poczuć się na luzie i bezpiecznie w swoich ciałach. Mierzyliśmy HRV naszych uczestników, umieszczając na ich ramionach niewielkie czujniki podczas *savasany*, pozycji kończącej większość zajęć, w której leży się na wznak z dłońmi skierowanymi ku górze, rozluźnionymi rękoma i nogami. W miejsce rozluźnienia pojawiało się zbyt wiele aktywności mięśniowej, by uzyskać czysty sygnał. Zamiast przechodzić w stan spokojnego odpoczynku, mięśnie

naszych uczniów często wciąż szykowały ich do walki z niewidzialnym wrogiem. Dużym wyzwaniem w wychodzeniu z traumy jest umiejętność osiągnięcia stanu pełnego relaksu i bezpiecznego poddania się.

Uczenie się samoregulacji

Po tym, jak nasze pilotażowe badania zakończyły się sukcesem, wprowadziliśmy w Ośrodku Traumy terapeutyczne zajęcia jogi. Pomyślałem, że dla Annie może to być okazja do wypracowania zdrowszej, bardziej opiekuńczej relacji ze swoim ciałem i namawiałem ją, żeby spróbowała. Pierwsze zajęcia były trudne. Wystarczyło, że instruktor chciał poprawić jej pozycję, by wpadła w panikę, pobiegła do domu i zamknęła się w nim. Jej uszkodzony układ alarmowy zinterpretował łagodny dotyk dłoni na plecach jako atak. Annie zorientowała się jednak, że joga daje jej możliwość uwolnienia się od ciągłego poczucia zagrożenia, jakie czuła całym ciałem. Zachęcona przeze mnie, wróciła w kolejnym tygodniu.

Annie zawsze było łatwiej opisać swoje doświadczenia niż o nich mówić. Po drugich zajęciach jogi napisała do mnie: „Nie znam wszystkich powodów, dla których joga tak mnie przeraża, ale wiem, że będzie ona dla mnie niewiarygodnym wprost źródłem uzdrawiania i dlatego pracuję nad sobą, żeby dać jej szansę. Joga to patrzenie do wewnątrz zamiast na zewnątrz i słuchanie ciała, a wiele z moich technik przetrwania polegało dokładnie na czymś przeciwnym. Gdy szłam dziś na zajęcia, serce waliło mi jak młotem, a część mnie chciała zawrócić, ale udało mi się po prostu stawiać kolejny krok za krokiem, aż doszłam do drzwi i przeszłam przez nie. Po zajęciach wróciłam do domu i spałam przez cztery godziny. W tym tygodniu próbowałam ćwiczyć w domu i jakbym usłyszała: »Twoje ciało ma ci coś do powiedzenia«. A ja odparłam samej sobie: »Spróbuję go posłuchać«”.

Kilka dni później Annie napisała: „Parę myśli w trakcie i po dzisiejszej jodze: przyszło mi do głowy, jak bardzo muszę być odseparowana od swojego ciała, gdy je kaleczę. W trakcje wykonywania kolejnych pozycji zauważyłam, że moja żuchwa i cały obszar od pachwin do pępka to miejsca, gdzie jestem spięta, sztywna i gdzie trwają wspomnienia o bólu. Czasami pytasz mnie, gdzie coś

czuję, a ja nie potrafię nawet zacząć tego lokalizować, ale dziś poczułam te miejsca bardzo wyraźnie i chciało mi się płakać w ten łagodny sposób".

W kolejnym miesiącu obydwoje byliśmy na wakacjach, a ponieważ zachęciłem Annie, by pozostawała w kontakcie, napisała do mnie: „Ćwiczę jogę samodzielnie, w pokoju, z którego widać jezioro. Czytam książkę, którą mi pożyczyłeś (wspaniała *Yoga and the Quest for the True Self* Stephena Cope'a). To naprawdę ciekawe, gdy pomyślę, jak bardzo odmawiałam swojemu ciału posłuchu, podczas gdy ono jest tak ważną częścią tego, kim jestem. Wczoraj w czasie ćwiczeń pomyślałam, by pozwolić ciału opowiedzieć o tym, o czym tak bardzo chce opowiedzieć i w pozycji otwarcia bioder poczułam mnóstwo smutku i bólu. Nie sądzę, żeby mój umysł pozwolił przebić się naprawdę żywym obrazom wtedy, gdy jestem z dala od domu, ale to dobrze. Rozmyślam, jak bardzo brakowało mi równowagi, i jak bardzo starałam się zanegować przeszłość, która jest przecież częścią prawdziwej mnie. Tak wiele mogę się nauczyć, jeśli tylko będę otwarta. Wtedy nie będę musiała ciągle ze sobą walczyć".

Jedną z najtrudniejszych dla Annie pozycji jogi, była ta nazywana często „Happy Baby" (szczęśliwe niemowlę). Leży się w niej na wznak, z podkurczonymi nogami i podeszwami stóp skierowanymi ku niebu, trzymając paluchy dłońmi. W tej pozycji dostęp do miednicy jest szeroko otwarty. Łatwo zrozumieć, dlaczego taka pozycja wywołuje u ofiary gwałtu poczucie totalnej bezradności. Jednak dopóki ta (i inne, podobne) pozycja wywołuje silne uczucie paniki, trudno o intymność. Dla wielu pacjentów z naszych zajęć jogi przyjęcie tej pozycji w sposób komfortowy stanowi nie lada wyzwanie.

Poznawanie siebie: pielęgnowanie wglądu

Jedną z lekcji, jaką można wyciągnąć ze współczesnej neuronauki jest ta, że nasze poczucie siebie jest w nierozerwalny sposób połączone z ciałem [403]. Nie możemy się naprawdę poznać, jeśli nie potrafimy czuć i interpretować wrażeń fizycznych; musimy je rejestrować i działać zgodnie z nimi, żeby bezpiecznie przejść przez życie [404]. Znieczulenie (albo kompensacyjne poszukiwanie wrażeń) może uczynić życie znośnym, ale ceną, jaką za to płacimy, jest utrata świadomości tego, co dzieje się w ciele, a wraz z tym utrata poczucia,

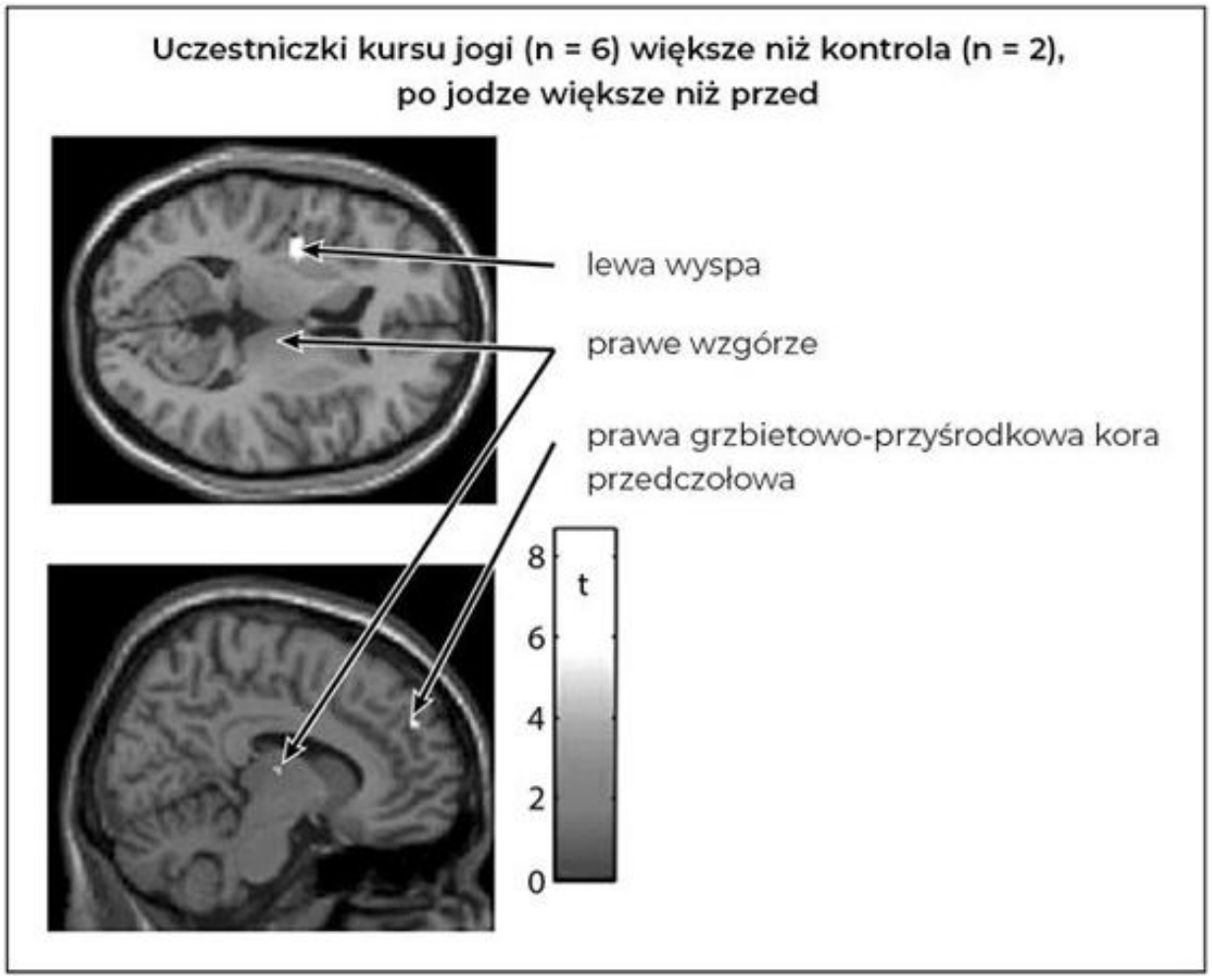
że żyje się w pełni, wszystkimi zmysłami. W rozdziale 6. omawiałem aleksytymię, którym to fachowym terminem określa się niezdolność do wykrycia i rozpoznania tego, co dzieje się w naszym wnętrzu [405]. Osoby cierpiące na tę przypadłość zwykle czują się fizycznie źle, ale nie potrafią określić, co dokładnie im dolega. W efekcie często zgłaszają liczne, nieswoiste a denerwujące objawy somatyczne, których lekarze nie potrafią przypisać konkretnej chorobie. Dodatkowo same nie umieją rozpoznać, co czują w danej sytuacji, ani co sprawia, że czują się lepiej lub gorzej. To efekt odrętwienia, które nie pozwala im przewidywać potrzeb ciała i reagować na nie w spokojny, uważny sposób. Odrętwienie tłumi też codzienne radości, które nadają życiu lepszą jakość, takie jak muzyka, dotyk czy światło. Okazało się, że joga jest świetnym sposobem na nawiązanie bądź odtworzenie ciepłych, kochających, zmysłowych relacji ze światem wewnętrznym i z samym sobą.

Jeśli nie wiesz, czego chce twoje ciało, nie możesz mu tego dać. Jeśli nie czujesz głodu, nie możesz go zaspokoić. Jeśli pomylisz niepokój z głodem, będziesz jeść za dużo. A jeśli nie czujesz, że już się nasyciłeś, będziesz jeść nadal. To dlatego podtrzymywanie świadomości zmysłowej jest tak istotne dla wychodzenia z traumy. Większość tradycyjnych terapii lekceważy lub wręcz ignoruje chwilowe zmiany zachodzące w naszej wewnętrznej, zmysłowej rzeczywistości. Tymczasem te zmiany są sednem reakcji organizmu: to stany emocjonalne odciśnięte w równowadze chemicznej ciała, w trzewiach, w kurczeniu się mięśni prążkowanych twarzy, gardła, tułowia i kończyn [406]. Ludzie, którzy przetrwali traumę, muszą się nauczyć, że potrafią przeżyć te wrażenia zmysłowe, oswoić wewnętrzne doświadczenia i uruchomić nowe wzorce zachowań. W jodze skupiasz uwagę na oddechu i chwilowych odczuciach. Zaczynasz dostrzegać związek między swoimi emocjami a ciałem – jak wtedy, gdy niepokój, czy uda ci się wykonać jakąś pozycję, naprawdę wytrąca cię z równowagi. Zaczynasz eksperymentować, sprawdzać, czy potrafisz zmieniać to, jak się czujesz. Czy głęboki wdech łagodzi napięcie ramion? Czy skupienie na wydechu uspokaja? [407]

Żeby poprawić regulację emocjonalną wystarczy zauważyć, co czujesz. Przestać ignorować to, co dzieje się w twoim wnętrzu. Jak

często mówię moim studentom, w terapii dwa najważniejsze zdania są takie jak w jodze: „Zauważ to” i „Co dalej?”. Gdy zaczynasz podchodzić do swojego ciała z ciekawością raczej niż ze strachem, wszystko się zmienia.

Świadomość ciała zmienia też poczucie czasu. Trauma sprawia, że czujesz się na zawsze zawieszony w stanie bezradności i przerażenia. Dzięki jodze uczysz się, że odczucia narastają i ustępują. Jeśli na przykład instruktor poprosi, żebyś wykonał szczególnie wymagającą pozycję, na początku możesz czuć opór lub doświadczać porażki, przewidujesz bowiem, że nie będziesz w stanie tolerować uczuć, jakie wywołuje ta konkretna pozycja. Dobry nauczyciel zachęci cię, żebyś zauważył wszelkie napięcia, a jednocześnie uspokajał uczucia, kontrolując oddech: „Utrzymajmy tę pozycję przez dziesięć oddechów”. To pozwala oczekiwać końca tego, co nieprzyjemne, a zarazem zwiększa zdolność do radzenia sobie ze stresem fizycznym i emocjonalnym. Świadomość, że wszelkie doświadczenia są czymś przemijającym, zmienia sposób patrzenia na samego siebie.



Wpływ cotygodniowych zajęć jogi. Po 20 tygodniach u kobiet z przewlekłą traumą doszło do aktywacji kluczowych obszarów mózgu powiązanych z autoregulacją: wyspy i przyśrodkowej kory przedczołowej.

Nie chodzi o to, że odzyskiwanie interocepcji, wglądu w siebie, nie jest niczym niepokojącym. Co się dzieje, gdy nowo odkrytego uczucia w klatce piersiowej doświadczamy jako wściekłości, strachu lub niepokoju? Po naszym pierwszym badaniu nad jogą zrezygnowała aż połowa uczestniczek; to najwyższy odsetek jaki mieliśmy w jakimkolwiek z wykonanych badań. Gdy pytaliśmy te, które przestały przychodzić, dlaczego, dowiedzieliśmy się, że dla nich program był zbyt wymagający: każda pozycja angażująca miednicę wywoływała intensywne uczucie paniki, a nawet flashbacki napaści seksualnych. Tak silne wrażenia zmysłowe uwalniały demony przeszłości, tak usilnie blokowane poprzez odrętwienie i unikanie. Nauczyło nas to, żeby posuwać się powoli, często we wręcz ślimaczym tempie. Podejście się opłaciło: w naszym najnowszym

badaniu kursu nie ukończyła tylko jedna z trzydziestu czterech uczestniczek.

Joga i neurologia samoświadomości

W ostatnich latach badacze mózgu, tacy jak moje koleżanki Sara Lazar i Britta Holzel z Harvardu, wykazali, że intensywna medytacja wpływa pozytywnie właśnie na te rejony mózgu, które są kluczowe dla fizjologicznej samoregulacji [408]. W naszym najnowszym badaniu nad jogą, prowadzonym na sześciu kobietach, które we wczesnym dzieciństwie przebyły głęboką traumę, odkryliśmy pierwsze oznaki, że dwadzieścia tygodni ćwiczeń jogi uaktywnia podstawowy system „ja": wyspę i przyśrodkową korę przedczołową (patrz rozdział 6.). Potrzeba rzecz jasna o wiele więcej pracy, ale nasze wyniki otwierają zupełnie nowe horyzonty: pokazują, jak działania obejmujące dostrzeżenie i oswojenie wrażeń płynących z ciała mogą wywołać głębokie zmiany prowadzące do wyjścia z traumy zarówno w mózgu, jak i w umyśle.

Po każdym z naszych badań nad jogą pytaliśmy uczestników, jaki wpływ miały na nich te zajęcia. Nigdy nie wspominaliśmy o wyspie czy o interocepcji; tak naprawdę, staraliśmy się zredukować dyskusję i wyjaśnienia do minimum, żeby dać pacjentom możliwość skupienia się na wnętrzu.

Oto kilka przykładowych odpowiedzi:

- „Moje emocje wydają się silniejsze. Może dlatego, że teraz po prostu umiem je rozpoznawać".
- „Mogę lepiej wyrazić swoje uczucia, bo lepiej je rozpoznaję. Czuję je w swoim ciele, rozpoznaję i zajmuję się nimi".
- „Teraz widzę możliwości, wiele dróg. Mogę decydować i mogę wybrać swoje życie, nie muszę powtarzać przeszłości ani doświadczać jej jak dziecko".
- „Mogłam poruszać swoim ciałem i być w nim bezpieczna, bez krzywdzenia siebie ani bycia krzywdzoną".

Uczenie się porozumiewania

Gdy ludzie czują się bezpieczni w swoim ciele, mogą zacząć przetwarzać w słowa wspomnienia, które ich pierwotnie przytłaczały. Po tym, jak Annie przez rok ćwiczyła jogę trzy razy w tygodniu,

zauważyła, że może o wiele swobodniej rozmawiać ze mną o tym, co ją spotkało. Uważała, że to niemal cud. Pewnego dnia, gdy przewróciła szklankę z wodą, podniosłem się z krzesła i podszedłem do niej z pudełkiem chusteczek mówiąc: „Daj, posprzątam". Wywołałem tym krótki, lecz silny atak paniki. Annie zdołała się jednak szybko pozbierać i wyjaśniła, dlaczego te słowa tak ją zdenerwowały. To były słowa, które zawsze wypowiadał jej ojciec po tym, jak ją zgwałcił.

Po tej sesji Annie napisała mi: „Zauważyłeś, że potrafiłam to głośno powiedzieć? Nie musiałam tego napisać, żeby wyjawić, co się stało. Nie przestałam ci ufać, choć powiedziałeś coś, co wywołało u mnie wspomnienie z przeszłości. Zrozumiałam, że te słowa były tylko wyzwalaczem, a nie czymś okrutnym, czego nikt nie powinien nigdy mówić".

Annie nadal ćwiczy jogę i pisze do mnie o swoich doświadczeniach: „Dziś poszłam na poranne zajęcia jogi w nowym ośrodku. Nauczycielka opowiadała o oddychaniu aż do granicy i o zauważaniu tej granicy. Powiedziała, że jeśli skupiamy się na oddechu, jesteśmy tu i teraz, nie można bowiem oddychać w przeszłości ani w przyszłości. Dla mnie to było fascynujące: praktykować oddychanie w ten sposób zaraz po tym, jak o tym mówiliśmy, jakby ktoś dał mi prezent. Niektóre pozycje mogą wyzwalać we mnie wspomnienia. Dwie z nich ćwiczyliśmy dziś; jedna, gdy twoje nogi są rozkraczone w górze niczym u żaby i druga, w której masz naprawdę głęboko oddychać – do miednicy. Czułam początki paniki, szczególnie przy oddychaniu; myślałam: »nie, to nie jest ta część mojego ciała, którą chciałabym czuć«. Ale potem potrafiłam się powstrzymać i powiedzieć sobie »zauważ, że ta część ciała przechowuje wrażenia, a potem po prostu odpuść. Nie musisz tam zostać, ale nie musisz też uciekać; po prostu wykorzystaj tę informację«. Nie wiem, czy kiedykolwiek wcześniej potrafiłam to zrobić tak świadomie. Pomyślałam, że jeśli to zauważam i wcale się aż tak nie boję, łatwiej mi będzie sobie uwierzyć".

W innym mailu Annie prowadziła rozważania nad zmianami w swoim życiu: „Stopniowo nauczyłam się po prostu czuć, a nie być owładniętą uczuciami. Życie stało się łatwiejsze: bardziej skupiam się na dniu codziennym i na teraźniejszości. Lepiej toleruję dotyk. Razem

z mężem uwielbiamy oglądać filmy przytuleni do siebie… To wielki krok naprzód. Wszystko to pozwoliło mi wreszcie poczuć bliskość w relacjach z mężem”.

ROZDZIAŁ 17

Układanie puzzli: samoprzywództwo

> To całe bycie człowiekiem jest jak hostel. Każdego ranka zjawia się ktoś nowy. Radość, depresja, sarkazm, czasem chwilowa świadomość wpadnie z niezapowiedzianą wizytą. […] Powitaj i zabaw je wszystkie. Każdego gościa traktuj jak osobistość. Czarne myśli, wstyd, złośliwość – przywitaj je w drzwiach z uśmiechem i zaproś do środka. Bądź wdzięczny za wszystkich, którzy przychodzą, bo każdy został przysłany jako przewodnik z tamtej strony.
>
> Rumi

> Człowiek ma tyle społecznych jaźni, ilu ludzi go rozpoznaje.
>
> William James, *The Principles of Psychology*

Na początku mojej kariery zawodowej, przez jakieś trzy miesiące leczyłem Mary, nieśmiałą, samotną i fizycznie załamaną młodą kobietę. To była cotygodniowa psychoterapia, w której mieliśmy poradzić sobie ze spustoszeniami wywołanymi wykorzystywaniem we wczesnym dzieciństwie. Któregoś dnia otworzyłem drzwi poczekalni, a tam stała ona, w prowokacyjnie krótkiej minispódniczce, z włosami ufarbowanymi na płomiennorudy kolor, z kubkiem kawy w ręce i grymasem na twarzy. „Pan musi być doktor van der Kolk”, stwierdziła. „Nazywam się Jane i przyszłam, żeby pana ostrzec; niech pan nie wierzy w żadne kłamstwa, jakie Mary panu wciska. Czy mogę wejść i opowiedzieć panu o niej?”. Zatkało mnie, ale na szczęście powstrzymałem się od konfrontacji z „Jane”, zamiast tego postanowiłem jej wysłuchać. W trakcie tej sesji poznałem nie tylko Jane, lecz również zranioną, małą dziewczynkę i gniewną nastolatkę. To był początek długiej i owocnej terapii.

Mary była pierwszym przypadkiem DID (*Dissociative Identity Disorder*, czyli zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości), z jakim się zetknąłem. Wtedy określano to terminem osobowości wielorakiej. Choć objawy są niezwykle widowiskowe, wewnętrzne rozdarcie i pojawienie się odrębnych osobowości spotykane w DID są tylko ekstremalnymi przejawami całego wachlarza doświadczeń psychicznych. Uczucie, że mieszkają w nas walczące ze sobą popędy, a nawet odrębne części osoby, jest wspólne chyba wszystkim. Szczególnie wyraźnie ujawnia się jednak u osób

straumatyzowanych, które żeby przeżyć, muszą często uciekać się do naprawdę ekstremalnych działań. Poznawanie, a nawet oswajanie tych części osobowości stanowi niezbędny element zdrowienia.

Drastyczne środki na ciężkie czasy

Wszyscy wiemy, co się dzieje, gdy ktoś nas poniży: całą energię wkładamy w samoobronę, w wypracowanie wszelkich możliwych strategii przeżycia. Możemy tłumić swoje uczucia; możemy się wściec i planować zemstę. Możemy przyrzec sobie, że staniemy się tak potężni i wpływowi, że już nikt nigdy nas nie skrzywdzi. Wiele zachowań uznawanych za aberracje psychiczne, takich jak obsesje, kompulsje i napady paniki, a także większość działań autodestrukcyjnych zaczyna się od prób samoobrony. Adaptacje do traumy mogą tak dalece zakłócać codzienne funkcjonowanie, że pracownicy służby zdrowia i sami pacjenci często wierzą, że pełne wyzdrowienie jest poza zasięgiem. Postrzeganie tych objawów jako trwałej niepełnosprawności ogranicza działania lecznicze do znalezienia odpowiedniej farmakoterapii, co często prowadzi do uzależnienia od leków do końca życia, jakby osoba po przejściu traumy była kimś takim jak pacjent z niewydolnością nerek, skazany na dializy [409].

Bardziej owocne jest postrzeganie agresji i depresji, buńczuczności i pasywności jako zachowań wyuczonych. Gdzieś po drodze pacjent zaczął wierzyć, że może przeżyć tylko jeśli stanie się twardy/niewidzialny/nieobecny, albo że bezpieczniej jest się poddać. Tak jak traumatyczne wspomnienia, które, dopóki nie zrobi się z nimi porządku, wciąż i wciąż powracają, traumatyczne przystosowania są odgrywane, dopóki organizm nie poczuje się bezpiecznie i nie doprowadzi do integracji tych części siebie, które wciąż walczą z traumą lub ją blokują.

Każda doświadczona traumą osoba, z jaką się spotkałem, jest na swój sposób odporna, a każda poznana historia wprawia w podziw nad tym, jak ludzie uczą się przetrwać. Wiedząc, ile energii wymaga sam akt przetrwania, nie mogę się dziwić cenie, jaką często płacą: brakowi kochających relacji z własnym ciałem, umysłem i duszą.

Koszty mierzenia się z traumą są wysokie. Dla wielu dzieci bezpieczniej jest nienawidzić siebie, niż wystawić na szwank relacje z opiekunami poprzez okazanie gniewu albo ucieczkę. W rezultacie, wykorzystywani nieletni wyrastają w przekonaniu, że nie można ich kochać; to jedyny sposób, w jaki ich młode umysły potrafią wytłumaczyć sobie, dlaczego ktoś ich tak skrzywdził. Ich strategia przeżycia obejmuje zaprzeczanie, ignorowanie i odrzucanie dużych fragmentów rzeczywistości. Zapominają o maltretowaniu, tłumią gniew i rozpacz, zagłuszają wrażenia zmysłowe. Jeśli jako dziecko byłeś wykorzystywany, najpewniej gdzieś w tobie istnieje dziecięca część, która zastygła w czasie, wciąż pełna nienawiści do siebie i zaprzeczenia. Wielu dorosłych, którzy przeżyli tragedię, wpada w tę samą pułapkę. Odpychanie od siebie silnych uczuć może na krótką metę być strategią wysoce adaptacyjną. Może pozwolić ci zachować godność i niezależność; może pomóc skupić się na najważniejszych zadaniach, takich jak uratowanie przyjaciela, zajęcie się dziećmi czy odbudowa domu. Problemy pojawiają się później. Żołnierz, który widział, jak jego kolega wylatuje w powietrze na minie, wraca do cywila i stara się wyrzucić to wspomnienie z pamięci. Ta część, która chce go chronić wie, jak być kompetentnym w pracy, i jak dobrze żyć z kolegami. Okresowo taki weteran może jednak wściekać się na swoją dziewczynę albo zamykać się na uczucia, gdy pod wpływem przyjemności płynącej z poddania się jej czułemu dotykowi czuje, że traci kontrolę. Taki człowiek prawdopodobnie nie zdaje sobie sprawy, że jego umysł automatycznie kojarzy pasywne poddanie się z uczuciem paraliżu, jaki ogarnął go, gdy patrzył na śmierć towarzysza. Wkracza więc kolejna chroniąca go część „ja” i odwraca jego uwagę: Zaczyna się złościć, a nie wiedząc dlaczego, myśli, że to z powodu czegoś, co zrobiła jego dziewczyna. Oczywiście będzie się na nią (i wszystkie kolejne dziewczyny) nadal wściekać, przez co popadnie w coraz większe osamotnienie. Może nigdy nie uświadomić sobie, że jego straumatyzowana część uaktywnia się, gdy on staje się pasywny, i że inna część – menedżer gniewu – wkracza, żeby chronić tę bezradną i wrażliwą część. Terapia ratuje ludziom życie, bo pomaga częściom „ja” porzucić ich ekstremalne przekonania.

Jak zobaczyliśmy w rozdziale 13., głównym zadaniem w procesie wychodzenia z traumy jest nauczenie się życia ze wspomnieniami przeszłości, tak żeby nie przytłaczały nas w chwili obecnej. Jednak większość straumatyzowanych osób, w tym te, które w pewnych dziedzinach życia funkcjonują dobrze, a nawet świetnie, staje przed innym, może nawet większym wyzwaniem: jak ponownie skonfigurować mózg/umysł nastawiony na radzenie sobie z najgorszym. I tak, jak musimy ponownie dotrzeć do traumatycznych wspomnień, żeby zintegrować je z pozostałymi śladami pamięciowymi, tak musimy dotrzeć do tych części siebie, które wytworzyły mechanizmy obronne, żebyśmy kiedyś mogli przetrwać.

Umysł jak puzzle

Każdy z nas ma w sobie wiele części. Ot teraz, część mnie chciałaby się zdrzemnąć, podczas gdy inna część chce pisać dalej. Jeszcze inna, wciąż urażona obraźliwym mailem, chciałaby wcisnąć „odpowiedz” i wysłać kąśliwą ripostę, a jeszcze inna wolałaby o tym zapomnieć. Większość tych, którzy mnie znają, widziała i moje zaangażowane, i szczere, i poirytowane oblicze; niektórzy zetknęli się z małym, warkliwym pieskiem, który we mnie mieszka. Moje dzieci wspominają rodzinne wakacje z żądną przygód i zabawy częścią mnie.

Kiedy rano wchodzisz do biura i widzisz marsową minę szefa, wiesz, co się stanie. Ta gniewna część ma swój charakterystyczny ton głosu, słownictwo i postawę – tak różną od tej, którą widziałeś wczoraj, gdy pokazywałeś szefowi zdjęcia swoich dzieci. Części to coś więcej niż uczucia. To inny sposób bycia, z własnymi przekonaniami, priorytetami i rolami w całościowym ekosystemie naszego życia. To, jak dobrze żyjemy ze sobą, w dużej mierze zależy od naszych wewnętrznych zdolności przywódczych – jak dobrze umiemy słuchać naszych różnych części, czy umiemy się nimi zaopiekować, i czy potrafimy powstrzymać je przed wzajemnym sabotowaniem swoich działań. Często wydaje się, że taka część jest odrębną całością, podczas gdy w rzeczywistości stanowi jedynie wycinek złożonej mozaiki myśli, emocji i wrażeń. Gdy w trakcie kłótni Margaret krzyczy: „Nienawidzę cię!”, Joe prawdopodobnie sądzi, że

ona go nie cierpi, a w tej konkretnej chwili Margaret pewnie nawet się z nim zgadza. Ale w rzeczywistości tylko część niej się gniewa i ta część przesłania teraz jej czułość i dobroć, które najpewniej dojdą do głosu, gdy zobaczy, jak zdruzgotany jest Joe jej reakcją.

Każda z podstawowych szkół psychologii uznaje, że człowiek ma kilka „podosobowości" i nadaje im różne nazwy [410]. W roku 1890 William James pisał: „Należy przyznać, że… całkowita możliwa świadomość może zostać rozszczepiona na części, które współistnieją, lecz wzajemnie się ignorują, i dzielić wiedzę między nimi" [411]. Z kolei Carl Jung dowodził: „Psyche to samoregulujący się układ, który zachowuje równowagę podobnie jak ciało" [412], „Naturalnym stanem ludzkiej psyche jest ciągła przepychanka między jej fragmentami i ich wzajemnie wykluczającymi się zachowaniami" [413] oraz: „Pogodzenie tych przeciwności to duży problem. Dlatego przeciwnik to nikt inny, jak »ten drugi we mnie«" [414].

Współczesna neuronauka potwierdza, że umysł jest pewnego rodzaju społecznością. Michael Gazzaniga, który przeprowadził pionierskie badania na rozdzielonym mózgu, stwierdził, że umysł składa się z półautonomicznych modułów, z których każdy ma do odegrania swoją rolę [415]. W swojej książce *The Social Brain* („Społeczny mózg") z 1985 r. pisze tak: „A co z pomysłem, że »ja« nie jest jednorodnym bytem, i że może w nas egzystować wiele poziomów świadomości?… Z naszych badań (nad rozszczepionym mózgiem) wyłania się nowa idea: że tak naprawdę jest w nas wiele »ja«, które niekoniecznie ze sobą »rozmawiają«" [416]. Naukowiec z MIT, Marvin Minsky, pionier sztucznej inteligencji twierdzi: „Legenda o pojedynczej jaźni może tylko oddalić nas od celu dociekań [417]. […] Sensownie jest myśleć, że w mózgu istnieje społeczność różnych umysłów. Niczym członkowie rodziny mogą one współpracować i pomagać sobie nawzajem, ale każdy ma swoje własne myślowe doświadczenia, o których inne nic nie wiedzą" [418].

Terapeuci, przeszkoleni w postrzeganiu ludzi jako złożonych jednostek z wieloma cechami charakterystycznymi i możliwościami, potrafią pomóc odkryć im ten system wewnętrznych części i zająć się tymi, które zostały zranione. Istnieje szereg metod terapeutycznych, w tym model dysocjacji strukturalnej opracowany

przez moich holenderskich kolegów, Onno van der Harta i Ellerta Nijenhuisa oraz pracującą w Atlancie Kathy Steel – szeroko stosowany w Europie, jak również praca Richarda Klufta w Stanach Zjednoczonych [419].

Dwadzieścia lat po tym, jak leczyłem Mary, spotkałem Richarda Schwartza, człowieka, który stworzył terapię IFS (*Internal Family Systems* – System Wewnętrznej Rodziny). To dzięki jego pracy urzeczywistniła się dla mnie „rodzinna" metafora Minsky'ego i dzięki niej mogłem w sposób usystematyzowany pracować z odszczepionymi w wyniku traumy fragmentami osobowości. U źródeł IFS leży spostrzeżenie, że umysł każdego z nas jest jak rodzina, której członkowie są w różnym wieku, w różnym stopniu się czymś podniecają, mają różną wiedzę, i co innego ich boli. Części tworzą sieć powiązań, w której zmiana każdej z nich wpływa na wszystkie inne.

Model IFS pomógł mi zrozumieć, że dysocjacja jest kontinuum. W traumie struktura „ja" się rozpada, a poszczególne części zaczynają ze sobą walczyć. Nienawiść do siebie współistnieje (i walczy) z samouwielbieniem, miłość z nienawiścią, odrętwienie z wściekłością, pasywność z agresją. Wszystkie spolaryzowane części noszą piętno traumy. W IFS część „ja" uznaje się nie za przemijający stan emocjonalny albo zwyczajowy wzorzec myślowy, ale za odrębny układ z własną historią, zdolnościami, potrzebami i poglądem na świat [420]. Trauma wtłacza w części osądy i emocje, które wytrącają je z ich naturalnego, wartościowego stanu. Na przykład każdy z nas ma w sobie część, która jest jak dziecko i lubi się bawić. Gdy jesteśmy molestowani, właśnie ta część jest najbardziej skrzywdzona. Zastyga, niosąc w sobie ból, przerażenie i zdradę kojarzoną z wykorzystywaniem. To brzemię sprawia, że staje się toksyczna i musimy za wszelką cenę zaprzeczać jej istnieniu. Ponieważ zostaje zamknięta z dala od reszty, IFS nazywa ją wygnańcem. Inne części organizują się, żeby chronić wewnętrzną rodzinę przed takimi banitami. Ci „ochroniarze" utrzymują toksyczne części z dala od reszty, ale żeby to zrobić, przejmują część energii agresora. Krytyczni i perfekcjonistyczni kierownicy mogą sprawić, że nigdy nie zbliżymy się do nikogo albo będą nas zmuszać do produktywności za wszelką cenę. Inna grupa „ochroniarzy",

nazywana w IFS „strażakami” zajmuje się odpowiedzią na nagłe sytuacje, działając pod wpływem impulsu, gdy tylko jakiś czynnik wyzwalający zechce uwolnić wygnane emocje.

Każda odszczepiona część ma w sobie inne wspomnienia, wierzenia i wrażenia; w niektórych jest wstyd, w innych gniew, w jeszcze innych przyjemność i podniecenie, a w kolejnych przejmująca samotność i bezwarunkowa uległość. To wszystko są części przeżyć związanych z wykorzystywaniem. Trzeba zdać sobie sprawę, że każda z tych części ma swoje przeznaczenie: chronić „ja” (*self*) przed doświadczeniem paraliżującego lęku, przed unicestwieniem. Dzieci, które wyrażają swój ból zamiast go tłumić, często są diagnozowane jako cierpiące na „zaburzenie opozycyjno-buntownicze”, „zaburzenia więzi” albo „zaburzenia zachowania”. Te etykietki ignorują jednak fakt, że wściekłość i wycofanie to tylko część repertuaru zachowań ukierunkowanych na przetrwanie. Próby kontroli zachowania dziecka bez zajmowania się jego przyczynami – czyli maltretowaniem – w najlepszym razie są nieskuteczne, a w najgorszym – szkodliwe. W miarę dorastania poszczególne części nie ulegają samoistnej integracji w spójną osobowość, lecz nadal żyją własnym życiem. Części, które są wykluczone, mogą zupełnie nie uświadamiać sobie istnienia innych części systemu [421]. Większość mężczyzn, których badałem pod kątem wykorzystywania w dzieciństwie przez katolickich księży, brała sterydy i spędzała długie godziny na siłowni. Ci kompulsywni kulturyści żyli w męskim świecie potu, futbolu i piwa, gdzie słabość i strach trzeba było dobrze ukrywać. Dopiero, gdy poczuli się przy mnie bezpiecznie, mogłem poznać przerażone dzieci, skryte głęboko w nich.

Pacjenci też mogą nie lubić tych części, które zostały zesłane na banicję: gniewnych, destrukcyjnych albo krytycznych. IFS daje im jednak możliwość zrozumienia, czym są i – co równie ważne – rozmawiania o nich w sposób, który nie wartościuje. Uświadomienie sobie, że każda z części niesie brzemię przeszłości i uszanowanie jej zadań w całym systemie sprawia, że zaczynamy ją postrzegać jako mniej zagrażającą czy przytłaczającą.

Zdaniem Schwartza: „Jeśli zaakceptujesz podstawowe założenie, że w człowieku jest wewnętrzny imperatyw, który każe mu dbać o własne zdrowie, to musisz uznać też, że gdy cierpi na przewlekłe

schorzenie, coś stoi mu na drodze i nie może uruchomić tych wewnętrznych zasobów. Uznając to, rolą terapeutów jest raczej współpraca, niż nauczanie, konfrontacja czy wypełnianie luk w psychice pacjenta” [422]. Pierwszym krokiem w tej współpracy jest zapewnienie wewnętrznej rodziny, że wszystkie części są w niej mile widziane, i że wszystkie – nawet te samobójcze czy destrukcyjne – zostały stworzone, żeby ją chronić, niezależnie od tego, jak bardzo teraz wydają się jej zagrażać.

Samoprzywództwo

W IFS bazą dla wychodzenia z traumy jest wspieranie uważnego samoprzywództwa. Uważność (mindfulness) nie tylko pozwala przemierzać wewnętrzne przestrzenie ze współczuciem i zaciekawieniem, ale może też aktywnie ukierunkowywać nas na opiekowanie się sobą.

Wszelkie systemy – czy to rodziny, czy społeczności, czy całe narody – mogą skutecznie działać tylko wtedy, gdy mają jasno określone i kompetentne przywództwo. Wewnętrzna rodzina niczym się pod tym względem nie różni: wszystkie twarze naszego „ja” wymagają uwagi i troski. Wewnętrzny przywódca musi mądrze rozdzielać dostępne zasoby i mieć wizję całości, w której bierze się pod uwagę wszystkie części.

Jak wyjaśnia Richard Schwartz:

> System wewnętrzny ofiary wykorzystywania różni się od normalnego stałym brakiem przywództwa, ekstremalnymi zasadami, na jakich funkcjonują poszczególne części i brakiem jakiejkolwiek trwałej równowagi czy harmonii. Na ogół części działają na podstawie nieaktualnych założeń i przekonań wywiedzionych z przeżytego w dzieciństwie maltretowania; na przykład przekonanie, że wciąż skrajnie niebezpieczne jest odkrycie przed kimś dziecięcych przeżyć, które miały być sekretem [423].

A co się dzieje, gdy „ja” traci kontrolę? IFS określa taki stan mianem „blending” [424]: wtedy „ja” identyfikuje się z częścią osobowości i mówi na przykład: „Chcę się zabić” albo „Nienawidzę cię”. Zauważcie różnicę między powyższymi zdaniami, a takimi frazami, jak „Część mnie życzy mi śmierci” albo „Gdy to robisz, uaktywnia się ta część mnie, która chce cię zabić”.

Schwartz robi dwa założenia, które przenoszą koncepcję uważności do królestwa aktywnego przywództwa. Pierwsze, że „ja”

nie trzeba rozwijać ani pielęgnować. U osób, które przetrwały traumę pod skorupą ochronnych części „ja” istnieje nieuszkodzony rdzeń, „ja”, które jest pewne siebie, ciekawe świata i pełne spokoju; „ja”, które chronili przed zniszczeniem rozmaici „ochroniarze” stworzeni dla zapewnienia przetrwania. Gdy ci „ochroniarze” uwierzą, że jest bezpiecznie i można się odłączyć, „ja” spontanicznie się pojawi, a wszystkie części przyłączą się do pracy w procesie zdrowienia.

Drugie założenie mówi, że uważne „ja” nie jest pasywnym obserwatorem, lecz raczej pomaga reorganizować wewnętrzny system i komunikuje się ze swoimi częściami w sposób, który pozwala im uwierzyć, że głębiej jest coś, czy też ktoś, kto potrafi wszystkim się zająć. I znów, badania neurologiczne wykazują, że nie jest to tylko przenośnia. Uważność zwiększa aktywność w przyśrodkowej korze przedczołowej, a zmniejsza w takich strukturach jak ciało migdałowate, które wyzwala reakcje emocjonalne. Dzięki temu zyskujemy lepszą kontrolę nad mózgiem emocjonalnym. IFS nie tylko wspiera relacje między terapeutą a bezradnym pacjentem, ono skupia się na pielęgnowaniu wewnętrznych relacji między „ja” a jego rozmaitymi częściami pełniącymi rolę ochroniarzy. W takim modelu terapii „ja” jest nie tylko świadkiem czy też pasywnym obserwatorem, jak w niektórych tradycjach medytacji, ale przyjmuje rolę aktywnego przywódcy. „Ja” jest niczym dyrygent, który sprawia, że wszystkie części harmonijnie współpracują, tworząc symfonię, zamiast kakofonii.

Poznawanie wewnętrznych pejzaży

Zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentowi rozdzielić zbełtaną mieszaninę na odrębne jednostki, tak żeby mogły powiedzieć: „Ta część mnie jest jak dziecko, a ta jest bardziej dojrzała, ale czuje się ofiarą”. Wielu z tych części pacjenci nie lubią, ale ich rozpoznanie sprawia, że stają się mniej groźne czy przytłaczające. Kolejnym krokiem jest zachęcenie pacjenta, by każdą pojawiającą się, ochronną część poprosił o chwilowe powstrzymanie się od działania, tak żebyśmy mogli zobaczyć, co chroni. Gdy ten proces jest powtarzany, części zaczynają oddzielać się od „ja” i robią miejsce dla uważnej samoobserwacji. Pacjenci uczą się jak chwilowo zablokować swój strach, wściekłość czy obrzydzenie i otworzyć się

na stan zaciekawienia i autorefleksji. Ze stabilnej perspektywy „ja” mogą zacząć konstruktywny, wewnętrzny dialog z jego częściami.

Najpierw prosi się ich, by zidentyfikowali tę część, która jest odpowiedzialna za ich bieżące problemy, takie jak poczucie bezwartościowości, porzucenia czy obsesyjne myśli o zemście. Pytają siebie: „Która część mnie tak się czuje?”, i wtedy w umyśle może pojawić się jakiś obraz [425]. Być może pogrążona w depresji część wygląda jak opuszczone dziecko, a może jak starzejący się mężczyzna albo pielęgniarka przytłoczona obowiązkami przy rannych; część owładnięta chęcią zemsty może przypominać żołnierza albo członka ulicznego gangu. Potem terapeuta pyta: „Co czujesz względem tej (smutnej, mściwej, przerażonej) części ciebie?”. To pozwala na uważną autoobserwację, bo oddziela „ja” od tej części, którą się zajmujemy. Jeśli reakcja pacjenta jest wyjątkowo silna, taka jak: „Nienawidzę jej”, terapeuta wie, że w „ja” tkwi jeszcze inna, ochronna część. Może wtedy poprosić: „Sprawdź, czy ta część, która jej nienawidzi może na chwilę ustąpić”. Potem „ochroniarzowi” często dziękuje się za czujność i zapewnia, że może wrócić w każdej chwili, gdy będzie potrzebny. Jeśli chroniąca część współpracuje, kolejne pytanie brzmi: „Co teraz czujesz względem tej (wcześniej odrzuconej) części?”. Pacjent zwykle odpowiada coś w rodzaju: „Zastanawiam się, dlaczego jest taka (smutna, mściwa itp.)”. Teraz można lepiej poznać tę część – na przykład pytając, ile ma lat i jak to się stało, że tak się czuje. Gdy „ja” pacjenta osiągnie pewną masę krytyczną, taki dialog zaczyna toczyć się spontanicznie. Ważne jest wtedy, żeby terapeuta usunął się i tylko pilnował, by inne części nie przeszkadzały w rozmowie. Może też od czasu do czasu coś wtrącić albo zadać pytanie w rodzaju: „Co powiesz tej części o tym i o tym?” albo: „Gdzie chciałbyś się teraz udać?”, albo: „Jak sądzisz, co będzie kolejnym krokiem?”; zawsze może też ponowić ogólne pytanie: „Co teraz czujesz względem tej części?”.

Życie w częściach – części życia

Joan przyszła do mnie, żebym pomógł jej opanować niekontrolowane wybuchy wściekłości i poradzić sobie z poczuciem winy z powodu niezliczonych romansów, w tym ostatniego – z trenerem tenisa. Jak to określiła w trakcie pierwszej sesji:

„W ciągu dziesięciu minut zmieniam się z profesjonalnej w każdym calu bizneswoman w łkające dziecko, potem we wściekłą zdzirę, i w nienasyconą maszynę pochłaniającą żarcie. Nie mam pojęcia, którą z nich naprawdę jestem". Do tego czasu Joan zdążyła już skrytykować desenie na ścianach mojego gabinetu, skrzypiące meble i nieład na biurku. Obrażanie było jej najlepszą strategią obronną. Przygotowywała się na to, że znów zostanie skrzywdzona – prawdopodobnie zawiodę ją, jak tylu innych przede mną. Wiedziała, że aby leczenie było skuteczne, musi się odsłonić, chciała zatem zorientować się, czy zniosę jej gniew, strach i smutek. Zdałem sobie sprawę, że jedyną drogą do zneutralizowania jej mechanizmów obronnych było okazanie widocznego zainteresowania szczegółami z jej życia, zadeklarowanie trwałego wsparcia, podziw dla ryzyka, jakie podjęła, rozmawiając ze mną, i akceptacja tych części jej samej, których najbardziej się wstydziła.

Spytałem Joan, czy zauważyła najbardziej krytyczną część siebie. Potwierdziła. Spytałem, co czuje względem tego krytyka. To kluczowe pytanie pozwoliło jej oddzielić się od tej części i dotrzeć do „ja". Joan odparła, że nienawidzi krytyka, bo przypomina jej matkę. Gdy spytałem, co – jej zdaniem – ta krytyczna część może chronić, jej gniew osłabł, a pojawiła się ciekawość i refleksja: „Zastanawiam się, dlaczego uznaje za konieczne wyzywać mnie tymi samymi epitetami, którymi wyzywała mnie matka, a nawet używa gorszych" – odparła. Potem mówiła, jak bardzo bała się matki, gdy dorastała, i jak czuła, że nigdy nie zrobi niczego właściwie. Jak widać krytyk był tu „kierownikiem sali": nie tylko chronił Joan przede mną, ale starał się też uprzedzać matczyny krytycyzm. Przez kilka kolejnych tygodni Joan opowiadała mi, że chłopak matki ją molestował, prawdopodobnie gdy chodziła do pierwszej albo drugiej klasy. Sądziła, że nigdy nie uda jej się żaden intymny związek. Podczas gdy w relacjach z mężem była wymagająca i krytyczna, nie wspominając już o braku jakiegokolwiek pociągu erotycznego, w romansach była namiętna i nierozważna. Wszystkie one kończyły się jednak podobnie: w połowie namiętnej gry miłosnej Joan nagle zwijała się w kłębek przerażona, łkając jak mała dziewczynka. Nie wiedziała, dlaczego tak się dzieje i czuła do siebie obrzydzenie, a po

wszystkim nie chciała już mieć więcej nic do czynienia z kolejnym kochankiem.

Tak jak Marilyn z rozdziału 8., Joan powiedziała mi, że gdy była molestowana, nauczyła się „znikać", unosić się ponad sceną gwałtu i obserwować go, jakby przydarzał się jakiejś innej dziewczynce. Wypchnięcie ze świadomości wspomnień o wykorzystywaniu pozwoliło jej prowadzić normalne, szkolne życie z noclegami u koleżanek, przyjaciółkami i sportami zespołowymi. Kłopoty zaczęły się w okresie dojrzewania: wobec chłopców, którzy traktowali ją z szacunkiem zachowywała chłodne lekceważenie, z tymi zaś, którzy ją zawstydzali i poniżali, miewała przygodny seks. Powiedziała mi, że dla niej tym, czym dla innych musiał być orgazm, była bulimia, zaś seks z własnym mężem był tym, czym dla innych wymioty. Choć konkretne wspomnienia molestowania były pofragmentowane (zdysocjowane), bezwiednie powtarzała tamten schemat. Nie starałem się jej wyjaśnić, dlaczego czuła taką wściekłość, wstyd czy separację – ona i tak myślała o sobie jak o wybrakowanym towarze. W terapii, tak jak w przetwarzaniu pamięci, decydujące jest podejście wahadłowe, które omawiałem w rozdziale 13. Żeby Joan mogła zmierzyć się ze swoją biedą i cierpieniem, żeby miała szansę się uleczyć, musieliśmy przywołać całą obecną w niej siłę i miłość do siebie. Oznaczało to skupienie się na jej licznych wewnętrznych zasobach. Musiałem też pamiętać, że nie mogę zapewnić jej miłości i opieki, których nie doświadczyła w dzieciństwie. Jeśli jako terapeuta, nauczyciel czy mentor starasz się wypełnić luki wczesnej deprywacji, zderzasz się z faktem, że jesteś niewłaściwą osobą, w złym miejscu i o złym czasie. Terapia musiała skupić się na relacji Joan z poszczególnymi częściami jej „ja", a nie ze mną.

Spotkanie z kierownikiem

W miarę postępów w terapii Joan, odkryliśmy wiele różnych jej części, które w różnych momentach przejmowały kontrolę: agresywną, dziecinną część, która miewała napady gniewu, rozwiązłą część nastoletnią, część, która chciała się zabić, obsesyjną menedżerkę, nadętą moralistkę – można by tak wymieniać jeszcze długo. Z początku zwykle poznajemy

kierowników. Ich zadaniem jest ochrona przed upokorzeniem i opuszczeniem oraz utrzymywanie porządku i zapewnianie bezpieczeństwa. Niektórzy kierownicy mogą być agresywni, jak krytyk Joan; inni są perfekcjonistyczni albo wycofani i zwykle starają się nie zwracać na siebie zbyt wiele uwagi. Mogą nam mówić, żebyśmy przymknęli oko na to, co się dzieje i pozostali bierni dla uniknięcia ryzyka. Wewnętrzni menadżerowie kontrolują też nasz dostęp do emocji, żeby nie przytłoczyły one systemu „ja". Utrzymanie systemu pod kontrolą wymaga ogromnych ilości energii. Wystarczy jeden erotyczny komentarz, by w jednej chwili uaktywnić wiele części: tę, która się podnieca, tę wypełnioną nienawiścią do samej siebie i trzecią, która próbuje zapanować nad wszystkim, samookaleczając się. Inni kierownicy tworzą obsesje i dekoncentrują albo kompletnie zaprzeczają rzeczywistości, ale do każdej części trzeba podejść jak do wewnętrznego obrońcy, który odgrywa ważną rolę. Kierownicy dźwigają brzemię ogromnej odpowiedzialności i zwykle nie potrafią jej sprostać.

Niektórzy z nich są niezwykle kompetentni. Wielu z moich pacjentów zajmuje odpowiedzialne stanowiska, świetnie radzi sobie zawodowo i potrafi być wręcz idealnymi rodzicami. Krytyczna kierowniczka Joan niewątpliwie przyczyniła się do jej zawodowego sukcesu jako okulistki. Inni moi pacjenci to wysoko wykwalifikowani nauczyciele i pielęgniarki. Koledzy mogą odbierać ich jako nieco chłodnych i wycofanych, ale byliby zapewne totalnie zaskoczeni, gdyby odkryli, że ich przykładny współpracownik po pracy tnie się, chorobliwie objada albo angażuje w dziwaczne praktyki seksualne.

Stopniowo Joan zaczęła uświadamiać sobie, że normalne jest jednoczesne doświadczanie sprzecznych uczuć czy myśli; to sprawiło, że z większą pewnością siebie stawiła czoła kolejnemu wyzwaniu. Zamiast wierzyć, że nienawiść pochłonęła ją całą, dowiedziała się, że to uczucie paraliżowało tylko jej część. Jednak po niekorzystnej ocenie w pracy pogrążyła się w kompletnym chaosie, obwiniając się za to, że nie potrafiła się ochronić, a potem czuła emocjonalne uzależnienie, słabość i bezradność. Gdy poprosiłem, by odnalazła w sobie tę bezbronną część i powiedziała mi, co do niej czuje – opierała się. Powiedziała, że nie może znieść tej płaczliwej, nieporadnej dziewczyny, przez którą czuła tylko wstyd

i pogardę dla samej siebie. Podejrzewałem, że właśnie ta część przechowywała większość wspomnień wykorzystywania seksualnego i nie chciałem za bardzo naciskać akurat w tamtym momencie. Wyszła z gabinetu wycofana i zdenerwowana. Następnego dnia wyjadła wszystko z lodówki, a potem przez kilka godzin wymiotowała. Gdy wróciła, powiedziała, że chciała się zabić. Była zdziwiona, że wydawałem się szczerze zaciekawiony, nieoceniający, i nie potępiałem jej ani za bulimię, ani za samobójcze myśli. Gdy spytałem, które części są teraz aktywne, wrócił krytyk i wykrzyczał: „Ona jest odrażająca!". A kiedy poprosiła, żeby ta część usunęła się na chwilę, kolejna powiedziała: „Nikt mnie nigdy nie pokocha", a potem znów odezwał się krytyk, który oznajmił, że najlepszym sposobem pomocy będzie zignorować cały ten zgiełk i położyć większy nacisk na medytację.

Z pewnością, w dążeniu do ochrony zranionych części, kierownicy ci w niezamierzony sposób krzywdzili Joan. Nadal pytałem więc, co ich zdaniem by się stało, gdyby się usunęli? Odparła: „ludzie by mnie znienawidzili" i „będę całkiem sama i bezdomna". Potem pojawiło się wspomnienie: matka powiedziała jej, że jeśli nie będzie posłuszna, odda ją do adopcji i Joan już nigdy nie zobaczy sióstr ani swojego psa. Gdy spytałem, co czuje do tej przerażonej dziewczynki w swoim wnętrzu, rozpłakała się i wyszeptała, że czuje żal. Teraz jej „ja" wróciło i byłem pewny, że uspokoiliśmy cały system, ale okazało się, że ta sesja to było dla niej zbyt wiele i zbyt szybko.

Gaszenie pożaru

W następnym tygodniu Joan nie przyszła. Uwolniliśmy „wygnanych", więc „strażacy" szaleli na całego. Jak mi później powiedziała, następnego dnia po tym, jak rozmawialiśmy o przerażeniu, w jakie wprawiała ją groźba wysłania do domu dziecka, poczuła, że za chwilę eksploduje. Poszła do baru i poderwała jakiegoś faceta. Wróciła do domu nad ranem, pijana i rozmemłana, nie chciała rozmawiać z mężem i zasnęła w salonie. Następnego ranka zachowywała się, jakby nic się nie stało. Strażacy zrobią wszystko, by „ugasić" psychiczny ból. Poza tym, że ich zadaniem jest też trzymać banitów na dystans, są przeciwieństwem kierowników: ci ostatni chcą za wszelką cenę utrzymać kontrolę, podczas gdy

strażacy nawet zburzą dom, byle ugasić pożar. Walka między sztywnymi i spiętymi kierownikami, a rozszalałymi strażakami toczy się, dopóki nie pozwoli się wrócić do domu wygnańcom, niosącym w sobie piętno traumy.

Ze „strażakami" styka się chyba każdy, kto ma do czynienia z osobami, które przeszły przez traumę. Spotkałem strażaków, którzy wpadają w zakupoholizm, pijaństwo, uzależnienie od gier internetowych, seksu albo siłowni. Zanurzenie się w obrzydliwości może przytłumić grozę i wstyd wykorzystanego dziecka, nawet jeśli tylko na kilka godzin. Ważne jest, by pamiętać, że w gruncie rzeczy strażacy pragną za wszelką cenę chronić system. W przeciwieństwie do kierowników, którzy zwykle na pozór chętnie współpracują w trakcie terapii, strażacy się nie hamują: rzucają obelgami i wypadają z gabinetu. Strażacy są szaleni, a jeśli spytasz ich, co się stanie, jeśli przestaną wykonywać swoje zadania, odkryjesz, że wierzą, iż wygnane uczucia rozsadziłyby cały wewnętrzny system „ja". Nie przyjmują też do wiadomości, że istnieją lepsze sposoby zapewnienia fizycznego i emocjonalnego bezpieczeństwa, i nawet jeśli zaprzestaną takich zachowań jak picie na umór czy samookaleczanie, często znajdą inne sposoby, by zadać sobie ból. Takie błędne koło można zatrzymać tylko wtedy, gdy „ja" zdoła przejąć kontrolę, a cały system poczuje się bezpiecznie.

Toksyczne brzemię

„Wygnańcy" to toksyczne śmieci systemu. Przechowują wspomnienia, wrażenia, przekonania i emocje związane z traumą, więc ich uwolnienie jest niebezpieczne. To w nich jest doświadczenie: „O Boże, już nie żyję!" – kwintesencja wstrząsu, od którego nie było ucieczki – a z nim przerażenie, załamanie i uległość. Wygnańcy mogą się ujawniać w postaci dławiących odczuć albo kompletnego odrętwienia, czym obrażają zarówno racjonalność kierowników, jak i szaleńczą odwagę strażaków.

Jak większość ofiar kazirodztwa, Joan nienawidziła swoich wygnańców: zarówno małej dziewczynki, która reagowała na seksualne zachcianki agresora, jak i szlochającego samotnie, przerażonego dziecka.

Gdy wygnańcy przejmują kontrolę nad kierownikami, całkowicie nas przytłaczają – jesteśmy już tylko tym odrzuconym, słabym, niekochanym i opuszczonym dzieckiem. „Ja” zlewa się z wygnańcami i nie widzimy żadnego wyjścia z sytuacji. Jak to pokazuje Schwartz: „Widzimy nas samych i świat oczyma tego dziecka i wierzymy, że to jedyny prawdziwy świat. W takim stanie nawet nie zdajemy sobie sprawy, że zostaliśmy »porwani«” [426].

Trzymanie wygnańców w zamknięciu blokuje jednak nie tylko ich wspomnienia i emocje, ale także ich samych – te części, które trauma najbardziej skrzywdziła. Cytując Schwartza: „Zazwyczaj są to nasze części najbardziej czułe, kreatywne, kochające intymność, ożywione, zabawne i niewinne. Przez wygnaniepoza system, gdy cierpią, karane są podwójnie – twoje odrzucenie nakłada się na pierwotną krzywdę” [427]. Joan odkryła, że trzymanie wygnańców w ukryciu i pogardzanie nimi skazywało ją na życie bez bliskości i bez prawdziwej radości.

Uwalnianie przeszłości

Po kilku miesiącach znów dotarliśmy do małej dziewczynki, która przechowywała brzemię poniżenia, zagubienia i wstydu wywołanego molestowaniem. Wtedy Joan wypracowała już w sobie wystarczające poczucie „ja” i ufała mi na tyle, że mogła znieść obserwowanie siebie jako dziecka, ze wszystkimi dawno pogrzebanymi uczuciami przerażenia, podniecenia, poddania się i przyzwolenia. W trakcie spotkań nie mówiła zbyt wiele, a moim głównym zadaniem było utrzymanie jej w stanie chłodnej samoobserwacji.

Często czuła obrzydzenie i grozę, które kazały jej się wycofać i zostawić to nieakceptowane dziecko samemu sobie, w rozpaczy. W tych momentach prosiłem jej „ochroniarzy”, żeby wycofali się na chwilę i pozwolili wsłuchać się w to, co ma jej do powiedzenia tamta mała dziewczynka. W końcu, z moją zachętą, Joan była w stanie wkroczyć na scenę i zabrać dziewczynkę w bezpieczne miejsce. Zdecydowanie powiedziała zwyrodnialcowi, który ją molestował, że nigdy więcej nie pozwoli mu się do niej zbliżyć. Zamiast zaprzeczać istnieniu tego dziecka, przyjęła aktywną rolę i uwolniła je. Podobnie jak w EMDR, rozwiązanie traumy było rezultatem dotarcia do

wyobraźni i zmiany scen, które zastygły w jej wnętrzu dawno temu. Bezradną bierność zastąpiło zdecydowane działanie kierowane przez „ja”.

Gdy Joan stała się panią swoich popędów i zachowań, uświadomiła sobie pustkę swojego związku i zaczęła nalegać na zmianę. Zachęciłem, by poprosiła męża – Briana, żeby spotkał się z nami, i na kolejnych osiem sesji przychodzili we dwójkę, a potem Brian przychodził już samodzielnie.

Schwartz zauważa, że IFS pomaga członkom rodziny uczyć się siebie nawzajem, w miarę jak uczą się obserwować interakcje wewnętrznych części jednej osoby z częściami innej. Byłem tego świadkiem, lecząc Joan i Briana. Mąż był początkowo dumny, że tak długo znosił zachowania żony; świadomość, jak bardzo ona go potrzebuje, sprawiała, że nawet nie pomyślał o rozwodzie. Teraz jednak, gdy chciała większej bliskości, poczuł, że na niego naciska, a on nie umie stanąć na wysokości zadania – ujawnił swoją spanikowaną część, która stawiała mur uczuciom.

Stopniowo Brian zaczął mówić o tym, jak dorastał w rodzinie alkoholików, gdzie zachowania takie, jakie widział u Joan były na porządku dziennym i wszyscy je ignorowali; od czasu do czasu ojciec szedł na odwyk, a matka do szpitala z powodu depresji i prób samobójczych. Gdy spytałem tę spanikowaną część Briana, co by się stało, gdyby pozwoliła Brianowi coś poczuć, ujawniła, że boi się przytłoczenia bólem – bólem swojego dzieciństwa, dodanym do bólu jego związku z Joan.

W następnych tygodniach pojawiały się jeszcze inne wewnętrzne części Briana. Najpierw obrońca, który bał się kobiet i był zdecydowany działać tak, by Brian nigdy nie padł ofiarą ich manipulacji. Potem odkryliśmy silnego opiekuna, który brał odpowiedzialność za matkę i młodsze rodzeństwo. Ta część dawała Brianowi poczucie własnej wartości i celu oraz sposób radzenia sobie ze strachem. W końcu mężczyzna był gotów na spotkanie ze swoim wygnańcem – przerażonym, w zasadzie pozbawionym matki dzieciakiem, który nigdy nie miał nikogo, kto by się nim zajął.

To ogromny skrót długiej drogi z mnóstwem zawrotek, jak wtedy, gdy pojawiała się krytykująca część Joan. Jednak od samego początku IFS pomogła Brianowi i Joan usłyszeć siebie samych

i siebie nawzajem z perspektywy obiektywnego, zaciekawionego i współczującego „ja”. Nie byli już zamknięci w przeszłości i otwarły się przed nimi zupełnie nowe horyzonty.

Moc samowspółczucia: IFS w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów

Nancy Shadick jest reumatologiem w bostońskim szpitalu Brigham and Women’s i łączy badania medyczne na temat reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) z zainteresowaniem osobistymi doświadczeniami jej pacjentów, związanymi z tą chorobą. Gdy odkryła IFS na warsztatach Richarda Schwartza, zdecydowała się włączyć tę terapię w badanie nad skutecznością interwencji psychoterapeutycznych u chorych z RZS. Ta autoimmunmologiczna choroba wywołuje w całym organizmie stany zapalne, przewlekły ból i niesprawność. Leki potrafią opóźnić postęp choroby i częściowo złagodzić ból, ale sama choroba jest nieuleczalna, a życie z nią może prowadzić do depresji, lęków, izolacji i znacząco obniżyć ogólną jakość życia. Śledziłem to badanie ze szczególnym zainteresowaniem ze względu na związek, jaki sam zaobserwowałem, pomiędzy traumą a chorobami autoimmunologicznymi. Pracując z terapeutką IFS, Nancy Sowell, dr Shadick opracowała dziewięciomiesięczne, randomizowane badanie, w którym jedna część chorych z RZS otrzymywała zarówno grupowy, jak i indywidualny instruktaż IFS, podczas gdy druga, kontrolna grupa, regularne wiadomości mailowe i telefoniczne odnoszące się do objawów choroby i jej leczenia. Obie grupy nadal leczono tymi samymi lekami co wcześniej, a wszyscy uczestnicy byli okresowo badani przez reumatologów, którzy nie wiedzieli, do której z grup każdy z nich należał.

W grupie IFS celem było nauczenie pacjentów akceptacji i zrozumienia dla ich nieuniknionego strachu, beznadziei i złości oraz traktowania tych uczuć jak członków własnej „wewnętrznej rodziny”. Mieli się nauczyć umiejętności prowadzenia wewnętrznego dialogu, co pozwoliłoby im rozpoznać ból, zidentyfikować towarzyszące mu myśli i emocje, a potem podejść do tych wewnętrznych stanów świadomości z zainteresowaniem i współczuciem.

Wcześnie pojawił się podstawowy problem. Jak wiele osób, które przeszły przez traumę, pacjenci z RZS cierpią na aleksytymię. Jak mi później powiedziała Nancy Sowell, nigdy nie skarżą się na ból czy niesprawność, dopóki nie będą nimi totalnie przytłoczeni. Zapytani, jak się czują, niemal zawsze odpowiadają „w porządku". Ich stoicka część zdecydowanie pomaga im przetrwać, ale ten „kierownik" utrzymuje ich zarazem w stanie zaprzeczenia. Niektórzy tak intensywnie blokują odczucia z ciała i emocje, że nie mogą skutecznie współpracować ze swoimi lekarzami. Żeby przyspieszyć proces, trenerzy wprowadzili elementy IFS w sposób wyjątkowo widowiskowy, zmieniając układ mebli i rekwizytów tak, by reprezentowały kierowników, wygnańców i strażaków. W kolejnych tygodniach członkowie grupy zaczęli rozmawiać o kierownikach, którzy każą im „zacisnąć zęby i wytrzymać", bo nikt i tak nie chce słuchać o ich problemach. Potem, gdy poprosili swoje stoickie części, żeby się usunęły, zaczęli dostrzegać swoją wściekłą część, która chciała krzyczeć i rozpętać piekło, część, która chciała przez cały dzień leżeć w łóżku, oraz wewnętrznego wygnańca, który czuł się bezwartościowy, bo nigdy nie pozwalano mu mówić. Okazało się, że jako dzieci niemal wszyscy uczestnicy byli wychowywani tak, żeby „było ich widać, a nie słychać"; bezpieczeństwo oznaczało więc ukrywanie swoich potrzeb. Indywidualna terapia IFS pomogła pacjentom zastosować język części do codziennych spraw. Jedna z kobiet czuła się na przykład przygnieciona konfliktami w pracy, a jej wewnętrzny kierownik twierdził, że jedynym wyjściem jest pracować jeszcze więcej – dopóki jej choroba się nie uaktywniła. Z pomocą terapeuty uświadomiła sobie, że może dbać o swoje potrzeby bez wpędzania się w chorobę.

W czasie dziewięciomiesięcznego badania obie grupy, IFS i kontrolną, oceniano trzykrotnie, a potem jeszcze raz, po roku. Po dziewięciu miesiącach grupa IFS w porównaniu z grupą kontrolną, „edukacyjną", wykazywała mierzalną poprawę w zakresie samooceny bólu stawów, mobilności, współczucia samemu sobie i ogólnej oceny bólu. Jej członkowie mieli też łagodniejszą depresję i byli skuteczniejsi w działaniu. Te korzyści utrzymywały się po roku od zakończenia badania, choć obiektywnymi testami medycznymi nie można już było wykryć mierzalnej poprawy w zakresie

odczuwania bólu czy mobilności. Innymi słowy, to co się najbardziej zmieniło, to zdolność pacjentów do życia ze swoją chorobą. We wnioskach Shadick i Sowell podkreślały, że kluczowym czynnikiem było skupienie IFS na współczuciu dla samego siebie.

To nie pierwsze badanie wykazujące, że interwencje psychologiczne mogą pomagać pacjentom z RZS. Podobnie pozytywny wpływ na ból, zapalenie stawów, niesprawność i depresję mają terapia behawioralno-poznawcza i praktyki uważności [428]. W żadnym z tych badań jednak nie zadano podstawowego pytania: Czy zwiększone poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego przekłada się na lepsze działanie układu odpornościowego?

Uwalnianie wygnanego dziecka

Peter prowadził poradnię onkologiczną w prestiżowym akademickim ośrodku medycznym, jednym z najlepszych w kraju. Gdy tak siedział w moim gabinecie, w świetnej formie fizycznej, która była efektem regularnej gry w squasha, jego pewność siebie przekroczyła granice arogancji. Ten mężczyzna zdecydowanie nie wyglądał na kogoś, kto cierpi z powodu PTSD. Powiedział, że po prostu chciał się dowiedzieć, jak mógłby pomóc swojej żonie trochę „wyluzować". Powiedziała, że go rzuci, jeśli nie zrobi czegoś ze swoim, jak to nazwała, „bezdusznym zachowaniem". Peter zapewnił mnie, że żona nie ma racji, bo on z pewnością nie ma problemów z empatią wobec chorych. Uwielbiał mówić o swojej pracy, dumny z faktu, że rezydenci i stypendyści zabijali się o miejsca w jego poradni, a także z plotek o tym, że personel strasznie się go bał. Opisał siebie jako osobę brutalnie szczerą, prawdziwego naukowca, kogoś, kto zajmował się faktami i – tu rzucił znaczące spojrzenie w moją stronę – nie tolerował głupców. Wiele wymagał – ale także od siebie – i zapewnił mnie, że nie chce, żeby go kochano, wystarczy, żeby go szanowano. Peter powiedział mi też, że staż na psychiatrii upewnił go, że medycy tej specjalności nadal parają się czarami, a seria wizyt na terapii małżeńskiej tylko go w tym upewniła. Pogardzał ludźmi, którzy za swoje problemy obwiniali rodziców albo społeczeństwo. Choć w dzieciństwie przeszedł swoje, postanowił, że nigdy nie będzie myślał o sobie jak o ofierze.

Twardość i umiłowanie precyzji Petera bardzo mi się podobały, ale zastanawiałem się, czy nie odkryjemy czegoś, co zbyt często widywałem w podobnych przypadkach: że wewnętrzni kierownicy opętani wizją władzy tworzeni są jako zabezpieczenie przed uczuciem bezradności.

Gdy spytałem go o rodzinę, Peter powiedział, że jego ojciec miał zakład produkcyjny. Ocalały z Holocaustu, bywał brutalny i wymagający, ale miał też czułą i sentymentalną stronę, która sprawiała, że Peter był do niego bardzo przywiązany, i która zainspirowała go do tego, by zostać lekarzem. Gdy opowiadał o swojej matce, po raz pierwszy uświadomił sobie, że perfekcyjnym prowadzeniem domu zastępowała prawdziwą opiekę, ale zaprzeczył, że go to obchodziło. W szkole miał same piątki. Przysiągł sobie, że zbuduje życie wolne od odrzucenia i poniżenia, ale, jak na ironię, co dnia przeżywał śmierć i odrzucenie – śmierć na oddziale onkologicznym i ciągłą walkę o fundusze na badania i ich publikację. Na następnym spotkaniu pojawiła się żona Petera. Opisała, jak ją ciągle krytykował: jej gust, jej praktyki wychowawcze, to, co czyta, jej inteligencję, jej przyjaciół… Rzadko bywał w domu, a nigdy duchem. Miał mnóstwo ważnych zobowiązań, a ponieważ był wybuchowy, rodzina chodziła wokół niego na palcach. Żona postanowiła, że go zostawi i zacznie nowe życie, chyba że coś się naprawdę zmieni. W tym momencie po raz pierwszy zobaczyłem, że Peter wyraźnie się denerwuje. Zapewnił mnie i żonę, że chce rozwiązać tę sytuację.

Na kolejnej sesji poprosiłem go, by się rozluźnił, zamknął oczy, przeniósł uwagę do wnętrza, i spytał swoją krytyczną część – tę, o której mówiła jego żona – czego się obawia, że mogłoby się stać, gdyby przestał tak bezwzględnie wszystko oceniać.

Po mniej więcej pół minucie powiedział, że czuje się głupio, gadając do siebie. Nie chce próbować żadnych new age'owych bzdur – przyszedł do mnie w poszukiwaniu „sprawdzonych naukowo" metod leczenia. Zapewniłem go, że podobnie jak on, jestem na bieżąco w zakresie empirycznie potwierdzonych terapii, i to jest jedna z nich. Milczał przez jakąś minutę zanim wyszeptał: „Będę cierpiał". Poprosiłem, żeby zapytał swoją krytyczną część, co to znaczy. Z zamkniętymi nadal oczyma odparł: „Jeśli krytykujesz innych, nie ważą się ciebie skrzywdzić". A potem: „Nikt nie może cię

krytykować, jeśli jesteś doskonały”. Kazałem mu podziękować krytykowi za to, że chroni go przed krzywdą i poniżeniem, a gdy znów zamilkł, zauważyłem, że z jego ramion zeszło napięcie, a oddech zwolnił i pogłębił się. Peter powiedział mi, że zdaje sobie sprawę z tego, że jego wywyższanie się wpływa na relacje z kolegami i studentami; na spotkaniach zespołu czuł się samotny i pogardzany; nigdy też nie bawił się dobrze na szpitalnych przyjęciach. Gdy spytałem, czy chciałby zmienić sposób, w jaki jego gniewna część traktowała ludzi, odparł, że tak. Wtedy spytałem go, gdzie mieści się ta część, a on odpowiedział, że pośrodku klatki piersiowej. Poprosiłem, by skupił się na swoim wnętrzu i powiedział, co czuje względem tej części. Odparł, że go przeraża. Poprosiłem, żeby skupił się na niej i opowiedział, co teraz do niej czuje. Odpowiedział, że teraz chciałby się o niej więcej dowiedzieć. Spytałem, ile ta część ma lat. Powiedział, że jakieś siedem. Poprosiłem, by jego krytyk pokazał mu, co chroni. Po długiej chwili ciszy, nadal z zamkniętymi oczyma, Peter powiedział, że właśnie zobaczył scenę ze swojego dzieciństwa. Jego ojciec bił małego chłopca, jego, a on stał z boku myśląc, jak głupim był ten chłopak, by sprowokować swojego ojca. Gdy spytałem go, co czuje wobec tamtego skrzywdzonego chłopca, powiedział, że nim gardzi. Że to był słabeusz i maruda; nawet jeśli próbował się przeciwstawiać ojcowskiej twardej ręce, w końcu zawsze kapitulował i szlochał, że już będzie dobrym chłopcem. Nie miał jaj. Spytałem krytyka, czy mógłby się na chwilę usunąć, żebyśmy mogli zobaczyć, co dzieje się z tamtym chłopcem. Na to ujawnił się w całej okazałości, wyzywając chłopaczka od mięczaków i maminsynków. Jeszcze raz poprosiłem Petera, żeby jego krytyk odszedł na bok i pozwolił chłopcu mówić. Zupełnie się odciął i wyszedł z sesji, mówiąc, że nie wie, czy jego noga jeszcze kiedykolwiek postanie w moim gabinecie. W kolejnym tygodniu jednak wrócił: jego żona spełniła swoje groźby – poszła do adwokata i wystąpiła o rozwód. Był załamany i już nie wyglądał jak „pan-doktor-doskonały”, którego poznałem i pod wieloma względami się obawiałem. Pod groźbą utraty rodziny zmienił się i czerpał pociechę z tego, że gdyby rzeczy przybrały jak najgorszy obrót, zawsze mógł wziąć życie we własne ręce.

Znów weszliśmy do wnętrza Petera i zidentyfikowaliśmy część, którą przerażała groźba opuszczenia. Kiedy uważność pozwoliła mu nawiązać kontakt ze swoim „ja", zachęciłem go, by poprosił tego przerażonego chłopca o pokazanie brzemienia, które dźwiga. I znów pierwszą reakcją był wstręt dla słabości tamtego malca, ale gdy poprosiłem, by odsunął tę część, zobaczył wówczas siebie jako małego chłopca w rodzinnym domu, samego w pokoju, krzyczącego z przerażenia. Peter przyglądał się tej scenie przez kilka minut, cicho płacząc. Spytałem, czy chłopiec powiedział wszystko, o czym chciał mu powiedzieć. Nie, były inne sceny, jak ta, gdy biegł do drzwi, chcąc uściskać ojca i dostał klapsa za nieposłuszeństwo matce. Od czasu do czasu Peter przerywał proces, żeby wyjaśnić, dlaczego jego rodzice nie mogli postępować lepiej; przecież byli ofiarami Holocaustu, to wszystko tłumaczyło. Znów zasugerowałem, żeby znalazł chroniące części, które przeszkadzały mu doświadczać bólu chłopca i poprosił, żeby na pewien czas przeniosły się do innego pokoju. I za każdym razem powracał do swojego żalu.

Poprosiłem Petera, żeby powiedział chłopcu, że teraz już rozumie, jak ciężkie to było przeżycie. Długo siedział pogrążony w smutku i ciszy. Potem poprosiłem, żeby pokazał chłopcu, że się o niego troszczy. Wystarczyło trochę perswazji, żeby go/siebie objął. Byłem zaskoczony, jak ten z pozoru oschły i bezduszny facet dokładnie wiedział, jak się nim zająć.

Po pewnym czasie zachęciłem Petera, żeby wrócił w tamto miejsce i zabrał chłopca ze sobą. Wyobraził sobie, jak stawia czoła ojcu jako dorosły już mężczyzna i mówi mu: „Jeśli jeszcze kiedyś spróbujesz coś zrobić temu chłopcu, przyjdę i cię zabiję". Potem w wyobraźni zabrał dziecko do fantastycznego parku, gdzie chłopiec mógł się pod jego okiem bawić i dokazywać z kucykami.

Nasza praca była skończona. Po tym, jak żona wycofała pozew rozwodowy, niektóre stare nawyki powróciły i od czasu do czasu musieliśmy znów wracać do tego odseparowanego chłopca, żeby upewnić się, że wszystkie zranione części Petera mają właściwą opiekę, zwłaszcza, gdy czuł się zraniony czymś, co zdarzyło się w domu lub w pracy. Tę fazę leczenia IFS nazywa „odciążeniem," a oznacza ona przywracanie wewnętrznych wygnańców do zdrowia. Z każdym nowym odciążeniem, niegdyś drapieżny, wewnętrzny

krytyk Petera odprężał się, stając się bardziej nauczycielem niż sędzią, a on sam zaczął naprawiać relacje z rodziną i kolegami z pracy. Przestał też cierpieć na napięciowe bóle głowy. Pewnego dnia powiedział mi, że spędził całą młodość, próbując uwolnić się od przeszłości, a jak na ironię musiał w tym celu tak bardzo się do niej zbliżyć.

ROZDZIAŁ 18

Wypełnianie luk: tworzenie struktur

> Największym odkryciem mojego pokolenia jest to, że ludzkie istoty mogą zmienić swoje życie, zmieniając stan swojego umysłu.
>
> William James

> Nie zmienia się to, co widzimy, lecz punkt widzenia patrzącego. To tak, jakby przestrzenny akt widzenia dawał całkiem nowy wymiar.
>
> Carl Jung

Czym innym jest przepracowanie wspomnień związanych z traumą, a czymś zupełnie innym – stawienie czoła wewnętrznej pustce, rozdarciom duszy, które są efektem bycia niechcianym, niewidzianym i powstrzymywanym od mówienia prawdy. Jeśli nigdy nie widziałeś, jak twarze twoich rodziców rozjaśniają się na twój widok, trudno ci wyobrazić sobie, jak to jest być kochanym i szanowanym. Jeśli pochodzisz z niezrozumiałego świata, pełnego sekretów i strachu, jest niemal niemożliwe, żeby znaleźć słowa opisujące, co przeszedłeś. Jeśli dorastałeś niechciany i ignorowany, wypracowanie poczucia własnej wartości i sprawczości jest naprawdę wielkim wyzwaniem.

Badania, które przeprowadziłem razem z Judy Herman i Chrisem Perry'ym (patrz rozdział 9.) wykazały, że ludzie, którzy jako dzieci czuli się niechciani i którzy nie pamiętali, żeby w trakcie dorastania czuli się bezpiecznie przy kimkolwiek, nie odnoszą pełnych korzyści ze standardowej psychoterapii, prawdopodobnie dlatego, że nie mają żadnych wspomnień o byciu zaopiekowanym, które mogliby uaktywnić. Mogłem to zobaczyć nawet u najbardziej zaangażowanych i umiejących wyrażać swoje uczucia pacjentów. Chociaż ciężko pracowali podczas terapii, i pomimo licznych osiągnięć w życiu zawodowym i osobistym, nie potrafili wymazać niszczących wspomnień o matce, która była zbyt pogrążona w depresji, żeby ich zauważyć, albo o ojcu, który traktował ich tak, jakby wolał, żeby się nigdy nie urodzili. Było jasne, że ich życie może się dramatycznie zmienić tylko wtedy, gdy uda im się na nowo

narysować te podświadome, ukryte mapy. Ale jak? Jak możemy pomóc ludziom wewnętrznie oswoić uczucia, których brakowało im przez całe dzieciństwo?

Możliwą odpowiedź dostrzegłem na konferencji amerykańskiego Towarzystwa Psychoterapii Ciała (United States Association for Body Psychotherapy) w czerwcu 1994 roku w niewielkim college'u w Beverley, na skalistym wybrzeżu Massachusetts. Jak na ironię, poproszono mnie, żebym reprezentował psychiatrię głównego nurtu i poprowadził wykład o wykorzystywaniu technik obrazowania mózgu do wizualizacji stanów umysłu. Jednak gdy tylko wszedłem do lobby, gdzie uczestnicy zebrali się na poranną kawę, zorientowałem się, że to nie jest typowy tłumek, jaki spotykałem na spotkaniach psychofarmakologów czy psychoterapeutów. Sposób, w jaki się do siebie zwracali, ich postawa i gesty emanowały witalnością i zaangażowaniem – rodzajem somatycznej wzajemności, jaka stanowi sedno dostrojenia się do innych.

Wkrótce wdałem się w rozmowę z Albertem Pesso, krępym byłym tancerzem z Martha Graham Dance Company, który był wtedy lekko po siedemdziesiątce. Spod krzaczastych brwi aż promieniał uprzejmością i pewnością siebie. Powiedział mi, że znalazł sposób, by całkowicie zmienić relację człowieka z jego wewnętrznym, najgłębszym, somatycznym ja. Jego entuzjazm był zaraźliwy, ale byłem sceptyczny i zapytałem, czy jest pewien, że potrafi zmienić ustawienia ciała migdałowatego. Niezrażony tym, że nikt nigdy nie sprawdził naukowo jego metody, zapewnił mnie, że potrafi.

Pesso miał właśnie poprowadzić warsztaty „terapii psychomotorycznej PBSP" (Pesso-Boyden System Psychomotor) [429] i zaprosił mnie na nie. Pierwszy raz widziałem taką grupę. Usiadł na niskim krześle, naprzeciwko kobiety o imieniu Nancy, którą nazwał „protagonistą," a inni uczestnicy zasiedli wokół nich na poduszkach. Potem poprosił Nancy, by opowiedziała, co ją trapi, a gdy przerywała, wykorzystywał te chwile ciszy, żeby „zaświadczać" o tym, co widział – jak na przykład: „Świadek widzi, jak przygnębiona jesteś, gdy mówisz, że ojciec porzucił rodzinę". Zrobiła na mnie wrażenie dokładność, z jaką śledził najmniejsze zmiany postawy, mimiki, tonu głosu, spojrzenia, wszelkich niewerbalnych przejawów emocji. (W terapii psychomotorycznej nazywa się to *microtracking*).

Za każdym razem, gdy Pesso „zaświadczał” o czymś, twarz i ciało Nancy nieco się rozluźniały, jakby czuła ulgę, że ktoś ją zauważa i ocenia. Jego spokojne komentarze zdawały się umacniać jej odwagę, by kontynuować i wchodzić coraz głębiej. Gdy zaczęła płakać, skomentował, że nikt nie powinien być zmuszony do znoszenia tak wielkiego bólu w samotności i spytał, czy chciałaby może wybrać kogoś, kto by usiadł przy niej. (Nazwał tę osobę „kontaktem”). Nancy przytaknęła, i po dokładnym przyjrzeniu się wszystkim w pokoju, wskazała miło wyglądającą kobietę w średnim wieku.

Pesso spytał Nancy, gdzie ma usiąść jej „kontakt”. „Dokładnie tu”, powiedziała zdecydowanie, wskazując na poduszkę bezpośrednio po swojej prawej stronie. Byłem zafascynowany. Ludzie przetwarzają relacje przestrzenne prawą półkulą mózgu, a nasze badania neuroobrazowe wykazały, że ślady traumy też są zlokalizowane głównie w prawej półkuli (patrz rozdział 3.). Zaangażowanie, dezaprobata i obojętność wyrażane są głównie mimiką, tonem głosu i ruchami ciała. Zgodnie z najnowszymi badaniami, nawet 90 procent ludzkiej komunikacji zachodzi w niewerbalnej rzeczywistości prawej półkuli [430] i właśnie to było głównym celem działań Pesso. W trakcie warsztatów uderzyło mnie też, jak obecność „kontaktu” wydawała się pomagać Nancy znieść bolesne wspomnienia, które wydobywała na światło dzienne [431]. Najbardziej niezwykłe było jednak, jak Pesso tworzył żywe obrazy – czy też, jak je nazywał, „struktury”– z przeszłości protagonisty. W miarę rozwoju opowieści, uczestnicy grupy byli proszeni o wejście w role osób ważnych w życiu protagonisty – rodziców i innych członków rodziny – tak że wewnętrzny świat zaczynał formować się w trójwymiarowej przestrzeni. Członkowie grupy mieli też odgrywać idealnych, wymarzonych rodziców, którzy zapewnialiby wsparcie, miłość i ochronę, której tak brakowało w kluczowych momentach prawdziwego życia.

Protagoniści stawali się reżyserami własnego życia, tworząc wokół siebie przeszłość, jakiej nigdy nie mieli, i po odegraniu takiego wymyślonego scenariusza niewątpliwie doświadczali głębokiej psychicznej i fizycznej ulgi. Czy ta technika mogła, po dziesięcioleciach od pierwotnego ukształtowania mózgu

doświadczeniami grozy i opuszczenia, stworzyć w umyśle nowe ślady: bezpieczeństwa i pocieszenia?

Zaciekawiony możliwościami metody Pesso, z chęcią przyjąłem jego zaproszenie do odwiedzenia jego położonego na wzgórzu wiejskiego domu w południowej części stanu New Hampshire. Po obiedzie, zjedzonym pod wiekowym dębem, Al poprosił, żebym towarzyszył mu podczas tworzenia struktury w studiu zorganizowanym w czerwonej, zbitej z szalunkowych desek stodole. Wiele lat praktykowałem psychoanalizę, więc nie spodziewałem się żadnych rewelacji. Byłem ustatkowanym profesjonalistą po czterdziestce, z rodziną i myślałem o swoich rodzicach jak o dwojgu starszych ludziach, którzy starali się stworzyć dla siebie wygodną przestrzeń, w której mogliby się zestarzeć. Z pewnością nie sądziłem, że nadal mogliby mieć na mnie znaczący wpływ. Byliśmy tylko we dwóch, więc Al poprosił, żebym wybrał jakąś rzecz albo mebel, który miał reprezentować mojego ojca. Wybrałem ogromną czarną skórzaną kanapę i poprosiłem Ala, by ustawił ją pionowo, naprzeciwko mnie, nieco po lewej, w odległości ponad dwóch metrów. Spytał, czy chciałbym przyprowadzić do pokoju także matkę, i wybrałem ciężką lampę, mniej więcej tej wysokości, co ustawiona na sztorc kanapa. W miarę jak sesja się rozwijała, przestrzeń zaczęły zapełniać inne ważne w moim życiu osoby: mój najlepszy przyjaciel – jako małe pudełko chusteczek po mojej prawej stronie, moja żona – niewielka poduszka obok niego, moje dzieci – kolejne dwie małe poduszki. Po chwili przyjrzałem się projekcji mojego wewnętrznego świata: dwa ciężkie, mroczne i groźne obiekty reprezentujące moich rodziców i zestaw drobnicy – żona, dzieci i przyjaciele. Byłem zaskoczony; odtworzyłem wewnętrzny obraz moich surowych, protestanckich rodziców z czasów, gdy byłem małym chłopcem. Czułem ucisk w klatce piersiowej, a mój głos też z pewnością musiał wydobywać się z trudem. Nie mogłem zaprzeczyć temu, co ujawnił mój przestrzenny mózg: struktura pozwoliła mi dostrzec nieoczywistą mapę mojego świata. Gdy powiedziałem Alowi, co właśnie odkryłem, kiwnął głową, a potem spytał, czy pozwolę mu zmienić tę perspektywę. Znów poczułem wracający sceptycyzm; lubiłem jednak Ala i byłem ciekaw jego metody, więc, choć z wahaniem, ale się zgodziłem. Wtedy on ustawił

się między mną a lampą i kanapą tak, że znikły z linii mojego wzroku. Moje ciało natychmiast odczuło głęboką ulgę –zniknął ucisk w piersiach i mogłem swobodnie oddychać. W tamtej chwili zdecydowałem, że chcę się uczyć od tego gościa [432].

Rekonstruowanie wewnętrznych map

Przenosząc świat wewnętrzny w trójwymiarową przestrzeń struktury, możesz zobaczyć, co dzieje się w teatrze twojego umysłu i zyskać o wiele wyraźniejszy wgląd w swoje reakcje na ludzi i zdarzenia w przeszłości. W trakcie rozmieszczania reprezentantów ważnych osób z twojego życia mogą cię zaskoczyć pojawiające się nieoczekiwanie wspomnienia, myśli i emocje. Możesz wtedy próbować zmieniać położenie pionków na szachownicy, którą sam zaludniłeś i sprawdzać, jak to na ciebie oddziałuje. Choć struktury obejmują dialog, terapia psychomotoryczna nie wyjaśnia ani nie interpretuje przeszłości. Zamiast tego pozwala ci poczuć to, co wtedy czułeś, zobaczyć obraz tego, co widziałeś i powiedzieć to, czego nie mogłeś powiedzieć wtedy, gdy to naprawdę się działo. To tak, jakbyś mógł znów obejrzeć film ze swojego życia, a zarazem przerobić kluczowe sceny. Możesz nakazać uczestnikom struktury zrobić to, czego w przeszłości nie zrobili, na przykład powstrzymać ojca przed biciem matki. Takie ustawienia wyzwalają bardzo silne emocje. Gdy na przykład ustawiasz „prawdziwą matkę” w kącie, kulącą się ze strachu, możesz poczuć głębokie pragnienie, żeby ją chronić i uświadomić sobie, jak bezradny czułeś się jako dziecko. Jeśli jednak potem stworzysz idealną matkę, która przeciwstawia się ojcu i która wie, jak uniknąć pułapki złego związku, możesz doświadczyć głębokiej ulgi i zrzucić z duszy ciężar tamtego poczucia winy i bezradności. Albo możesz stawić czoła bratu, który cię dręczył w dzieciństwie, a potem stworzyć obraz idealnego brata, który cię chroni i staje się twoim wzorem. Rolą reżysera-terapeuty i innych członków grupy jest zapewnienie protagoniście wsparcia, którego potrzebuje, by zanurzyć się w przeżycia, których samotnie bał się odkrywać. Bezpieczeństwo w grupie pozwala ci dostrzec rzeczy, które ukrywałeś przed samym sobą – zwykle to, czego się najbardziej wstydzisz. Gdy nie musisz już się ukrywać, ustawienie pozwala ci złożyć wstyd tam, gdzie jego miejsce – na postaciach

przed tobą, reprezentujących tych, którzy krzywdzili cię i sprawiali, że jako dziecko czułeś się bezradny. Poczucie bezpieczeństwa oznacza, że możesz powiedzieć swojemu ojcu (a raczej jego reprezentacji) rzeczy, które chciałeś mu powiedzieć, gdy miałeś pięć lat. Możesz powiedzieć reprezentacji twojej smutnej i przestraszonej matki, jak strasznie było czuć, że nie mogłeś się nią zaopiekować. Możesz eksperymentować z odległością i ustawieniem postaci. Jako aktywny uczestnik, możesz zatopić się w scenie o wiele głębiej, niż gdy tylko opowiadasz swoją historię. A w miarę jak przejmujesz kontrolę nad rzeczywistością swoich doświadczeń, świadek pozostaje z tobą, odzwierciedlając zmiany w twojej postawie, mimice i tonie głosu.

Z mojego doświadczenia wynika, że fizyczne doświadczenie przeszłości w teraźniejszości, a potem przerobienie jej w bezpiecznym i wspierającym otoczeniu, może mieć wystarczającą moc, by stworzyć nowe wspomnienia: symulowane doświadczenia dorastania w dostrojonym do nas, pełnym uczucia środowisku, które chroni nas przed złem. Struktury nie wymazują złych wspomnień, ani nawet nie neutralizują ich, tak jak EMDR. Zamiast tego dają nowe możliwości – alternatywną pamięć, w której twoje podstawowe ludzkie potrzeby są zaspokojone, a tęsknota za miłością i ochroną – spełnione.

Powracanie w przeszłość

Oto przykład z warsztatów, jakie niedawno prowadziłem w Esalen Institute w Big Sur, w Kalifornii.

Maria była szczupłą, umięśnioną Filipinką po czterdziestce, która przez pierwsze dwa dni, poświęcone badaniu długofalowego wpływu traumy i nauce technik samokontroli, była uprzejma i uczynna. Teraz jednak, gdy siedziała na swojej poduszce jakieś dwa metry ode mnie, wydawała się przerażona i załamana. Zastanawiałem się, czy aby nie zgłosiła się jako protagonista tylko po to, żeby zrobić przyjemność przyjaciółce, która towarzyszyła jej na zajęciach. Najpierw zachęciłem ją, żeby zwróciła uwagę na to, co dzieje się w jej wnętrzu i podzieliła się swoimi myślami. Po długiej chwili powiedziała: „Tak naprawdę niczego nie czuję, a mój umysł jest zupełnie pusty”. Odzwierciedlając jej wewnętrzne napięcie,

odrzekłem: „Świadek widzi, jak martwisz się, że twój umysł jest pusty i że nic nie czujesz po tym, jak zgłosiłaś się do stworzenia struktury. Czy to prawda?”. „Tak!”, odparła nieco uspokojona. Postać „świadka” pojawia się w ustawieniu na samym początku i przyjmuje rolę akceptującego, nieoceniającego obserwatora, który towarzyszy protagoniście, odzwierciedlając jego lub jej stan emocjonalny, i odnotowując kontekst, w jakim ten stan się pojawia (jak wtedy, gdy napomknąłem o tym, że Maria „zgłosiła się do stworzenia struktury”). Zyskanie „ważności” poprzez fakt, że jest się widzianym i słyszanym, to warunek niezbędny do zyskania poczucia bezpieczeństwa, a to z kolei jest kluczowe podczas wyprawy na niebezpieczne tereny traumy i porzucenia. W badaniach neuroobrazowych wykazano, że gdy ludzie słyszą stwierdzenia odzwierciedlające ich stan wewnętrzny, na chwilę rozjarza się u nich prawa część ciała migdałowatego, jakby podkreślając dokładność tego odzwierciedlenia.

Zachęciłem Marię, by skupiła się na oddechu, co wspólnie praktykowaliśmy już wcześniej, i zauważyła, co czuje jej ciało. Po kolejnej długiej chwili ciszy z wahaniem zaczęła mówić: „We wszystkim, co robię zawsze jest strach. Nie wygląda, jakbym się bała, ale wciąż muszę się przełamywać. Bardzo trudno jest mi tu dzisiaj być”. Moja odpowiedź brzmiała: „Świadek widzi jak nieswojo się czujesz, kiedy zmuszasz się, żeby tu być”, a ona przytaknęła skinieniem głowy i nieco się wyprostowała, sygnalizując, że czuje się rozumiana. „Wyrosłam w przekonaniu, że moja rodzina jest normalna” – mówiła dalej, „ale zawsze bałam się ojca; nigdy nie czułam, żeby mu na mnie zależało. Nigdy nie bił mnie tak mocno jak moje rodzeństwo, ale cały czas czułam strach”. Potwierdziłem, że świadek widzi, jak jest przerażona, gdy mówi o swoim ojcu, a potem poprosiłem, żeby wybrała z grupy kogoś, kto będzie reprezentować jej ojca.

Maria rozejrzała się po pokoju i wybrała Scotta, łagodnego producenta wideo, który był pełnym życia i wspierającym członkiem grupy. Kazałem mu powiedzieć: „Jestem tu jako twój prawdziwy ojciec, który przerażał cię, gdy byłaś małą dziewczynką”. (Zauważcie, że ta metoda nie polega na improwizacji, tylko na dokładnym odegraniu tego, co każde świadek i protagonista). Potem

spytałem Marię, gdzie powinien stać jej ojciec, a ona kazała Scottowi stanąć jakieś cztery metry od niej, nieco po prawej stronie, i odwrócić się tyłem. Zaczęliśmy ustawiać scenę. Za każdym razem, kiedy prowadzę strukturę, jestem pod wrażeniem tego, jak precyzyjne są projekcje prawej półkuli. Protagoniści zawsze dokładnie wiedzą, gdzie powinny się znajdować poszczególne postaci ich struktury. Wciąż dziwi mnie także, jak reprezentanci tych ważnych osób z przeszłości protagonisty niemal natychmiast odnajdują się w wirtualnej rzeczywistości: stają się ludźmi, z którymi musiał wtedy obcować, i to nie tylko dla niego samego, ale często i dla innych uczestników ustawienia. Zachęciłem Marię, by dokładnie przyjrzała się swojemu ojcu i gdy tak stała, patrząc na niego, mogliśmy być świadkami, jak jej uczucia zmieniały się: od przerażenia do głębokiego współczucia. We łzach opowiedziała, jak trudne było jego życie – gdy jako dziecko, podczas II wojny światowej, widział, jak ludziom ścinano głowy; jak zmuszano go do jedzenia zepsutych ryb z robakami. Struktury wyzwalają to, co konieczne dla głębokiej, leczniczej przemiany: zbliżony do transu stan, w którym mogą istnieć obok siebie różne rzeczywistości – teraźniejszość i przeszłość, świadomość, że jest się dorosłym, i uczucie, jakby się było dzieckiem, wykrzyczenie wściekłości albo przerażenia komuś, kto wydaje się twoim oprawcą, a zarazem świadomość, że mówisz do Scotta, który w niczym nie przypomina twojego prawdziwego ojca, i jednoczesne doświadczanie złożonych emocji: lojalności, czułości, wściekłości i tęsknoty, jakie dzieci czują wobec rodziców.

Gdy Maria zaczęła mówić o swoich relacjach z czasów, gdy była małą dziewczynką, starałem się odzwierciedlać jej ekspresje. Powiedziała, że ojciec znęcał się nad matką. Bezlitośnie krytykował jej dietę, jej ciało, jej metody prowadzenia domu. Maria ciągle bała się o matkę, opisywała tę kobietę jako kochającą i ciepłą osobę; bez której nie mogłaby przetrwać. Matka zawsze pocieszała Marię, gdy ojciec na nią nakrzyczał, ale nie robiła nic, żeby chronić dzieci przed jego gniewem. „Myślę, że moja matka sama bardzo się bała. Czuję, że nas nie broniła, bo czuła się zamknięta w pułapce”. W tym momencie zasugerowałem, żeby Maria zaprosiła do ustawienia swoją matkę. Rozejrzała się po pokoju i szeroko uśmiechnęła do

Kristin, artystki o skandynawskiej urodzie, którą poprosiła, by odegrała rolę jej matki.

Kristin przyjęła rolę sformalizowanym zdaniem struktury: „Jestem tu jako twoja prawdziwa matka, która była ciepła i kochająca i bez której nie mogłabyś przetrwać, ale która nie umiała ochronić cię przed gwałtownym ojcem". Maria kazała jej usiąść na poduszce po swojej prawej stronie, o wiele bliżej niż ojcu. Zachęciłem, żeby spojrzała na Kristin, a potem spytałem: „Co się dzieje, gdy na nią patrzysz?". Gniewnie odparła: „Nic". „Świadek widzi, jak sztywniejesz, gdy patrzysz na prawdziwą matkę i jak gniewnie mówisz, że nic nie czujesz" – skonstatowałem. Po długiej ciszy znów spytałem: „A co się teraz dzieje?". Maria wyglądała na trochę załamaną i odpowiedziała: „Nic". Spytałem, czy chce coś matce powiedzieć. W końcu usłyszałem: „Wiem, że robiłaś, co tylko mogłaś", a po chwili: „Chciałam, żebyś mnie broniła". Gdy zaczęła cicho płakać, spytałem: „Co teraz dzieje się w twoim wnętrzu?". „Czuję, jak moje serce wali", odparła. „Mój smutek płynie do mojej matki; jak bardzo nie była zdolna, by przeciwstawić się ojcu i nas chronić. Po prostu zamykała się w sobie, udając, że wszystko jest w porządku i dla niej może tak było, ale to sprawia, że dziś jestem wściekła. Chciałabym jej powiedzieć: „Mamo, gdy widzę, jak reagujesz na podłe zachowanie ojca… gdy widzę twoją twarz, w której jest tyle obrzydzenia – nie wiem, dlaczego nie powiesz mu, żeby się odwalił. Nie umiesz walczyć. Jesteś takim popychadłem. Jest w tobie część, która nie jest dobra, ani nawet żywa. Nie wiem nawet, co miałabyś powiedzieć. Po prostu chciałabym, żebyś była inna. Nie robisz tego, co powinnaś. Na przykład akceptujesz wszystko, chociaż to zupełnie nie w porządku". „Świadek widzi, ile jest w tobie gniewu, gdy chcesz, żeby twoja matka postawiła się ojcu" – skomentowałem. Potem Maria mówiła, jak bardzo chciała, żeby jej matka uciekła razem z dziećmi, zabrała je od wywołującego przerażenie ojca. Zasugerowałem, by wybrała kolejną osobę, która reprezentowałaby jej idealną matkę. Znów rozejrzała się po pokoju i wybrała Ellen, terapeutkę i instruktorkę sztuk walki. Maria kazała jej usiąść na poduszce między sobą a matką i poprosiła, żeby Ellen ją objęła. „Co twoja idealna matka powinna powiedzieć ojcu?", spytałem. „Chcę, żeby powiedziała: »Jeśli zamierzasz dalej tak

mówić, odejdę i zabiorę dzieci«”. Ellen powtórzyła słowa Marii. „Co się teraz dzieje?”, spytałem, a Maria odpowiedziała: „Podoba mi się. Głowa już prawie nie boli. Mogę swobodnie oddychać. W moim ciele czuję teraz subtelny taniec energii. To słodkie”. „Świadek widzi, jak się cieszysz, gdy twoja matka mówi do ojca, że nie będzie już więcej słuchać tych bzdur i że zabierze cię od niego”, zrelacjonowałem. Maria zaczęła łkać i powiedziała: „Mogłabym być bezpieczną, szczęśliwą, małą dziewczynką”. Kątem oka zauważyłem, że kilkoro członków grupy też cicho płacze – możliwość dorastania w poczuciu bezpieczeństwa i radości odzwierciedlała zapewne także ich tęsknoty.

Po chwili zasugerowałem, że czas na przywołanie idealnego ojca Marii. Wyraźnie widziałem w jej oczach zadowolenie, gdy patrzyła na grupę, wyobrażając sobie idealnego ojca. W końcu wybrała Danny’ego. Dałem mu rolę, a on łagodnie powiedział do Marii: „Jestem tu jako twój idealny ojciec, który by cię kochał i opiekował się tobą i którego nigdy byś się nie bała”. Maria kazała mu usiąść blisko siebie, po lewej stronie i aż promieniała, gdy radośnie wykrzyknęła: „Moi zdrowi rodzice!”. „Pozwól sobie poczuć tę radość, gdy patrzysz na idealnego ojca, który opiekowałby się tobą”, powiedziałem. Maria zawołała: „To piękne” i objęła Danny’ego, uśmiechając się do niego przez łzy. „Pamiętam naprawdę ciepłą chwilę z moim ojcem i tak właśnie się czułam. Chciałabym mieć przy sobie także mamę”. Oboje idealni rodzice czule ją kołysali. Zostawiłem ich tak na jakiś czas, żeby mogli w pełni wchłonąć to doświadczenie. Na koniec Danny powiedział: „Gdybym wtedy był twoim idealnym tatą, po prostu bym cię kochał i nigdy nie byłbym okrutny”, a Ellen dodała: „Gdybym była twoją idealną matką, broniłabym ciebie i siebie i nie pozwoliłabym, żeby stało ci się coś złego”. Wtedy wszystkie postacie wypowiedziały swoje końcowe kwestie, wychodząc z przypisanych im ról i formalnie powracając do bycia sobą.

Pisanie nowego scenariusza życia

Nikt nie dorasta w warunkach idealnych (tak jak byśmy w ogóle wiedzieli, czym takowe są). Jak powiedział kiedyś mój świętej już pamięci przyjaciel, David Servan-Schreiber: każde życie jest trudne

na swój własny sposób. Wiemy jednak, że dorastanie w obecności stabilnych i przewidywalnych rodziców, rodziców, którzy cię uwielbiali, cieszyli się każdym twoim odkryciem i osiągnięciem, rodziców, którzy pomagali ci organizować zajęcia i którzy byli dla ciebie wzorem, jak dbać o siebie i jak układać sobie relacje z innymi, niezmiernie pomaga w stawaniu się pewnymi siebie i kompetentnymi dorosłymi. Braki w którejkolwiek z tych dziedzin najpewniej ujawnią się w późniejszym życiu. Ignorowane lub stale poniżane dziecko zapewne nie będzie miało do siebie szacunku. Te, którym nie pozwalano na wyrażanie własnego zdania, prawdopodobnie nie będą umiały go bronić także jako dorośli, zaś większość maltretowanych dzieci nosi w sobie tlącą się wściekłość, której powstrzymywanie wymaga od nich ogromnych ilości energii. W takich przypadkach cierpią też relacje. Im więcej doświadczyliśmy w najmłodszych latach bólu i poniżenia, tym łatwiej będziemy później interpretować zachowania innych ludzi jako wymierzone przeciwko nam, i tym mniej wyrozumiali będziemy dla ich codziennej szarpaniny, niepewności i obaw. Jeśli nie umiemy docenić złożoności ich życia, wszystko co robią postrzegamy jako potwierdzenie tego, że zostaniemy skrzywdzeni, a co najmniej rozczarowani.

W rozdziałach opisujących biologię traumy widzieliśmy, jak skrzywdzenie i opuszczenie oddziela ludzi od ciała jako źródła przyjemności i pocieszenia, a nawet jako części siebie, która wymaga opieki i pielęgnacji. Gdy nie możemy oczekiwać od ciała, że będzie nas informować, kiedy jest bezpiecznie, a kiedy coś nam grozi, gdy zamiast tego jesteśmy stale bombardowani nadmiarem bodźców, tracimy wówczas zdolność czucia się dobrze we własnej skórze, a co za tym idzie, i w otaczającym świecie. Tak długo, jak wewnętrzna mapa świata oparta jest na krzywdzie, wykorzystywaniu i zaniedbywaniu, ludzie szukają na skróty dróg do zapomnienia. Z góry zakładają odrzucenie, wyśmianie i wykluczenie, niechętnie więc próbują czegoś nowego – pewni, że poniosą porażkę. Taka niechęć do nowości zamyka ich w błędnym kole strachu, izolacji i niedostatku, gdzie nie sposób poznać tych doświadczeń, które mogłyby zmienić ich postrzeganie świata.

To jeden z powodów, dla których mocno ustrukturyzowane doświadczenia terapii psychomotorycznej mają tak wielką wartość. Uczestnicy mogą bezpiecznie przenieść wewnętrzną rzeczywistość w przestrzeń wypełnioną prawdziwymi ludźmi, gdzie mogą badać kakofonię i chaos przeszłości. Prowadzi ich to do bardzo konkretnych „objawień": „Tak, tak właśnie było. Z tym musiałem się zmagać. A tak mógłbym się wtedy czuć, gdyby mnie kochano i opiekowano się mną". W podobnej do transu strukturze mogą doświadczyć, jak to jest być uwielbianym i chronionym jako trzylatek, a to pozwala im napisać wewnętrzne przeżycia na nowo, na przykład tak: „Mogę spontanicznie wchodzić w relacje z innymi ludźmi, bo nie muszę się bać, że mnie skrzywdzą albo odrzucą".

Struktury wykorzystują niezwykłą siłę wyobraźni, by zmienić wewnętrznych narratorów, którzy pobudzają i ograniczają nasze funkcjonowanie w świecie. Przy odpowiednim wsparciu, sekrety, których kiedyś nie można było ujawnić, bo były zbyt niebezpieczne, można wyjawić nie tylko terapeucie – odpowiednikowi spowiednika, ale – w wyobraźni – także ludziom, którzy nas kiedyś skrzywdzili i zdradzili. Trójwymiarowość ustawienia przekształca to, co ukryte, zakazane i groźne w widoczną, konkretną rzeczywistość. Podobnie dzieje się w IFS, które zgłębialiśmy w poprzednim rozdziale. IFS przywołuje odrzucone części, które stworzyłeś, żeby przetrwać i pozwala ci wejść z nimi w kontakt po to, by na końcu ujawniło się twoje nieuszkodzone „ja". W przeciwieństwie do IFS, struktura tworzy trójwymiarowy obraz osób i rzeczy, z którymi musiałeś się mierzyć, daje ci więc szansę stworzenia zupełnie nowego zakończenia. Większość osób obawia się powrotu do przeszłości z jej bólem i rozczarowaniami – to zapowiada tylko powrót tego, czego nie można znieść. Jednak w miarę rozwoju struktury z chaosu wyłania się nowa rzeczywistość. Precyzyjne odzwierciedlanie daje zupełnie inne odczucia niż bycie ignorowanym, krytykowanym i tłamszonym. Daje przyzwolenie, by czuć to, co czujesz i wiedzieć to, co wiesz – a to podstawa powrotu do zdrowia.

Trauma sprawia, że ludzie stale interpretują teraźniejszość przez pryzmat niezmiennej przeszłości. Scena, którą odtwarzasz w ustawieniu może – ale nie musi – być dokładnie taka, jak to, co stało się w przeszłości; reprezentuje jednak strukturę twojego

wewnętrznego świata: twoją wewnętrzną mapę i ukryte zasady, według których żyłeś.

Odważyć się naprawdę

Niedawno prowadziłem kolejną grupową strukturę z dwudziestosześciolatkiem o imieniu Mark, który w wieku trzynastu lat przypadkowo podsłuchał, jak jego ojciec uprawia przez telefon seks z jego ciotką – siostrą jego matki. Mark czuł się zagubiony, zawstydzony, zraniony, zdradzony i sparaliżowany tą wiedzą, ale gdy spróbował porozmawiać o tym z ojcem, spotkał się z wściekłością i zaprzeczeniem. Ojciec powiedział mu, że ma brudne myśli i oskarżył go, że chce rozbić rodzinę. Mark nigdy nie odważył się powiedzieć o tym zdarzeniu matce, ale od tamtej pory sekrety i hipokryzja zatruły każdy aspekt jego rodzinnego życia i wytworzyły w nim poczucie, że nikomu nie można ufać. Po szkole spędzał czas na pobliskim boisku do koszykówki albo w pokoju przed telewizorem; był samotny. Gdy miał dwadzieścia jeden lat, jego matka zmarła – jak twierdził Mark, pękło jej serce – a ojciec ożenił się z ciotką. Mark nie został zaproszony ani na pogrzeb, ani na ślub. Takie sekrety są jak trucizna, jak rzeczywistość, do której nie wolno ci się przyznać przed sobą i przed innymi, ale która mimo to odciska piętno na całym twoim życiu. Gdy Mark dołączył do grupy, nie znałem jego historii, ale wyróżniał się emocjonalnym dystansem, a zapytany przyznał, że czuje się oddzielony od innych jakby gęstą mgłą. Trochę się bałem, co może się ujawnić, gdy zajrzymy za tę zastygłą, pozbawioną emocji fasadę.

Poprosiłem Marka, żeby opowiedział o swojej rodzinie, a on wydusił kilka słów, po czym jeszcze bardziej zamknął się w sobie. Zachęciłem go więc, by wybrał sobie „kontakt", który będzie go wspierać. Wybrał siwowłosego mężczyznę o imieniu Richard i posadził go na poduszce tuż obok siebie. Potem zaczął opowiadać swoją historię. Ustawił Joego jako swojego prawdziwego ojca, naprzeciw siebie, w odległości ponad trzech metrów, a Carolyn – jako reprezentantkę swojej matki – poprosił, żeby kucnęła w kącie z zasłoniętą twarzą. Następnie polecił Amandzie, żeby zagrała jego ciotkę, stając z boku w wyzywającej pozie, z rękoma skrzyżowanymi na piersiach – miała reprezentować wszystkie wyrachowane,

bezwzględne, przebiegłe kobiety uganiające się za mężczyznami. Spoglądając na stworzone przez siebie ustawienie, Mark nagle się wyprostował i jakby zasłona spadła mu z oczu. Powiedziałem: „Świadek widzi, jak zdumiony jesteś tym, z czym miałeś do czynienia". Mark pokiwał głową i przez jakiś czas siedział w ciszy i zamyśleniu. Potem, patrząc na swojego „ojca" wybuchnął: „Ty dupku, ty hipokryto, zrujnowałeś mi życie". Zachęciłem Marka, żeby powiedział swojemu „ojcu" wszystko, co chciał mu powiedzieć, a nie mógł. Lista oskarżeń była długa. Nakazałem „ojcu", żeby na każdy zarzut zareagował fizycznie, jakby go uderzono – żeby Mark zobaczył, że jego ciosy sięgają celu. Nie zdziwiło mnie, gdy niepytany powiedział, jak zawsze się bał, że nie będzie potrafił opanować gniewu i że ten strach nie pozwalał mu postawić się w szkole, w pracy i w innych relacjach.

Po tym, jak Mark stawił czoła „ojcu", spytałem, czy nie chciałby przydzielić Richardowi nowej roli – idealnego ojca. Poprosiłem Richarda, żeby spojrzał Markowi prosto w oczy i powiedział: „Gdybym to ja był wtedy twoim idealnym ojcem, wysłuchałbym cię, a nie oskarżał o brudne myśli". Gdy to powtórzył, Mark zaczął drżeć. „O mój Boże! Moje życie byłoby zupełnie inne, gdybym mógł ufać ojcu i rozmawiać z nim o tym, co się dzieje. Mógłbym mieć ojca". Kazałem Richardowi powiedzieć: „Gdybym wtedy był twoim idealnym ojcem, przyjąłbym twój gniew, a ty miałbyś ojca, któremu mógłbyś zaufać". Mark wyraźnie się rozluźnił i powiedział, że to zupełnie zmieniłoby jego świat.

Potem zwrócił się do reprezentantki ciotki. Grupę zatkało, gdy dosłownie zarzucił ją obelgami: „Ty przebiegła suko! Ty zdrajczyni! Zdradziłaś siostrę i zrujnowałaś jej życie. Zniszczyłaś naszą rodzinę". Gdy skończył, zaczął szlochać. Potem powiedział, że zawsze był z gruntu podejrzliwy wobec każdej kobiety, która była nim zainteresowana. Resztę czasu przeznaczonego na strukturę (jakieś pół godziny) poświęciliśmy na stworzenie warunków, w których Mark przywołał jeszcze dwie kobiece postacie: idealną ciotkę, która nie zdradziła swojej siostry, lecz wspomagała swoich nieco odizolowanych krewnych-imigrantów oraz idealną matkę, która utrzymywała zainteresowanie i oddanie męża, więc nie pękło jej serce. Mark zakończył ustawienie, spokojnie oglądając stworzoną

przez siebie strukturę, z uśmiechem zadowolenia na twarzy. Przez resztę warsztatów był otwartym i wartościowym członkiem grupy, a trzy miesiące później przysłał mi e-mail, w którym pisał, że to doświadczenie zmieniło jego życie. Ostatnio zamieszkał ze swoją pierwszą dziewczyną i choć bywało, że się kłócili, potrafił przyjąć jej punkt widzenia bez obronnego zamykania się w sobie, nie bojąc się swojego gniewu, ani nie zakładając, że ona chce go oszukać. Sam się sobie dziwił, że tak spokojnie mógł się z nią nie zgadzać i że potrafił bronić swego zdania. Potem poprosił mnie o namiary na terapeutę w jego okolicy, który pomógłby mu ogarnąć ogromne zmiany, jakich dokonywał w swoim życiu i – na szczęście – miałem kolegę, którego mogłem mu polecić.

Odtrutka na bolesne wspomnienia

Tak jak omawiana przeze mnie w rozdziale 13. praca z pozorantem, struktury w terapii psychomotorycznej dają możliwości tworzenia wirtualnych wspomnień, istniejących równolegle z bolesną przeszłością i dostarczających zmysłowych wrażeń bycia widzianym, tulonym i wspieranym, które mogą być odtrutką na wspomnienia krzywdy i zdrady. By się zmienić, ludzie muszą fizycznie doświadczyć rzeczywistości przeciwnej do zamrożenia lub przerażenia z czasów traumy i zamienić te uczucia na wrażenia osadzone w poczuciu bezpieczeństwa, rozkoszy i więzi. Jak to widzieliśmy w rozdziale poświęconym EMDR, jedną z funkcji śnienia jest tworzenie powiązań, w których frustrujące wydarzenia kolejnego dnia wplatane są w istniejącą sieć śladów pamięciowych. W przeciwieństwie do snów, struktury terapii psychomotorycznej podlegają prawom fizyki, ale i one potrafią przekonstruować przeszłość.

Rzecz jasna nie możemy wymazać tego, co się stało, ale możemy stworzyć nowe scenariusze emocjonalne, wystarczająco intensywne i rzeczywiste, by rozbroić niektóre z tych starych. Uzdrawiające ustawienia struktur oferują doświadczenia, jakie wielu uczestników uznałoby wcześniej za niemożliwe i niedostępne: doświadczenia bycia mile widzianym w świecie, gdzie ludzie ich kochają, chronią, zaspokajają ich potrzeby i sprawiają, że czują się oni jak „u siebie”.

ROZDZIAŁ 19

Neurofeedback, czyli jak przezwoić mózg

> Czyliż to fakt jest, czy też mi się śniło, że za pomocą elektryczności świat materii stał się wielkim nerwem przesyłającym drgania mil tysiące w chwili krótszej niźli tchnienie?
>
> Nathaniel Hawthorne

> Zdolność własnowolnego przywoływania wędrującej uwagi ciągle na nowo, to nic innego jak korzeń osądu, charakteru i woli.
>
> William James

W wakacje po pierwszym roku medycyny pracowałem dorywczo jako asystent w laboratorium snu Ernesta Hartmanna w szpitalu stanowym w Bostonie. Przygotowywałem i monitorowałem uczestników badania oraz analizowałem ich EEG– elektroencefalogramy, czyli zapisy fal mózgowych. Badani zgłaszali się wieczorem; mocowałem na ich głowach siatki przewodów, a dodatkowy zestaw elektrod umieszczałem wokół oczu, by rejestrować REM, czyli szybkie ruchy gałek ocznych występujące w fazie marzeń sennych. Potem odprowadzałem każdego do łóżka, życzyłem dobrej nocy i uruchamiałem poligraf, wielką maszynę z trzydziestoma dwoma pisakami przenoszącymi aktywność mózgu na wielką belę papieru. Choć uczestnicy smacznie spali, neurony w ich mózgach utrzymywały ożywioną wewnętrzną komunikację, którą przez całą noc wychwytywał poligraf. Ja w tym czasie studiowałem zapisy EEG z poprzedniej nocy, od czasu do czasu robiąc sobie przerwę na najnowsze wyniki meczów baseballa podawane w radiu albo po to, żeby obudzić któregoś z uczestników, gdy tylko zapis wskazał, że wkracza on w fazę REM. Pytałem wtedy, co im się śniło i to zapisywałem, a rankiem pomagałem im wypełnić ankietę dotyczącą jakości snu i życzyłem miłego dnia, gdy opuszczali laboratorium.

W te ciche noce w laboratorium Hartmanna wiele dowiedzieliśmy się o fazie REM i pomogliśmy stworzyć podstawy zrozumienia procesów zachodzących we śnie; to zaś utorowało drogę epokowym odkryciom, o których mówiłem w rozdziale 15. Jednakże żywione przez lata nadzieje, że EEG pomoże nam lepiej zrozumieć, jak

aktywność elektryczna mózgu przyczynia się do problemów psychiatrycznych, do niedawna pozostawały w dużym stopniu niespełnione.

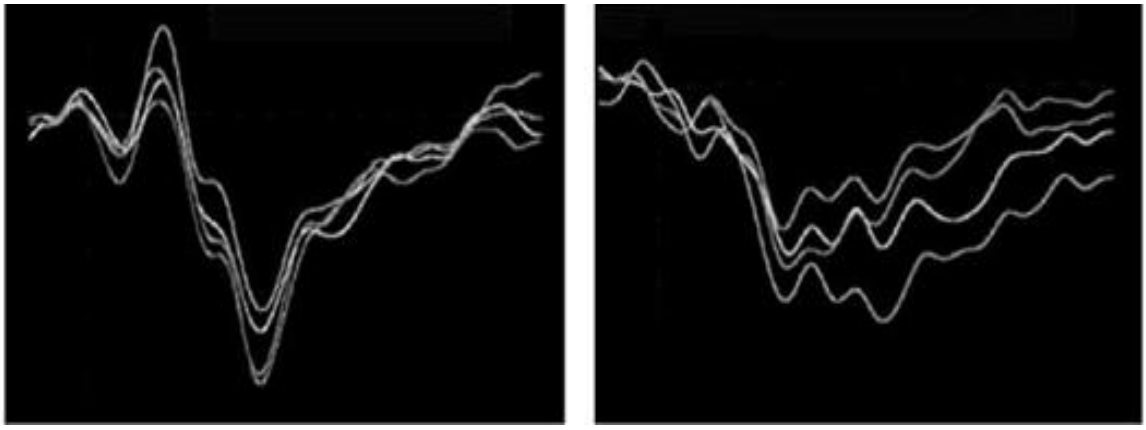
Tworzenie elektrycznej mapy mózgu

Przed rewolucją farmakologiczną powszechnie wiadome było, że aktywność mózgu zależy zarówno od sygnałów chemicznych, jak i od elektrycznych. Późniejsza „farmakodominacja" na wiele dziesięcioleci niemal unicestwiła zainteresowanie elektrofizjologią mózgu. Pierwsze zapisy aktywności elektrycznej mózgu sporządził w 1924 roku niemiecki psychiatra Hans Berger. Nowa technologia początkowo spotkała się ze sceptycyzmem i była wyśmiewana przez medyczne elity, ale stopniowo stała się narzędziem niezastąpionym w diagnostyce aktywności drgawkowej u chorych z padaczką. Berger odkrył, że różne rodzaje aktywności umysłowej generują odmienne wzorce fal mózgowych. (Na przykład przy próbie rozwiązania zagadki matematycznej dochodzi do grupowych wyładowań fal o stosunkowo wysokiej częstotliwości, zwanych falami beta). Łudził się, że w końcu nauce uda się powiązać rozmaite przypadłości psychiatryczne z konkretnymi nieprawidłowościami w elektroencefalogramie (EEG). Jego nadzieje podsyciły pierwsze doniesienia na temat wzorców EEG u dzieci „z problemami wychowawczymi", z 1938 roku [433]. U większości z tych nadaktywnych i wybuchowych dzieciaków fale mózgowe w płatach czołowych biegną wolniej niż normalnie. To zjawisko odtworzono później w niezliczonych badaniach, a w roku 2013 przedczołowa aktywność wolnofalowa została uznana przez Agencję Żywności i Leków (Food and Drug Administration) za biologiczny wskaźnik (biomarker) ADHD. Wolnofalowa aktywność elektryczna w płatach czołowych wyjaśnia, dlaczego ci młodzi ludzie mają tak kiepskie funkcje wykonawcze: ich racjonalny mózg nie kontroluje we właściwy sposób swojej części emocjonalnej. To samo dzieje się, gdy wykorzystywanie i trauma wprawiają ośrodki emocji w stan podwyższonej czujności i ukierunkowują je na walkę lub ucieczkę.

W początkach mojej kariery sam miałem nadzieję, że EEG pomoże nam stawiać dokładniejsze diagnozy, a w latach osiemdziesiątych wysłałem na to badanie wielu moich pacjentów, żeby określić, czy ich

chwiejność emocjonalna ma swoje źródło w nieprawidłowościach neurologicznych.

W wynikach na ogół powtarzała się fraza: „nieswoiste nieprawidłowości płata skroniowego” [434]. Niewiele mi to mówiło, a ponieważ w tych czasach jedynym sposobem, w jaki mogliśmy zmienić te niejednoznaczne wzorce fal, były leki posiadające więcej działań niepożądanych niż potencjalnych korzyści, zarzuciłem rutynowe EEG u moich pacjentów. I wtedy, w roku 2000, zainteresowało mnie badanie prowadzone przez mojego przyjaciela Alexandra McFarlane’a i jego współpracowników (naukowców z Adelaidy w Australii) dokumentujące istotne różnice w przetwarzaniu informacji między osobami straumatyzowanymi a grupą „normalnych” Australijczyków. Badacze zastosowali standardowy test zwany „wzorcem czarnej kuli”, w którym uczestnicy proszeni są o wychwycenie niepasującego przedmiotu w zestawie innych, powiązanych ze sobą (na przykład trąbki w grupie stołów i krzeseł). Żaden z pokazywanych obrazów nie miał związku z traumą. W grupie kontrolnej kluczowe części mózgu współpracowały ze sobą, by razem tworzyć spójne wzory filtrowania, skupienia i analizy (patrz lewy obraz poniżej). Tymczasem u osób straumatyzowanych fale mózgowe nie były tak skoordynowane i nie tworzyły spójnego wzorca. W szczególności nie obserwowano u nich wzorca fal charakterystycznego dla skupienia uwagi na zadaniu, w którym dochodzi do filtrowania nieistotnych informacji (fala N200). Dodatkowo słabo wyróżniona była konfiguracja kluczowa dla przetwarzania informacji, tzw. fala P300. Wysokość fali określa, jak skutecznie potrafimy przyswajać i analizować nowe dane. To ważna nowa informacja, która ma ogromne znaczenie dla zrozumienia, jak ludzie po przeżytej traumie przetwarzają docierające do nich codziennie, nietraumatyczne dane.

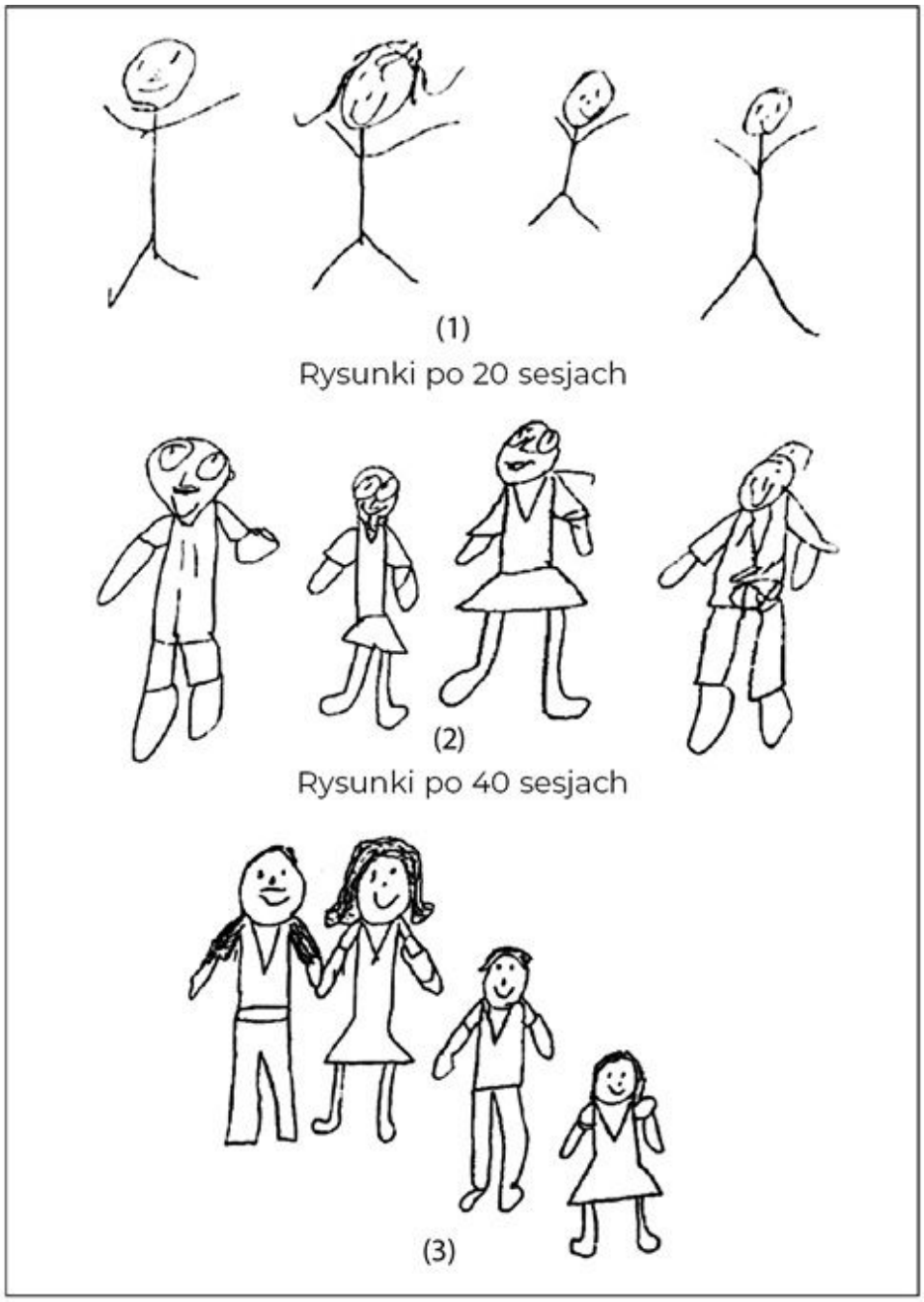


Norma vs PTSD. Wzorce uwagi. Już po milisekundach od zarejestrowania bodźca, mózg zaczyna nadawać mu znaczenie. Normą jest, że wszystkie obszary mózgu współpracują ze sobą w skoordynowany sposób (po lewej), tymczasem koordynacja fal mózgowych w PTSD jest słabsza; mózg ma problemy z odsiewaniem nieistotnych informacji i ze skupieniem się na bieżącym zadaniu.

Wzorce fal mózgowych wyjaśniają, dlaczego tak wiele straumatyzowanych osób nie potrafi uczyć się na błędach i w pełni zaangażować się w codzienne życie. Ich mózgi nie umieją skupiać uwagi na tym, co dzieje się w danej chwili. Badanie Sandy McFarlane przypomniało mi, co powiedział Pierre Janet jeszcze w 1889 roku: „Traumatyczny stres to choroba, w której nie potrafi się w pełni żyć w teraźniejszości". Wiele lat później, po obejrzeniu filmu *The Hurt Locker* (*W pułapce wojny*), dotyczącego doświadczeń żołnierzy w Iraku, natychmiast w pamięci pojawiło mi się badanie Sandy. Tak długo, jak musieli radzić sobie z ekstremalnym stresem, mężczyźni ci utrzymywali pełne skupienie na zadaniu, ale gdy wrócili do cywila, nawet proste wybory podczas zakupów w supermarkecie ich przerastały. Dziś obserwujemy alarmujące statystyki dotyczące liczby powracających żołnierzy, którzy na podstawie tzw. GI Bill (ustawy o prawach weteranów) zapisywali się do college'u, ale nie kończyli edukacji (według niektórych szacunków odsetek takich przypadków przekracza 80 procent). Kiepskie wyniki w nauce z pewnością również biorą się z dobrze udokumentowanych problemów ze skupieniem uwagi.

Badanie McFarlane wyjaśniło możliwy mechanizm stojący za brakiem skupienia uwagi w PTSD, ale postawiło też zupełnie nowe pytanie: Czy te nieprawidłowe wzorce aktywności mózgu można w jakiś sposób zmienić? Trzeba było siedmiu lat, żebym dowiedział się, że są takie możliwości.

W 2007 roku, na konferencji dotyczącej dzieci z zaburzeniami więzi, poznałem Sebern Fisher, byłą dyrektor kliniczną stacjonarnego ośrodka terapeutycznego dla ciężko zaburzonych nastolatków. Powiedziała mi, że od jakichś dziesięciu lat używa metody neurofeedbacku w swojej prywatnej praktyce. Pokazała mi rysunki „przed” i „po” wykonane przez jej dziesięcioletniego pacjenta. Chłopiec wpadał w histerię, miał trudności w nauce i ogólne zaburzenia samoorganizacji tak nasilone, że nie można ich było opanować w warunkach szkolnych [435].



Od „patyczaków" do szczegółowo zarysowanych ludzkich postaci. Po czterech miesiącach neurofeedbacku w rysunkach dziesięciolatka przedstawiających jego rodzinę zaobserwowano postęp równoważny sześciu latom rozwoju umysłowego.

Pierwszy portret rodziny (na poprzedniej stronie), narysowany przez niego jeszcze przed rozpoczęciem terapii, odpowiadał poziomowi rozwojowemu trzylatka. Wystarczyło niecałe pięć tygodni i dwadzieścia sesji neurofeedbacku, by napady wściekłości złagodniały, a rysunki stały się o wiele bardziej złożone. Po dziesięciu tygodniach i kolejnych dwudziestu sesjach twórczość chłopca weszła

na kolejny poziom złożoności, a jego zachowanie zaczęło się mieścić w normie. Nigdy nie spotkałem się z metodą leczenia, która dawałaby aż tak spektakularne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i to w tak krótkim czasie. Gdy więc Sebern zaproponowała, że pokaże mi, jak działa neurofeedback, chętnie się zgodziłem.

Oglądanie, jak mózg gra symfonię

W gabinecie doktor Sebern w Northampton zobaczyłem jej sprzęt do neurofeedbacku – dwa komputery stacjonarne oraz niewielki wzmacniacz – i część zebranych danych. Potem badaczka umieściła po jednej elektrodzie na każdej z moich skroni i jeszcze jedną na prawym uchu. Wkrótce na umieszczonym przede mną ekranie komputera pojawiły się rzędy fal mózgowych podobne do tych, jakie widywałem trzydzieści lat wcześniej na poligrafie w laboratorium snu. Maleńki laptop wykrywał, rejestrował i pokazywał elektryczną symfonię mojego mózgu szybciej i dokładniej niż wart pewnie z milion dolarów sprzęt w laboratorium Hartmanna.

Sebern wyjaśniła, że neurofeedback jest dla mózgu czymś w rodzaju lustra, w którym widzi on swoje własne działanie: to rytmy i oscylacje wzmacniające prądy i przeciwprądy umysłu. Neurofeedback „zachęca” mózg, żeby wytwarzał więcej pewnych częstotliwości a mniej innych i tworzył nowe wzorce wzbogacające jego naturalną złożoność i tendencję do autoregulacji [436]. „W efekcie”, jak mi powiedziała, „możemy uwalniać istniejące, lecz zablokowane własności mózgu i pozwalać na rozwój nowych”. Badaczka dopasowała pewne ustawenia, by – jak to wyjaśniła – „ustawić częstotliwości nagrody i hamowania”. Dzięki temu feedback miał wzmacniać wybrane wzorce fal mózgowych, jednocześnie wyciszając inne. Teraz na ekranie widziałem coś w rodzaju gry wideo z trzema statkami kosmicznymi w różnych kolorach. Komputer wydawał nieregularne dźwięki, a statki poruszały się w sposób na pozór losowy. Odkryłem, że gdy mrugam, statki się zatrzymują, a gdy spokojnie wpatruję się w ekran – lecą zgodnie, z towarzyszeniem regularnych pisków. Potem Sebern zachęciła mnie, żebym spróbował tak pokierować zielonym statkiem, żeby leciał szybciej od pozostałych. Spiąłem się, żeby się skoncentrować, ale im bardziej się starałem, tym bardziej zielony zostawał w tyle. Sandy tylko się

uśmiechnęła i powiedziała, że pójdzie mi o wiele lepiej, jeśli się zrelaksuję i pozwolę, by mój mózg przyjmował feedback generowany przez komputer. Usiadłem więc wygodnie i po chwili dźwięki stały się bardziej równomierne, a zielony krążownik wysunął się naprzód. Czułem spokój i koncentrację – i mój statek wygrywał.

Pod pewnymi względami neurofeedback działa podobnie jak patrzenie na czyjąś twarz podczas rozmowy. Jeśli widzisz uśmiech czy potakiwanie, czujesz się nagrodzony i nadal opowiadasz swoją historię albo kontynuujesz argumentację. Jeśli jednak na twarzy partnera dostrzegasz znudzenie albo widzisz, że zaczyna błądzić wzrokiem – kończysz opowieść albo zmieniasz temat. W neurofeedbacku, zamiast uśmiechu nagrodą jest dźwięk lub ruch na ekranie, a niezadowolenie jest o wiele bardziej neutralne niż zmarszczenie brwi – po prostu ekran nie zachowuje się tak, jak byś chciał.

Następnie doktor Sebern wprowadziła kolejny element neurofeedbacku: zdolność do śledzenia wzorców w określonych obszarach mózgu. Przesunęła elektrody z moich skroni nad lewą brew i poczułem, że jestem skupiony, a moja uwaga – wyostrzona. Powiedziała, że zaczęła nagradzać fale beta w mojej korze czołowej, co przełożyło się u mnie na większe skupienie. Gdy przytwierdziła elektrody na szczycie czaszki, poczułem się bardziej oderwany od obrazów na ekranie i mocniej świadomy wrażeń płynących z wnętrza ciała. Na koniec badaczka pokazała mi sumaryczny wykres pokazujący, jak zmieniały się moje fale mózgowe wraz z subtelnymi zmianami w stanie umysłu i jednocześnie z wrażeniam fizycznymi.

Jak można wykorzystać neurofeedback w leczeniu traumy? Sebern wyjaśnia: „Mając neurofeedback, chcielibyśmy wpływać na obwody wzmacniające i podtrzymujące stan lęku oraz takie uczucia jak lękliwość, wstyd i wściekłość. Traumę definiują powtarzające się wyładowania w tych obwodach”. Pacjenci potrzebują pomocy, by zmienić wyuczone wzorce mózgowe stworzone przez traumę i jej następstwa. Gdy wzorce strachu zostają stłumione, mózg staje się mniej podatny na bezwiedne reakcje stresowe i lepiej skupia się na codziennych zdarzeniach. W końcu stres nie jest nieodłączną częścią zdarzeń jako takich – jest on funkcją tego, jak je określamy i jak na nie reagujemy. Neurofeedback po prostu stabilizuje mózg i zwiększa

jego odporność, a to pozwala nam wykształcić szerszy wachlarz możliwych odpowiedzi.

Narodziny neurofeedbacku

W 2007 roku neurofeedback nie był technologią nową. Już pod koniec lat pięćdziesiątych XX wieku profesor psychologii University of Chicago, Joe Kamiya, który badał zjawisko wewnętrznej percepcji, odkrył, że poprzez sprzężenie zwrotne ludzie mogli nauczyć się rozpoznawać, kiedy ich mózg wytwarza fale alfa, powiązane ze stanem relaksacji. (Niektórym uczestnikom wystarczyły cztery dni, żeby robić to ze stuprocentową dokładnością). Następnie uczony wykazał, że badani mogli świadomie wchodzić w stan alfa w reakcji na prosty bodziec dźwiękowy. W roku 1968 artykuł na temat prac Kamiya'i opublikowało popularne pismo „Psychology Today", a pomysł, że trening alfa może łagodzić stres i związane z nim zaburzenia, stał się szeroko znany [437]. Pierwsze prace naukowe wykazujące, że neurofeedback może mieć wpływ na pewne schorzenia, były dziełem Barry'ego Stermana na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles. Narodowa Agencja Aeronautyki i Przestrzeni Kosmicznej (NASA – National Aeronautics and Space Administration) poprosiła go, żeby zbadał toksyczność monometylohydrazyny (MMH) – paliwa rakietowego, o którym wiadomo było, że wywołuje halucynacje, nudności i drgawki. Wcześniej Sterman wytresował kilka kotów tak, by wytwarzały swoistą częstotliwość EEG zwaną rytmem sensorymotorycznym (u kotów taki stan skupienia i pobudzenia wiąże się z oczekiwaniem na pokarm). Odkrył, że podczas gdy zwyczajne, laboratoryjne koty wystawione na działanie MMH wpadały w drgawki, koty, które otrzymały neurofeedback, pozostały zdrowe. Trening w jakiś sposób ustabilizował pracę ich mózgów.

W 1971 Sterman poddał neurofeedbackowi pierwszego człowieka – dwudziestotrzyletnią Mary Fairbanks. Mary cierpiała na padaczkę odkąd skończyła osiem lat; przynajmniej dwa razy w miesiącu miała całościowe ataki padaczkowe typu grand mal. Ćwiczyła godzinę dziennie dwa razy w tygodniu. Po trzech miesiącach była praktycznie wolna od ataków. W efekcie Sterman otrzymał grant z Narodowych Instytutów Zdrowia (NIH) na przeprowadzenie bardziej

systematycznych badań, a ich spektakularne efekty opublikowano w 1978 roku w czasopiśmie „Epilepsia” [438].

Okres eksperymentów i ogromnego optymizmu wiązanego z możliwościami ludzkiego umysłu skończył się w połowie lat siedemdziesiątych wraz z odkryciem nowych leków psychotropowych. Psychiatria i nauki o mózgu przyjęły chemiczny model funkcjonowania mózgu i umysłu, a inne poglądy zepchnięto na dalszy plan. Od tamtej pory neurofeedback rozwijał się zrywami, a większość osiągnięć naukowych przypadała na Europę, Rosję i Australię. I choć w Stanach Zjednoczonych jest około dziesięciu tysięcy trenerów neurofeedbacku, sama metoda nie doczekała się finansowania badań niezbędnych do zyskania szerokiej akceptacji. Jednym z powodów może być to, że istnieje wiele konkurujących z sobą systemów; innym – ograniczony potencjał komercyjny. Tylko kilka zastosowań pokrywa ubezpieczenie, co sprawia, że metoda jest dla pacjentów kosztowna, a trenerom nie pozwala na zdobycie środków niezbędnych na szeroko zakrojone badania.

Ze schroniska dla bezdomnych do praktyki pielęgniarskiej

Doktor Sebern zorganizowała mi spotkania z trójką swoich pacjentów. Wszyscy opowiedzieli zadziwiające historie, ale gdy słuchałem dwudziestosiedmioletniej Lisy, która studiowała pielęgniarstwo w pobliskim college’u, poczułem, że naprawdę dostrzegam niewiarygodny potencjał tej metody terapeutycznej. W Lisie było coś niezwykłego, jakaś fantastyczna żywotność i odporność; była czarująca – zajmująca, ciekawa świata i z pewnością inteligentna. Świetnie nawiązywała kontakt wzrokowy i chętnie dzieliła się tym, czego się o sobie nauczyła. Najlepsze, że podobnie jak wiele osób po doświadczeniu traumy, jakie znałem, miała kpiarskie poczucie humoru i odrobinę szaleństwa. Wiedząc o niej to, co wiedziałem, uznałem za cud, że była tak spokojna i opanowana.

Całe lata spędziła w domach dziecka i szpitalach psychiatrycznych, była też częstym gościem na izbach przyjęć w całym zachodnim Massachusetts – dziewczyną, którą regularnie przywożono karetką, półżywą po przedawkowaniu leków albo zakrwawioną od samookaleczeń.

Swoją opowieść zaczęła tak: „Zazdrościłam dzieciakom, które wiedziały, co się stanie, gdy ich starzy się upiją. Przynajmniej potrafili przewidzieć następną demolkę. W moim domu nie było żadnego wzorca. Moją matkę mogło zdenerwować wszystko – obiad, oglądanie telewizji, powrót ze szkoły, ubieranie się – i nigdy nie wiedziałam, co zrobi, ani jak mnie skrzywdzi. To było zupełnie losowe”. Ojciec porzucił rodzinę, gdy Lisa miała trzy latka, zostawiając ją na łasce psychotycznej matki. Maltretowanie, jakie musiała znosić, można spokojnie określić słowem „tortury”. „Mieszkałam na poddaszu”, mówiła. „Był tam jeszcze jeden pokój, gdzie mogłam pójść i nasikać na dywan, kiedy byłam zbyt przerażona, żeby zejść na dół do łazienki. Rozbierałam wszystkie swoje lalki, przebijałam je ołówkam i ustawiałam w oknie”. W wieku dwunastu lat Lisa uciekła z domu, została złapana przez policję i odstawiona z powrotem. Gdy uciekła ponownie, wkroczyły instytucje ochrony dziecka i następne sześć lat spędziła w szpitalach psychiatrycznych, schroniskach, domach dziecka, rodzinach zastępczych i na ulicy. W żadnym nie zagrzała miejsca, bo była tak odcięta i autodestrukcyjna, że przerażała kolejnych opiekunów. Mogła ranić siebie albo niszczyć meble, a potem niczego nie pamiętała, co zresztą dało jej opinię kłamczuchy i manipulantki. Patrząc z perspektywy, po prostu nie umiała wyrazić, co się z nią działo. Gdy skończyła osiemnaście lat, „wyrosła” z instytucji opiekuńczych i zaczęła samodzielne życie – bez rodziny, wykształcenia, pieniędzy ani umiejętności. Wkrótce potem trafiła na dr Sebern, która właśnie pozyskała pierwszy sprzęt do neurofeedbacku, a Lisę pamiętała z zamkniętego ośrodka terapeutycznego, w którym kiedyś pracowała. Sebern zawsze miała w sercu ciepły kącik dla tej zagubionej dziewczyny, więc zaprosiła ją, by wypróbowała nowy gadżet. Wspominała to potem tak: „Lisa przyszła do mnie jesienią, szwendała się z nieobecnym wzrokiem, wszędzie taszcząc ze sobą dynię. Po prostu jej tam nie było. Nie byłam nawet pewna, czy dotarłam do jakiegoś zdolnego do organizacji »ja«”. Jakakolwiek forma psychoterapii była dla tej dziewczyny niedostępna. Gdy tylko Sebern pytała ją o coś stresującego, zamykała się w sobie albo wpadała w panikę. Cytując samą Lisę: „Za każdym razem, gdy próbowałam rozmawiać o tym, co przeżyłam, dorastając, załamywałam się

nerwowo. Budziłam się z ranami i oparzeniami, nie mogłam jeść, nie mogłam spać…”. Ciągle towarzyszyło jej uczucie przerażenia: „Cały czas się bałam. Nie lubiłam, gdy mnie ktoś dotykał. Zawsze byłam podenerwowana. Gdy ktoś był w pobliżu, nie mogłam zamknąć oczu. Nie było nikogo, kto by mnie przekonał, że w chwili, gdy to zrobię, ten drugi mnie nie kopnie. A wtedy czujesz, że ci totalnie odbija. Wiesz, że jesteś z kimś, komu możesz ufać, na zdrowy rozum wiesz, że nic złego ci się nie stanie, ale jest jeszcze cała reszta twojego ciała i nie możesz się odprężyć. Gdy ktoś obejmował mnie ramieniem – zaraz się odsuwałam”. Pozostawała w stanie permanentnego szoku. Pamiętała dysocjacje z czasów, gdy była małą dziewczynką, ale gdy zaczęła dojrzewać, zrobiło się znacznie gorzej: „Budziłam się z ranami; ludzie w szkole znali moje różne twarze. Nie miałam stałego chłopaka, bo w stanie odrealnienia umawiałam się z różnymi, a potem tego nie pamiętałam. Urywał mi się film i bywało, że budziłam się w bardzo dziwnych sytuacjach” .

Jak wiele osób, które przebyły ciężką traumę Lisa nie umiała rozpoznać się w lustrze [439]. Nigdy nie słyszałem, żeby ktoś tak szczegółowo opisywał, jak to jest, gdy brak ci poczucia spójnego, ciągłego ja. Nie było nikogo, kto potwierdziłby jej rzeczywistość. „Gdy miałam siedemnaście lat i mieszkałam w domu dziecka dla trudnych nastolatków, naprawdę ciężko się pocięłam denkiem od puszki. Zabrali mnie na izbę przyjęć, ale nie umiałam powiedzieć lekarzowi, jak to zrobiłam, bo zupełnie tego nie pamiętałam. Był przekonany, że nie ma czegoś takiego jak dysocjacyjne zaburzenia osobowości. Wielu specjalistów w zakresie psychiatrii powie ci, że taka diagnoza nie istnieje. Nie, że ty tego nie masz, tylko, że to nie istnieje”.

Pierwszą rzeczą, jaką Lisa zrobiła, gdy osiągnęła pełnoletniość i mogła odejść z zamkniętego programu terapeutycznego było odstawienie wszystkich leków. „To nie zawsze działa”, przyznała, „ale dla mnie to był dobry wybór. Znam ludzi, którzy potrzebują leków, ale nie ja. Gdy je odstawiłam i zaczęłam sesje neurofeedbacku, zaczęłam myśleć o wiele jaśniej”.

Gdy dr Sebern włączała Lisę do programu, nie bardzo wiedziała, czego ma się spodziewać, gdyż była to pierwsza pacjentka z zaburzeniami dysocjacyjnymi, na której miała wypróbować tę metodę. Spotykały się dwa razy w tygodniu, a zaczęły od

nagradzania bardziej spójnych wzorców fal mózgowych w prawym płacie czołowym – ośrodku strachu. Po kilku tygodniach Lisa zauważyła, że nie była już tak spięta w obecności innych ludzi i już nie unikała pralni w suterenie swojego budynku. Potem przyszedł większy przełom: przestała miewać epizody dysocjacji. „Zawsze miałam w głowie taki ciągły szum przyciszonych rozmów", relacjonowała. „Bałam się, że mam schizofrenię. Po pół roku neurofeedbacku przestałam słyszeć te głosy. Myślę, że po prostu stałam się jednością. Wszystko się poukładało". W miarę jak Lisa odtwarzała bardziej ciągłe poczucie własnego „ja", zaczęła mówić o swoich przeżyciach: „Teraz naprawdę mogę mówić o takich rzeczach jak dzieciństwo. Po raz pierwszy mogłam zacząć leczenie. Przedtem nie miałam odpowiedniego dystansu i nie mogłam się wystarczająco uspokoić. Jeśli ciągle w tym tkwisz, trudno o tym mówić. Nie potrafiłam stworzyć więzi i otworzyć się w sposób, jakiego potrzebujesz, żeby nawiązać jakąś relację z terapeutą". To było zaskakujące odkrycie: tak wielu pacjentów przerywa leczenie i wraca do niego, nie mając zdolności do stworzenia znaczącej relacji, bo „wciąż w tym tkwią". Oczywiście! Gdy ludzie nie wiedzą, kim są, nie mogą dostrzec rzeczywistości ludzi wokół nich! A Lisa mówiła dalej: „Wokół więzi jest tyle niepokoju. Kiedyś, wchodząc do pokoju, starałam się zapamiętać wszystkie możliwe drogi ucieczki, każdy szczegół o każdej osobie. Za wszelką cenę próbowałam śledzić wszystko, co mogłoby mnie zranić. Teraz znam ludzi w inny sposób. Nie przez zapamiętywanie ich ze strachu. Gdy nie boisz się skrzywdzenia, możesz poznawać ich inaczej". Ta elokwentna, młoda kobieta wyłoniła się z otchłani chaosu i rozpaczy z taką jasnością osądu i koncentracją, jakich nigdy wcześniej nie widziałem. Było jasne, że w naszym ośrodku traumy musimy wypróbować potencjał tej metody.

Jak zacząć stosować neurofeedback

Najpierw trzeba się zdecydować, który z pięciu różnych systemów chcemy przyjąć, a potem znaleźć długi weekend, żeby poćwiczyć na sobie nawzajem zasady i techniki [440]. Ośmiu członków mojego zespołu i trzech stażystów zgłosiło się na ochotnika, by zgłębiać tajniki EEG, elektrod i generowanego komputerowo sprzężenia

zwrotnego. Drugiego dnia szkolenia, gdy ćwiczyłem z moim kolegą Michaelem, umieściłem elektrodę po prawej stronie jego czaszki, bezpośrednio nad korą czuciowo-ruchową i ustawiłem nagradzanie na 11–14 Hz. Krótko po zakończeniu ćwiczenia Michael poprosił wszystkich o uwagę. Powiedział, że właśnie przeżył coś niezwykłego. Zawsze czuł się nieco spięty i niepewny w obecności innych ludzi, nawet tak dobrze znanych jak my. I choć nikt tego nie zauważał – Michael był w końcu uznanym terapeutą – żył w ciągłym, zjadającym go od środka poczuciu zagrożenia. Teraz to uczucie znikło, a on czuł się bezpieczny, odprężony i otwarty. Przez następne trzy lata przestał być tym trzymającym się na uboczu człowiekiem, zaczął przedstawiać grupie swoje przemyślenia i opinie, i stał się jednym z najbardziej cenionych współpracowników w naszym programie neurofeedbacku.

Dzięki pomocy ANS Foundation zaczęliśmy nasze pierwsze badanie z udziałem siedemnastu pacjentów, którzy nie zareagowali na wcześniejsze leczenie. Celem był prawy obszar skroniowy, który w naszych wczesnych badaniach neuroobrazowych (opisanych w rozdziale 3.) [441] okazał się nadmiernie pobudzany w trakcie stresu traumatycznego. Uczestnicy otrzymali dwadzieścia sesji neurofeedbacku w ciągu dziesięciu tygodni. Ze względu na to, że większość pacjentów cierpiała na aleksytymię, niełatwo im było opisać reakcję na leczenie. Zamiast słów przemawiały ich czyny: na kolejne sesje zjawiali się o czasie, nawet jeśli musieli jechać do nas w burzy śniegowej. Nikt nie zrezygnował z uczestnictwa w programie, a po dwudziestu sesjach mogliśmy u wszystkich odnotować znaczącą poprawę nie tylko w zakresie punktacji PTSD [442], lecz również co do komfortu w relacjach z innymi, emocjonalnej równowagi i samoświadomości [443]. Nasi uczestnicy byli mniej podminowani, lepiej spali, czuli się spokojniejsi i bardziej skupieni.

Jak zawsze, nie warto polegać tylko na opisach subiektywnych; znacznie lepszymi wskaźnikami skuteczności leczenia są obiektywne zmiany w zachowaniu. Świetnym przykładem może być pierwszy pacjent, którego leczyłem neurofeedbackiem. Był to profesjonalista po pięćdziesiątce, który twierdził, że jest heteroseksualny, ale w sytuacjach, gdy czuł się porzucony i niezrozumiany, kompulsywnie poszukiwał homoseksualnych kontaktów z nieznajomymi. Przez to

rozpadło się jego małżeństwo, a on sam zaraził się HIV. Teraz desperacko próbował odzyskać kontrolę nad swoim zachowaniem.

W trakcie poprzedniego leczenia szczegółowo opowiadał, jak w wieku około ośmiu lat został wykorzystany seksualnie przez swojego wuja. Założyliśmy, że kompulsja ma związek z tym zdarzeniem, ale znalezienie tego powiązania nie zmieniło zachowania pacjenta. Po ponad roku regularnych sesji psychoterapeutycznych z kompetentnym terapeutą nic się nie zmieniło.

Po tygodniu, podczas którego zacząłem trenować jego mózg, tak by w prawym płacie skroniowym zaczął wytwarzać wolniejsze fale, pacjent pokłócił się ze swoją nową dziewczyną, ale zamiast jak zwykle pójść potem w znane miejsce na przypadkowy seks, poszedł… na ryby. Sądziłem, że to przypadek. Jednak przez następne dziesięć tygodni, gdy jego związek przechodził trudne chwile, on nadal znajdował pocieszenie w wędkowaniu i zaczął nawet remontować swoją chatkę nad jeziorem.

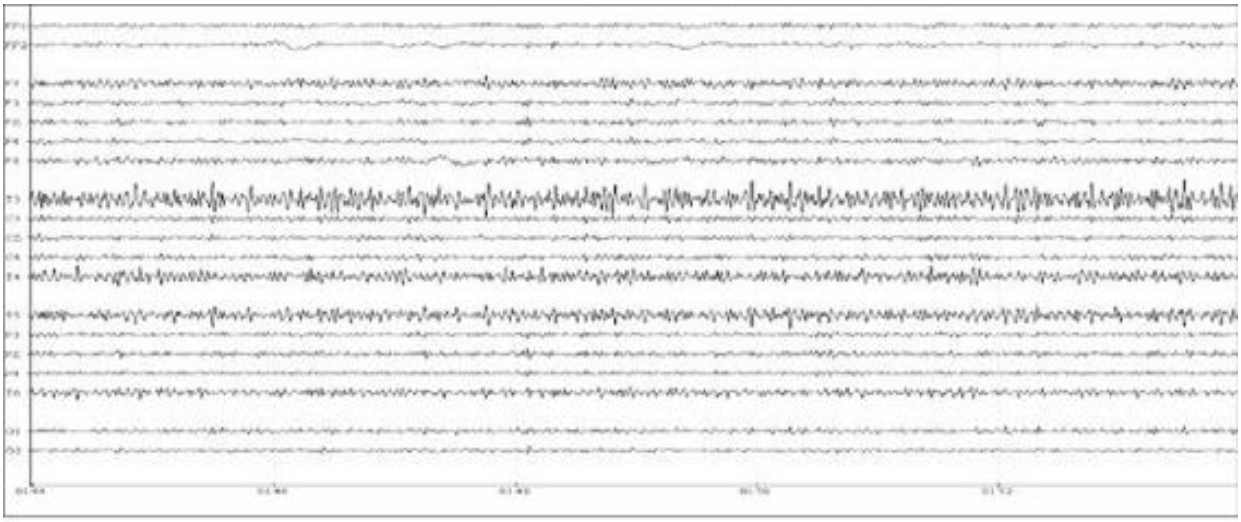
Gdy jednak z powodu wakacyjnych urlopów pominęliśmy trzy sesje, jego kompulsja powróciła, co sugerowało, że mózg nie ustabilizował jeszcze nowego wzorca. Poświęciliśmy na neurofeedback jeszcze sześć miesięcy i obecnie, cztery lata później, widuję go mniej więcej co pół roku na kontroli. Nigdy więcej nie odczuwał już przemożnej chęci angażowania się w niebezpieczne zachowania seksualne.

W jaki sposób jego mózg „wpadł” na to, by czerpać pociechę z wędkowania zamiast z przypadkowego seksu? Jak dotąd – nie wiemy. Neurofeedback zmienia wzorce połączeń mózgowych; umysł podąża za zmianami, tworząc nowe wzorce zaangażowania.

Fale mózgowe: od wolnych do szybkich

Każda linia na wykresie EEG opisuje aktywność w różnych rejonach mózgu: mieszankę rytmów od wolnych do szybkich [444]. EEG mierzy amplitudy (wysokości) i częstotliwości (długości) fal. Częstotliwość oznacza, ile razy w ciągu sekundy fala wznosi się i opada, mierzy się ją w hercach (Hz) albo cyklach na sekundę (cps). Każda częstotliwość EEG jest ważna dla zrozumienia i leczenia traumy, a podstawy są stosunkowo proste.

Najwolniejsze fale delta (2–5 Hz) widzi się najczęściej podczas snu. Mózg wtedy odpoczywa, a umysł zwraca się do wnętrza. Jeśli zbyt wiele takich fal pojawia się na jawie, umysł nie może jasno myśleć, osąd staje się nieprecyzyjny, a kontrola popędów słabnie. Nadmiar wolnych fal w płatach czołowych widuje się u 80 procent dzieci z ADHD i wielu osób z PTSD.



Elektroencefalogram (EEG). Choć nie widać tu typowej sygnatury PTSD, u wielu osób, które przeżyły traumę (podobnie jak u tego pacjenta) można zauważyć wyraźny wzrost aktywności w płatach skroniowych (T3, T4, T5). Neurofeedback może unormować te nieprawidłowe wzorce fal mózgowych, a co za tym idzie wzmocnić stabilność emocjonalną.

Częstotliwość fal mózgowych ma związek ze stanem naszego pobudzenia

cps, czyli liczba cykli na sekundę lub Hz

DELTA	THETA	ALFA	5MR	BETA	wysokie BETA
mniej niż 4 cps	4–8 cps	8–12 cps	12–15 cps	15–18 cps	powyżej 19 cps
Sen	Senność	Odprężenie i koncentracja	Odprężenie i zamyślenie	Aktywne procesy myślowe	Pobudzenie
					

W tym zakresie aktywności fal: depresja, ADD i aktywność drgawkowa

Uczymy mózg działania w tym zakresie aktywności fal, żeby złagodzić objawy depresji, poprawić koncentrację czy zmniejszyć aktywność drgawkową

W marzeniach sennych częstotliwość fal mózgowych wzrasta. Podczas zasypiania, podobnie jak tuż przed przebudzeniem (w stanie hipnopompicznym, który opisałem w rozdziale 15. o EMDR) przeważają fale theta (5–8 Hz); są one też charakterystyczne dla stanów transu i hipnozy. Fale theta tworzą stan umysłu niezwiązany zasadami logiki ani przyziemnymi życiowymi potrzebami, a zatem otwarty na tworzenie nowych połączeń i powiązań. Jedno z najbardziej obiecujących zastosowań neurofeedbacku w PTSD, trening alfa/theta, wykorzystuje tę zdolność do osłabienia zastałych asocjacji i ułatwia uczenie się nowych rzeczy. Ujemna strona jest taka, że częstotliwość theta pojawia się także w stanach zaburzeń świadomości i w depresji.

Falom alfa (8–12 Hz) towarzyszy uczucie spokoju [445]. Zna je każdy, kto nauczył się medytacji lub uważności. (Pewien pacjent powiedział mi kiedyś, że neurofeedback zadziałał na niego niczym „medytacja na sterydach”). Ja w mojej praktyce najczęściej stosuję trening alfa, by pomóc osobom, które są zbyt odrętwiałe albo zbyt zdenerwowane, by osiągnąć stan skupionego odprężenia. Niedawno w Walter Reed National Military Medical Center wprowadzono elementy treningu alfa do leczenia żołnierzy z PTSD, ale w czasie, gdy piszę tę książkę, wyniki tego badania nie są jeszcze znane.

Najszybsze (13–20 Hz) są fale beta. Ich przewaga w mózgu oznacza, że skupia się on na tym, co na zewnątrz. Beta umożliwia skupione zaangażowanie w zadanie, jakie przed nami stoi. Jednakże wysokie beta (powyżej 20 Hz) to oznaka pobudzenia, niepokoju i spięcia – stanu, w którym wciąż przeczesujemy otoczenie w poszukiwaniu zagrożenia.

Osiąganie stanu koncentracji

Trening przy pomocy neurofeedbacku zwiększa kreatywność, kontrolę mięśniową i wewnętrzną samoświadomość nawet u osób, które osiągnęły bardzo wiele i są spełnione [446]. Gdy zaczynaliśmy badania nad neurofeedbackiem, odkryliśmy że jedynym miejscem na Bostońskim Uniwersytecie, w którym coś o nim wiedzą, jest Wydział Medycyny Sportowej.

Jednym z moich pierwszych nauczycieli fizjologii mózgu był psycholog sportu, Len Zaichkowsky, który wkrótce po naszym spotkaniu opuścił Boston, by trenować przy użyciu neurofeedbacku drużynę Vancouver Canucks [447]. Neurofeedback był zresztą o wiele dokładniej badany pod kątem przydatności do zwiększania wydolności sportowej niż jako metoda leczenia problemów psychicznych. We Włoszech trener piłkarskiego klubu AC Milan używał go, by pomóc zawodnikom osiągnąć stan skupienia i odprężenia w czasie, gdy oglądali na wideo swoje błędy. Lepsza kontrola umysłu i ciała opłaciła się, gdyż kilku graczy tego klubu zostało wybranych do reprezentacji kraju, która w 2006 roku zdobyła Puchar Świata, a w kolejnym roku AC Milan zwyciężył w mistrzostwach Europy [448]. Neurofeedback został też włączony jako „naukowo-techniczny” składnik wartego 117 milionów dolarów pięcioletniego planu „Zdobywamy podium” („Own the Podium”), stworzonego, by pomóc Kanadzie zdominować zimowe Igrzyska Olimpijskie w Vancouver w 2010 roku. Kanadyjczycy zdobyli tam najwięcej złotych medali, a w klasyfikacji generalnej zajęli trzecie miejsce.

Korzyści odnoszą też muzycy. Zespół jurorów z brytyjskiego Royal College of Music stwierdził, że studenci, którzy przeszli dziesięć sesji neurofeedbacku z Johnem Gruzelierem z University of London, o 10 procent poprawili wykonanie fragmentu muzycznego w porównaniu

z tymi, którzy nie przeszli takiego szkolenia. W dziedzinie o tak zażartej konkurencji to ogromna różnica [449]. Znając wpływ neurofeedbacku na koncentrację, trudno się dziwić, że zainteresował specjalistów w dziedzinie terapii ADHD (zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi). Co najmniej trzydzieści sześć badań wykazało, że neurofeedback może być skuteczną i ograniczoną w czasie metodą leczenia ADHD – w zasadzie tak skuteczną jak leczenie konwencjonalne [450]. Gdy mózg nauczy się wytwarzać nowe wzorce i nowe połączenia elektryczne, dalsze leczenie nie jest potrzebne, podczas gdy przy farmakoterapii nie zachodzi głęboka zmiana aktywności mózgowej, a leki działają tylko tak długo, jak długo pacjent je przyjmuje.

Gdzie mój mózg ma problem?

Skomplikowana, skomputeryzowana analiza EEG, znana jako qEEG (ilościowe EEG), może śledzić przebieg fal mózgowych milisekunda po milisekundzie, a oprogramowanie potrafi przełożyć tę aktywność na barwną mapę, pokazującą, które częstotliwości dominują lub są słabo obecne w kluczowych obszarach mózgu [451]. qEEG pokazuje też sprawność komunikacji między tymi obszarami, czyli ich współpracę. Dostępnych jest wiele dużych baz danych qEEG zawierających zarówno prawidłowe, jak i zaburzone wzorce fal, co pozwala na porównanie qEEG pacjenta z zapisami sporządzonymi u tysięcy innych ludzi z podobnymi problemami. I wreszcie, co równie istotne, w przeciwieństwie do fMRI i podobnych badań obrazowych, qEEG jest stosunkowo tanie i przenośne.

Technika ta dostarcza przekonujących dowodów na to, że obowiązujące, arbitralne granice kategorii diagnostycznych DSM nie są zgodne ze swoistymi wzorcami aktywności mózgowej. Takie swoiste wzorce qEEG są natomiast związane ze wspólnymi dla wielu rozpoznań stanami umysłu, takimi jak splątanie, pobudzenie czy poczucie rozłączenia z własnym ciałem. Im więcej pacjent ma problemów psychicznych, tym więcej widać nieprawidłowości w jego qEEG [452].

Dla naszych pacjentów możliwość zobaczenia wzorców zlokalizowanej aktywności swojego mózgu jest wielką pomocą. Możemy im pokazać wzorce, które wydają się odpowiadać za ich

trudności w koncentracji uwagi albo za brak kontroli nad emocjami. Mogą zobaczyć, dlaczego różne rejony mózgu potrzebują treningu, żeby wytwarzać różne częstotliwości i różne wzorce komunikacji. Wyjaśnienia pomagają im przejść od przepełnionych poczuciem winy prób kontroli zachowania do nauki odmiennego przetwarzania informacji.

Jak niedawno napisał do mnie Ed Hamlin, który szkolił nas w interpretacji qEEG: „Wielu ludzi reaguje na trening, ale ci, którzy robią to najszybciej i najlepiej, to ci, którzy widzą, jak feedback wiąże się z czymś, co robią. Jeśli na przykład próbujemy pomóc komuś lepiej osadzić się w teraźniejszości, możemy zobaczyć, jak mu idzie. Korzyści się kumulują. Doświadczenie zmiany aktywności własnego mózgu siłą umysłu daje niezwykłe poczucie kontroli".

Jak trauma zmienia fale mózgowe

W naszym laboratorium neurofeedbacku spotykamy osoby z bardzo długą historią stresu traumatycznego, które nienajlepiej zareagowały na wcześniej stosowane próby leczenia. W ich qEEG widać bardzo różnorodne wzorce. Często jest to nadmierna aktywność w prawym płacie skroniowym – mózgowym „centrum strachu" – połączona z nadmierną ilością wolnych fal w płatach czołowych. To oznacza, że w ich umyśle dominuje nadpobudliwy, emocjonalny mózg. Nasze badania wykazały, że uspokojenie ośrodka strachu zmniejsza problemy wynikające z traumy i poprawia funkcje wykonawcze. Znajduje to odzwierciedlenie nie tylko w znaczącym spadku punktacji PTSD tych chorych, ale także w większej jasności umysłu i lepszej kontroli nad tym, jak bardzo denerwują ich nawet stosunkowo niewielkie nieprzyjemności [453].

U innych pacjentów wzorce nadaktywności pojawiają się w chwili, gdy zamykają oni oczy. Gdy nie widzą, co się dzieje wokół nich, wpadają w panikę, a ich fale mózgowe zaczynają szaleć. Szkolimy ich, by wytwarzali bardziej odprężające wzorce fal.

Jeszcze inna grupa nadmiernie reaguje na dźwięki i światło; to oznaka, że wzgórze ma trudności w odsiewaniu nieistotnych informacji. U tych chorych skupiamy się na zmianie wzorców komunikacji w tylnej części mózgu.

Nasz ośrodek skupia się na opracowywaniu optymalnych terapii dla osób w długotrwałym stresie posttraumatycznym, tymczasem Alexander McFarlane bada, jak ekspozycja na walkę zmienia mózgi, które wcześniej były normalne. Australijski departament obrony poprosił jego zespół badawczy, by ocenił wpływ służby w Iraku i Afganistanie na funkcjonowanie organizmu, w tym na wzorce fal mózgowych. W początkowej fazie McFarlane i jego koledzy mierzyli qEEG w 179 jednostkach bojowych na cztery miesiące przed każdym rozlokowaniem na Bliskim Wschodzie i cztery miesiące po nim. Stwierdzili, że całkowita liczba miesięcy spędzonych na polu walki w ciągu trzech lat była skorelowana z postępującym zanikiem fal alfa w tylnej części mózgu. Obszar ten monitoruje stan organizmu i reguluje takie podstawowe funkcje jak sen i głód; zwykle obserwuje się w nim najwyższą w całym mózgu aktywność fal alfa, zwłaszcza gdy ludzie zamykają oczy. Jak wiemy, fale alfa sygnalizują odprężenie. Ich zanik u żołnierzy odzwierciedla stan ciągłego pobudzenia. Jednocześnie fale mózgowe w części czołowej, zwykle oscylujące w wyższych częstotliwościach beta, z każdą kolejną turą spowalniały. W płatach czołowych tych żołnierzy stopniowo pojawiała się aktywność przypominająca tę obserwowaną u dzieci z ADHD, przeszkadzającą w czynnościach wykonawczych i upośledzającą zdolność skupienia uwagi. W rezultacie, pobudzenie, które powinno dawać energię do codziennych zmagań, nie pozwalało żołnierzom skupiać się na zwyczajnych zadaniach. Zamiast tego sprawiało, że stale byli pobudzeni i nie mogli znaleźć sobie miejsca. Na tym etapie badania McFarlane’a nie wiadomo jeszcze, czy któryś z tych żołnierzy rozwinie PTSD, a tylko czas pokaże, do jakiego stopnia ich mózgi będą potrafiły z powrotem zaadaptować się do tempa życia cywila.

Neurofeedback a trudności w uczeniu się

Długotrwałe maltretowanie i zaniedbywanie w dzieciństwie zakłóca tworzenie właściwych połączeń w systemach integracji sensorycznej. W niektórych przypadkach prowadzi to do trudności w uczeniu się obejmujących m.in. nieprawidłowe połączenia między układem przetwarzania dźwięków a układem przetwarzania słów oraz zaburzenia koordynacji ręka-oko. Tak długo, jak pozostające

w naszych zamkniętych programach terapeutycznych nastolatki są wybuchowe lub totalnie zamknięte w sobie, trudno jest nawet określić, jak duże mają kłopoty z przetwarzaniem codziennych bodźców, ale gdy ich problemy behawioralne zostaną skutecznie opanowane, trudności w nauce często dopiero zaczynają się ujawniać. Nawet jeśli te straumatyzowane dzieciaki potrafią usiąść i skupić się, wiele z nich wciąż będzie upośledzonych z powodu słabych zdolności uczenia się [454].

Lisa opisała, jak trauma zakłóca prawidłowe tworzenie wzorców podstawowych funkcji przetwarzania. Powiedziała mi, że gdy gdzieś szła „zawsze się gubiła" i wspomniała o wyraźnym opóźnieniu w przetwarzaniu bodźców słuchowych, co uniemożliwiało jej wykonywanie poleceń nauczycieli. „Wyobraź sobie", opowiadała, „że jesteś w klasie, wchodzi nauczyciel i mówi »Dzień dobry, otwórzcie książki na stronie 272. Rozwiążcie zadania od pierwszego do piątego«. Jeśli spóźniasz się z usłyszeniem choćby o część sekundy, wszystko staje się bełkotem. Nie mogłam się skoncentrować".

Neurofeedback pomógł jej przezwyciężyć te trudności. „Nauczyłam się śledzić to, co się wokół mnie dzieje; na przykład czytać mapy. Zaraz po tym, jak zaczęliśmy terapię, miałam jechać z Amherst do Northampton (to mniej niż 16 km), żeby spotkać się z Sebern. Powinnam pojechać dwoma autobusami, ale w końcu szłam piechotą kilka mil wzdłuż autostrady. Byłam tak chaotyczna, że nie umiałam odczytać rozkładu jazdy; nie potrafiłam pilnować czasu. Byłam zbyt nerwowa, zbyt pobudzona, a przez to non-stop zmęczona. Nie umiałam skupić uwagi i wszystkiego ogarnąć. Po prostu nie mogłam sprawić, by mój mózg się na tym skoncentrował".

To stwierdzenie określa wyzwanie dla nauk o mózgu i umyśle: Jak pomóc ludziom zorganizować czas i przestrzeń, odległości i relacje, zdolności, które tworzą się w mózgu w pierwszych latach życia, jeśli u nich ten rozwój zaburzyła trauma? Ani leki, ani konwencjonalna terapia nie potrafią (a przynajmniej nie udało się tego wykazać) aktywować neuroplastyczności niezbędnej do uruchomienia tych zdolności po tym, jak „okno plastyczności" zostało zamknięte. Teraz czas zbadać, czy neurofeedback potrafi być skuteczny tam, gdzie inne metody leczenia zawiodły.

Trening alfa-theta

Szczególnie fascynującą procedurą neurofeedbacku jest trening alfa-theta, który potrafi wywoływać omawiane w rozdziale 15. stany bliskie hipnagogicznym – istotę transu hipnotycznego [455]. Gdy w mózgu dominują fale theta, umysł jest zwrócony do wewnątrz, do świata nieskrępowanej wyobraźni. Fale alfa działają jak most między światem zewnętrznym a wewnętrznym. W treningu alfa-theta te częstotliwości są nagradzane naprzemiennie. W PTSD wyzwaniem jest otwarcie umysłu na nowe możliwości tak, by teraźniejszość przestała być postrzegana jako przeszłość przeżywana ciągle na nowo. Stany transu, w których dominuje aktywność fal theta, pomagają osłabić uwarunkowane związki między określonym bodźcem a reakcją, takie jak kojarzenie głośnych trzasków z wystrzałami, zwiastunami śmierci. Można wtedy stworzyć nowe połaczenia, w których te same trzaski będą kojarzone z fajerwerkami z okazji święta niepodległości, odpalanymi na plaży w otoczeniu najbliższych. Niektórzy pacjenci opisują, że mieli niezwykłe marzenia i/lub głęboki wgląd w swoje życie; inni po prostu stają się odprężeni i mniej spięci. Każdy stan, w którym można bezpiecznie przeżyć obrazy, wrażenia i emocje kojarzone wcześniej z przerażeniem i bezradnością, mogą tworzyć nowe możliwości i otwierać szersze perspektywy. Czy alfa-theta potrafi odwrócić wzorce nadpobudliwości? Zgromadzone dotychczas dowody są obiecujące. Eugene Peniston i Paul Kulkosky, badacze z VA Medical Center w Fort Lyon, w stanie Colorado, użyli neurofeedbacku do leczenia dwudziestu dziewięciu weteranów wojny wietnamskiej z dwunasto-piętnastoletnią historią przewlekłego PTSD związanego z walką. Piętnastu mężczyzn losowo przydzielono do grupy otrzymującej trening EEG alfa-theta, a czternastu do grupy kontrolnej, otrzymującej standardowe leczenie, w tym leki psychotropowe oraz indywidualną i grupową psychoterapię. Średnio członkowie obu grup byli ponad pięć razy hospitalizowani z powodu PTSD. Neurofeedback ułatwiał wejście w stan przejściowy, promujący uczenie się, nagradzając zarówno fale alfa jak i theta. Gdy mężczyźni leżeli w fotelach z zamkniętymi oczyma, instruowano ich, by pozwolili dźwiękom neurofeedbacku wprowadzić się w stan głębokiej relaksacji. Proszono ich też, by użyli wyobraźni do stworzenia pozytywnych obrazów (na przykład utrzymanie trzeźwości, szczęśliwe i ufne życie) w trakcie

przechodzenia w zbliżony do transu stan alfa-theta. Opublikowane w 1991 roku badanie miało jedne z najlepszych kiedykolwiek odnotowanych efektów w leczeniu PTSD. W grupie stosującej neurofeedback nie tylko znacząco ograniczono objawy PTSD, ale także dolegliwości fizyczne, depresyjne, niepokój i paranoję. Po zakończeniu fazy leczniczej przez trzydzieści miesięcy co miesiąc kontaktowano się z weteranami i ich rodzinami. Tylko trzech z piętnastu uczestników grupy leczonej neurofeedbackiem zgłaszało niepokojące flashbacki i koszmary senne. Wszyscy zgłosili się na dodatkowe dziesięć sesji; tylko jeden wymagał dalszej hospitalizacji. Czternastu zgłaszało, że używają o wiele mniej leków. Tymczasem u każdego ekszołnierza z grupy kontrolnej w okresie monitorowania objawy PTSD się nasiliły i każdy wymagał co najmniej dwóch kolejnych pobytów w szpitalu. Dziesiątka z tej grupy zaczęła też brać więcej leków [456]. Badanie powtórzono w innych zespołach badawczych, ale jego wyniki zyskały zaskakująco niewiele uwagi poza środowiskiem specjalistów od neurofeedbacku [457].

Neurofeedback, PTSD i uzależnienia

U jednej trzeciej, a może nawet u połowy osób ciężko doświadczonych traumą rozwija się uzależnienie od substancji psychoaktywnych [458]. Od czasów Homera żołnierze zagłuszali ból, zdenerwowanie i depresję alkoholem. W jednym z niedawnych badań wykazano, że problemy z narkotykami i alkoholem pojawiają się u połowy ofiar wypadków drogowych. Nadużywanie alkoholu obniża czujność, a co za tym idzie zwiększa ryzyko kolejnej traumy (choć akurat bycie pijanym w trakcie napaści obniża ryzyko rozwoju PTSD). Istnieje coś w rodzaju sprzężenia zwrotnego między PTSD a uzależnieniem: choć narkotyki i alkohol mogą na krótką metę łagodzić objawy traumy, ich odstawienie nasila pobudzenie, potęgując tym samym koszmary, flashbacki i rozdrażnienie. To błędne koło można przerwać tylko na dwa sposoby: uwalniając się od objawów PTSD takimi metodami jak EMDR albo lecząc nadpobudliwość będącą zarówno elementem PTSD, jak i odstawienia narkotyków czy alkoholu. Do leczenia nadpobudliwości stosuje się czasami takie leki jak naltrekson, ale są one skuteczne tylko w części przypadków. Jedna z pierwszych kobiet, jakie leczyłem metodą

neurofeedbacku, oprócz tego, że w dzieciństwie była molestowana i porzucona, była też przez długi czas uzależniona od kokainy. Ku memu zaskoczeniu, jej pociąg do kokainy znikł po zaledwie dwóch sesjach i nie wrócił nawet po pięciu latach. Nigdy nie widziałem, żeby ktoś tak szybko się wyleczył z ciężkiego uzależnienia, sięgnąłem więc po wskazówki do fachowej literatury [459]. Większość badań dotyczących tej dziedziny prowadzono ponad dwadzieścia lat temu; ostatnimi laty opublikowano tylko pojedyncze badania na temat stosowania neurofeedbacku w leczeniu uzależnień, przynajmniej jeśli chodzi o Stany Zjednoczone. 75–80 procent pacjentów przyjmowanych na detoks albo leczenie uzależnienia od alkoholu lub narkotyków wraca do nałogu. Na tym problemie skupiało się przeprowadzone przez Penistona i Kulkosky'ego badanie nad wpływem treningu metodą neurofeedbacku u weteranów z podwójną diagnozą: alkoholizmu i PTSD [460]. Piętnastu weteranów otrzymało trening alfa-theta, zaś grupa kontrolna – standardowe leczenie. Uczestników regularnie kontrolowano przez trzy lata; przez ten czas ośmiu członków grupy poddanej neurofeedbackowi zupełnie przestało pić; jeden raz się upił, ale tak się po tym rozchorował, że nie zrobił tego już nigdy więcej. Większość była też w znacznie lepszym nastroju. Jak to ujął Peniston, opisywane zmiany odpowiadały „byciu osobą bardziej ciepłą, inteligentniejszą, emocjonalnie stabilniejszą, odważniejszą w kontaktach społecznych, bardziej odprężoną i zadowoloną z siebie" [461]. W przeciwieństwie do nich wszystkie osoby z grupy kontrolnej w ciągu osiemnastu miesięcy ponownie wylądowały w szpitalu [462]. Od tamtej pory opublikowano wiele badań nad neurofeedbackiem w uzależnieniach [463], to ważne zastosowanie wymaga jednak większej liczby badań dla określenia jego możliwości i ograniczeń.

Przyszłość neurofeedbacku

W mojej praktyce stosuję neurofeedback głównie do wyciszenia nadpobudliwości oraz przy problemach z orientacją i skupieniem uwagi występujących u osób po przeżytej traumie z dzieciństwa. Ta metoda daje jednak dobre efekty także w licznych schorzeniach i przypadłościach wykraczających poza zakres tej książki, takich jak napięciowe bóle głowy, zaburzenia funkcji poznawczych po urazach

głowy, niepokój i napady paniki, samokontrola w zaburzeniach nastroju i wiele innych. W 2013 roku neurofeedback był stosowany przy leczeniu PTSD w siedemnastu ośrodkach wojskowych i dla weteranów [464], a naukowa dokumentacja dotycząca jego skuteczności u żołnierzy świeżo zwolnionych ze służby jest dopiero oceniana. Frank Duffy, szef laboratoriów neurofizjologii klinicznej i rozwojowej w Boston Children's Hospital, skomentował to tak: „Bibliografia, w której brak badań o negatywnych wynikach, sugeruje, że neurofeedback odgrywa ważną terapeutyczną rolę w wielu różnych dziedzinach. Moim zdaniem, gdyby jakikolwiek farmaceutyk wykazywał tak szerokie spektrum skuteczności, byłby zaakceptowany i stosowany wszędzie" [465].

Wciąż pozostaje wiele pytań o protokoły terapeutyczne dla tej metody, ale paradygmat naukowy stopniowo zmienia się, zachęcając do bardziej szczegółowego badania tych kwestii. W roku 2010 Thomas Insel, szef Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH), opublikował w „Scientific American" pracę zatytułowaną *Faulty Circuits* („Wadliwe obwody"), w której nawoływał do ponownego postrzegania umysłu i mózgu w kategoriach rytmów i wzorców komunikacji poprzez impulsy elektryczne: „O obszarach mózgu wspólnie wykonujących prawidłowe (i nieprawidłowe) „działania myślowe" można mysleć jak o obwodach elektrycznych – z najnowszych badań wynika, że nieprawidłowości w działaniu takich obwodów mogą leżeć u podstaw wielu zaburzeń psychicznych" [466]. Trzy lata później Insel ogłosił, że NIMH „w swoich badaniach odchodzi od kategorii DSM" [467], a zamiast tego skupia się na „zaburzeniach ludzkiego konektomu" [468].

Jak wyjaśnia Francis Collins, dyrektor Narodowych Instytutów Zdrowia (których częścią jest NIMH), „termin »konektom« odnosi się do niezwykle skomplikowanej sieci neuronów (komórek nerwowych) w mózgu. Tak jak w przypadku genomu, mikrobiomu i innych ekscytujących »-omów« wysiłki zmierzające do zmapowania i odszyfrowania sygnałów elektrycznych wędrujących po tej sieci, sygnałów, które generują myśli, uczucia i zachowania, można było spełnić dzięki rozwojowi nowych, potężnych narzędzi i technologii" [469]. Konektom jest obecnie szczegółowo mapowany pod auspicjami NIMH.

W oczekiwaniu na wyniki tych prac, chciałbym oddać głos Lisie, osobie, która wprowadziła mnie w świat ogromnego potencjału neurofeedbacku. Gdy poprosiłem, żeby podsumowała, co dało jej to leczenie, powiedziała: „To mnie wyciszyło. Wyhamowało dysocjacje. Mam dostęp do swoich uczuć; nie uciekam od nich, ale i nie czuję się ich zakładniczką. Nie mogę ich włączać i wyłączać na życzenie, ale mogę je »odłożyć na bok«. Znęcanie, którego doświadczyłam, napełnia mnie smutkiem, ale mogę o tym nie myśleć. Mogę zadzwonić do przyjaciółki i nie rozmawiać o tym, jeśli nie chcę; mogę odrobić pracę domową albo sprzątnąć mieszkanie. Emocje oznaczają coś, co jest teraz. Nie jestem przez cały czas podminowana, a gdy się czymś niepokoję, mogę się nad tym zastanowić. Jeśli niepokój ma przyczynę w przeszłości, mogę ją znaleźć albo przyjrzeć się temu, jaki to ma wpływ na moje obecne życie. I nie chodzi tylko o złe emocje, jak gniew czy niepokój – mogę myśleć o miłości i intymności albo seksualnej atrakcyjności. Już nie jestem przez cały czas w trybie »walcz-albo-uciekaj«. Spadło mi ciśnienie. Nie jestem już w każdej chwili fizycznie gotowa na ucieczkę albo obronę przed atakiem. Neurofeedback sprawił, że mogę być w związku. Neurofeedback uwolnił mnie i mogę żyć tak, jak chcę, bo już nie jestem w niewoli wspomnień o tym, jak mnie skrzywdzono i co mi zrobiono”.

Cztery lata po tym, jak ją spotkałem i nagrałem nasze rozmowy, Lisa ukończyła z bardzo dobrym wynikiem szkołę pielęgniarską i obecnie pracuje na pełnym etacie jako pielęgniarka w miejscowym szpitalu.

ROZDZIAŁ 20

Wyrazić siebie: społeczne rytmy i teatr

> Aktorstwo to nie nakładanie maski, lecz odnajdywanie w sobie postaci, którą grasz: jesteś tą postacią, musisz ją tylko w sobie znaleźć – chociaż idzie tu raczej o mocno poszerzoną wersję siebie.
>
> Tina Packer

Wielu znanych mi naukowców zainspirowało się do pracy nad nowymi sposobami poznania i leczenia mózgu z powodu zdrowotnych problemów ich dzieci. Mnie przekonał do terapeutycznych możliwości teatru powrót mojego syna do zdrowia po tajemniczej chorobie, którą z braku lepszej nazwy określa się zespołem przewlekłego zmęczenia.

Większość siódmej i ósmej klasy Nick spędził w łóżku, spuchnięty od alergii i leków, które sprawiały, że był zbyt wyczerpany, by chodzić do szkoły. Jego matka i ja widzieliśmy, jak zamyka się w sobie, cierpi przez izolację i nienawidzi samego siebie. Ze wszystkich sił chcieliśmy mu pomóc. Gdy moja żona zorientowała się, że około piątej po południu syn ma lekką zwyżkę formy, zapisaliśmy go na wieczorne zajęcia teatru improwizacji, żeby miał choć szansę kontaktu z chłopcami i dziewczętami w swoim wieku. Spodobała mu się grupa i wprawki aktorskie i wkrótce dostał pierwszą rolę: został Actionem w *West Side Story*, twardym dzieciakiem, zawsze gotowym do walki i śpiewającym słynną piosenkę: *Gee, Officer Krupke*. Któregoś razu przyłapałem go, jak przechadzał się dumnie po domu, ćwicząc bycie kimś, kto potrafi przywalić. Czyżby wyobrażanie sobie, że jest silnym, wzbudzającym szacunek facetem, uruchomiło w nim fizyczne uczucie przyjemności?

Potem wybrano go do roli Fonza w *Happy Days*. Uwielbienie dziewcząt i możliwość czarowania tłumów stały się prawdziwym punktem zwrotnym w jego chorobie. W przeciwieństwie do doświadczeń z licznymi terapeutami, z którymi rozmawiał o tym, jak źle się czuje, teatr dał mu szansę fizycznie i głęboko odczuć, jak to jest być kimś innym niż nadwrażliwym nastolatkiem z trudnościami

w nauce, którym powoli się stawał. Bycie wartościowym członkiem grupy dało mu poczucie siły i umiejętności. Wierzę, że to ta nowa wersja Nicka była początkiem jego drogi do zostania kreatywnym, kochającym dorosłym, jakim jest dziś.

Poczucie sprawczości i kontroli określane jest poprzez nasze relacje z własnym ciałem i jego rytmami: to, jak budzimy się i zasypiamy, jak jemy, siedzimy i chodzimy. Żeby móc mówić za siebie, musimy istnieć w swoim ciele – umieć oddychać pełną piersią i mieć dostęp do wewnętrznych wrażeń. To przeciwieństwo dysocjacji, bycia „poza ciałem" i chęci, by zniknąć. To też przeciwieństwo depresji, leżenia plackiem przed ekranem dostarczającym jedynie pasywnej rozrywki. Aktorstwo to doświadczenie wykorzystywania ciała po to, by zająć w życiu swoje miejsce.

Teatr Wojny

Przemiana Nicka pod wpływem teatru nie była pierwszą, jaką widziałem. W 1988 roku leczyłem trzech weteranów z PTSD, których spotkałem w VA. Gdy zauważyłem u nich nagłą poprawę (stali się bardziej żywiołowi, wzrósł ich optymizm i poprawiły się stosunki rodzinne), przypisałem ją swoim rosnącym umiejętnościom zawodowym. Potem odkryłem, że wszyscy trzej zaangażowali się w przedstawienie teatralne. Chcąc przedstawić trudny los bezdomnych weteranów, przekonali mieszkającego w pobliżu znanego dramaturga, Davida Mameta, żeby raz na tydzień spotykał się z ich grupą, by wspólnie stworzyć scenariusz oparty na ich doświadczeniach. Potem Mamet pozyskał do tego przedsięwzięcia takie gwiazdy jak Al Pacino, Donald Sutherland i Michael J. Fox; zaprosił ich do Bostonu na przedstawienie pod tytułem *Scetches of War* („Szkice wojenne"), a zebrane pieniądze pozwoliły przekształcić klinikę VA, w której spotykałem się z moimi pacjentami, w schronisko dla bezdomnych weteranów [470]. Gra na scenie z profesjonalnymi aktorami, przekazywanie swoich wojennych wspomnień i deklamowanie swoich wierszy było najwyraźniej bardziej przełomowym doświadczeniem niż jakakolwiek terapia.

Od niepamiętnych czasów ludzie wykorzystywali rytuały społeczne do radzenia sobie z najsilniejszymi i najbardziej przerażającymi

uczuciami. Antyczny teatr grecki, najstarszy, o którym wiemy z zapisków, wydaje się wyrastać z rytuałów religijnych obejmujących tańce, śpiew i odgrywanie starożytnych mitów. Już w V wieku p.n.e. teatr odgrywał kluczową rolę w życiu społecznym; publiczność zasiadała na widowni, która otaczała scenę z trzech stron, co pozwalało widzom obserwować nawzajem swoje reakcje i emocje. Grecki dramat mógł też służyć weteranom wojennym do rytualnej reintegracji.

W czasach, gdy Ajschylos napisał trylogię *Oresteja*, Ateny walczyły na sześciu frontach; cykl tragedii zaczyna się, gdy powracający z wojny król Agamemnon zostaje zamordowany przez swoją żonę Klitajmestrę za poświęcenie ich córki przed wyruszeniem na wojnę trojańską. Każdy dorosły obywatel Aten był zobowiązany do służby wojskowej, zatem publiczność bez wątpienia stanowili weterani i żołnierze na przepustce. Sami aktorzy też musieli być obywatelami-żołnierzami.

Sofokles był głównym oficerem w wojnie Aten z Persją, a jego sztukę *Ajaks,* kończącą się samobójstwem jednego z największych bohaterów wojny trojańskiej, czyta się jak podręcznikowy opis stresu pourazowego. W 2008 roku pisarz i reżyser Bryan Doerries zaaranżował publiczne czytanie *Ajaksa* dla pięciuset marines w San Diego i był zszokowany przyjęciem. (Jak dla wielu z nas, pracujących z traumą, natchnieniem dla Doerriesa były osobiste doświadczenia; w college'u studiował filologię klasyczną, a greckie teksty były mu pocieszeniem po stracie dziewczyny, która zmarła na mukowiscydozę). Od tego pierwszego wydarzenia jego projekt Teatr Wojny ewoluował, a dzięki finansowaniu przez amerykański departament obrony, liczącą sobie dwa i pół tysiąca lat sztukę wystawiono ponad dwieście razy zarówno w kraju, jak i za granicą, rozpowszechniając ciężką dolę weteranów, a także ułatwiając im dialog i porozumienie z ich rodzinami i przyjaciółmi [471]. Spektaklom Teatru Wojny zawsze towarzyszą otwarte dyskusje. Uczestniczyłem w czytaniu *Ajaksa* w Cambridge w stanie Massachusetts wkrótce po tym, jak media podały, że w ostatnich trzech latach doszło do 27-procentowego wzrostu liczby samobójstw wśród weteranów wojennych. W kolejce do mikrofonu stanęło jakieś czterdzieści osób – weterani wojny wietnamskiej, żony żołnierzy, mężczyźni i kobiety

niedawno zwolnieni ze służby w Iraku i Afganistanie. Wielu cytowało fragmenty sztuki, gdy mówili o bezsennych nocach, uzależnieniu od narkotyków i izolacji od rodzin. Atmosfera naprawdę iskrzyła, a po spektaklu publiczność tłoczyła się w hallu; niektórzy obejmowali się i płakali, inni byli pogrążeni w rozmowie. Doerries powiedział później: „Każdy, kto doświadczył ekstremalnego bólu, cierpienia lub śmierci, bez problemu zrozumie grecką tragedię. Wszystko polega na słuchaniu opowieści weteranów” [472].

Wspólny rytm

Wspólne tańce i muzykowanie tworzą szerszy kontekst naszego życia, nadają mu bowiem znaczenie przekraczające nasz indywidualny los. Ceremoniom religijnym nieodmiennie towarzyszą rytmiczne ruchy, od kiwania się pod Ścianą Płaczu w Jerozolimie, przez śpiewane liturgie i gesty katolickiej mszy czy medytacje ruchowe w buddyzmie, po rytmiczne rytuały modlitewne, jakie pięć razy dziennie wykonują prawowierni muzułmanie. Muzyka to kręgosłup ruchu praw obywatelskich w Stanach Zjednoczonych. Każdy, kto pamięta tamte czasy, pamięta grupowe marsze ze splecionymi ramionami, których uczestnicy śpiewali *We Shall Overcome*, gdy z determinacją szli na mające ich zatrzymać, zmasowane siły policji. Muzyka łączy osoby, które w pojedynkę mogą się bać, ale w grupie stają się orędownikami swojej sprawy i spraw innych ludzi. Tak jak język – taniec, marsz i śpiew to dane tylko ludziom sposoby na wzmacnianie nadziei i odwagi. Mogłem obserwować siłę społecznych rytmów, gdy patrzyłem, jak w 1996 roku arcybiskup Desmond Tutu prowadził publiczne wysłuchania w południowoafrykańskiej Truth and Reconciliation Commission (Komisji Prawdy i Pojednania). Oprawą tamtych wydarzeń były wspólne śpiewy i tańce. Świadkowie wspominali niewypowiedziane okrucieństwa, jakie spotkały ich, i ich rodziny. Gdy stawało się to przytłaczające, Tutu przerywał zeznania i inicjował wspólną modlitwę, pieśń albo taniec, dopóki świadek się nie pozbierał. Dzięki temu uczestnicy mogli jakby „wchodzić i wychodzić” z ponownego przeżywania horroru i znaleźć w końcu słowa na opisanie tego, co im się przydarzyło. Tutu i drugiemu członkowi komisji udało się dzięki

takim działaniom zapobiec szałowi zemsty, który często obserwujemy, gdy ofiary zbrodni w końcu wychodzą na wolność.

Kilka lat temu odkryłem książkę *Keeping Together in Time* („Wspólny Rytm”) [473], napisaną pod koniec kariery przez wielkiego historyka Williama H. McNeilla. Ta objętościowo niewielka pozycja bada historyczną rolę tańca i musztry wojskowej w tworzeniu czegoś, co McNeill nazywa „więzią mięśniową” oraz rzuca nowe światło na rolę teatru, wspólnych tańców i ruchu. Dzięki niej rozwiązałem też łamigłówkę, która długo zaprzątała mój umysł. Wychowano mnie w Holandii i zawsze się zastanawiałem, jak grupa prostych, holenderskich wieśniaków i rybaków wywalczyła sobie wolność od wielkiego królestwa Hiszpanii. Wojna osiemdziesięcioletnia (1568–1648) zaczęła się jako seria potyczek partyzanckich i wydawała się skazana na taki charakter, gdyż niezdyscyplinowani i źle opłacani żołnierze regularnie uciekali przed ogniem muszkietów. Zmiana przyszła, gdy przywódcą rebeliantów został książę Maurycy Orański. Ledwie po dwudziestce, ukończył niedawno kurs łaciny, który pozwolił mu przeczytać liczące tysiąc pięćset lat rzymskie podręczniki taktyki wojennej. Dowiedział się z nich, że maszerowanie wprowadził w legionach rzymski generał Likurg, a historyk Plutarch tej właśnie praktyce przypisywał ich niezwyciężoność: „Był to zarazem wspaniały i przerażający widok, patrzeć na nich, jak maszerują do dźwięku piszczałek, w pełnej harmonii szeregów, bez chaosu w głowach czy zmiany wyrazu twarzy, jak spokojnie i radośnie idą z muzyką w śmiertelny bój” [474].

Książę wprowadził w swojej żołnierskiej zbieraninie musztrę przy dźwiękach bębnów, piszczałek i trąb. Ten wspólny rytuał nie tylko dał żołnierzom poczucie celowości i solidarności, ale także umożliwił im wykonywanie skomplikowanych manewrów. W efekcie, musztra rozpowszechniła się w całej Europie i do dziś podstawowe rodzaje amerykańskich wojsk nie żałują funduszy na orkiestry wojskowe, choć piszczałki i bębny nie wiodą już żołnierzy do bitwy.

Neurolog Jaak Panksepp, urodzony w Estonii, opowiedział mi zadziwiającą historię o estońskiej „śpiewającej rewolucji”. W czerwcu 1987 roku, podczas jednego z niekończących się, polarnych, letnich wieczorów, ponad dziesięć tysięcy uczestników zebranych na koncertowych błoniach w Tallinie złapało się za ręce i zaczęło

śpiewać patriotyczne pieśni, zakazane podczas półwiecznej sowieckiej okupacji. Śpiewy i protesty nie milkły, a 11 września 1988 roku trzysta tysięcy ludzi, czyli około jednej czwartej populacji Estonii, zebrało się, by śpiewać i domagać się niepodległości. W sierpniu 1991 kongres Estonii proklamował przywrócenie niezależnej państwowości, a gdy sowieckie czołgi chciały interweniować, ludzie stanęli niczym żywe tarcze między lufami a budynkami radia i telewizji. Jak to opisał reporter „New York Timesa": „Wyobraźcie sobie scenę z *Casablanki*, w której francuscy goście śpiewają Marsyliankę na złość Niemcom, pomnóżcie to przez setki tysięcy, a ledwie zaczniecie sobie wyobrażać siłę śpiewającej rewolucji" [475].

Leczenie traumy poprzez teatr

Zadziwiające, jak niewiele jest badań dotyczących wpływu ceremonii społecznych na umysł i mózg oraz tego, w jaki sposób rytuały te mogą zapobiegać traumie lub ją łagodzić. W ostatnim dziesięcioleciu miałem jednak okazję obserwować i badać trzy różne programy leczenia traumy poprzez teatr: Urban Improv w Bostonie [476] i zainspirowany przez niego program Trauma Drama realizowany w bostońskich szkołach publicznych i naszych ośrodkach zamkniętych [477]; Possibility Project w Nowym Jorku, kierowany przez Paula Griffina [478]; oraz Shakespeare & Company w Lenox w stanie Massachusetts, który prowadzi program dla młodocianych przestępców pod nazwą Shakespeare in the Courts (Szekspir na sali sądowej) [479]. W tym rozdziale skupię się na tych trzech projektach, choć zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i za granicą, istnieje wiele wspaniałych aktorskich programów terapeutycznych, co sprawia, że teatr stał się powszechnie dostępnym narzędziem rehabilitacji. Mimo różnic, wszystkie te programy mają wspólne podstawy: konfrontują bolesną rzeczywistość z symbolicznym przeistoczeniem poprzez wspólne działanie. Miłość i nienawiść, agresja i poddanie, lojalność i zdrada – to wszystko dzieje się w teatrze i w traumie. Jesteśmy kulturowo wyuczeni odcinania się od prawdy uczuć, których doświadczamy. Jak mówi Tina Packer, charyzmatyczna założycielka Shakespeare & Company: „Szkolenie aktorów to szkolenie ludzi, żeby przeciwstawiali się tej tendencji –

nie tylko czuli głębiej, ale w każdym momencie przekazywali to uczucie publiczności tak, żeby i widzowie je poczuli – a nie zamykali się na nie”.

Osoby straumatyzowane często boją się głębokich uczuć. Boją się doświadczać swoich emocji, gdyż to prowadzi do utraty kontroli. Tymczasem teatr jest właśnie o ucieleśnianiu emocji, pozwala im przemówić, daje rytmiczne zaangażowanie, pozwala przyjmować i wcielać się w rozmaite role.

Jak widzieliśmy, najważniejszym elementem traumy jest poczucie totalnego wyobcowania, odcięcia od reszty ludzkości. Teatr to wspólna konfrontacja z rzeczywistością ludzkiego losu.

Jak mi kiedyś powiedział Paul Griffin, omawiając swój program teatralny dla dzieci z rodzin zastępczych: „Teatralne dramaty obracają się wokół zdrady, napaści i zniszczenia. Te dzieciaki nie mają problemu ze zrozumieniem, o czym są *Król Lear*, *Otello*, *Makbet* czy *Hamlet*”. Zacytuję też Tinę Packer: „Wszystko polega na wykorzystaniu całego ciała i na tym, by inne ciała wokół rezonowały z twoimi uczuciami, emocjami i myślami”. Teatr daje osobom, które przeszły traumę, szansę na stworzenie więzi z innymi poprzez głębokie odczuwanie wspólnoty człowieczeństwa.

Osoby straumatyzowane boją się konfliktów. Boją się utraty kontroli i tego, że znów przegrają. W teatrze konflikt jest punktem centralnym – mamy tu konflikty wewnętrzne, międzyludzkie, rodzinne, społeczne, a także ich skutki. Trauma to próba zapomnienia, ukrycia tego, jak bardzo jesteśmy przerażeni, wściekli albo bezradni. Teatr to próba opowiedzenia prawdy i przekazania głębokich prawd publiczności. Wymaga to przebicia się przez blokady i odkrycia własnej prawdy, poznania i badania własnego, wewnętrznego doświadczenia tak, żeby można je było uzewnętrznić głosem i postawą na scenie.

Bezpieczne zaangażowanie

Omawiane programy teatralne nie są przeznaczone dla aspirujących aktorów tylko dla zagniewanych, przerażonych i hałaśliwych nastolatków albo wycofanych, wypalonych weteranów z problemem alkoholowym. Gdy przychodzą na próby, kulą się w krzesłach z obawy, że inni natychmiast zobaczą, jacy z nich nieudacznicy.

Straumatyzowane nastolatki to pełne pomieszanie: zahamowane, rozkojarzone, nieskoordynowane, bez własnego głosu i bez celu. Zbyt nadpobudliwe, by dostrzec, co dzieje się wokół nich. Łatwo je zdenerwować, a uczucia wyładowują raczej w działaniach niż w słowach. Wszyscy reżyserzy, z którymi pracowałem, są zgodni, że kluczem do sukcesu jest cierpliwość i stopniowe zaciekawianie młodzieży sztuką. Podstawowym wyzwaniem jest sprawienie, żeby uczestnicy grupy byli po prostu bardziej obecni na zajęciach. Tak swoją pracę z nastolatkami opisywał Kevin Coleman, reżyser Shakespeare in the Courts: „Najpierw trzeba ich poruszyć; sprawić, by wstali z krzeseł i zaczęli chodzić po sali. Potem staramy się stworzyć równowagę przestrzeni, żeby nie chodzili bez celu, tylko dostrzegali innych. Stopniowo, metodą niewielkich zachęt, całość staje się bardziej złożona: chodź tylko na palcach, tylko na piętach albo do tyłu. A kiedy na kogoś wpadniesz – wrzaśnij i padnij. Mniej więcej po trzydziestu wskazówkach widzisz, że są tam, machają rękoma w powietrzu i zaczynamy pełną rozgrzewkę, ale to postępuje powoli. Jeśli chcesz za szybko iść do przodu, widzisz jak wpadają na ścianę. Musisz sprawić, żeby zauważanie siebie nawzajem było bezpieczne. Gdy ich ciała są już nieco swobodniejsze mówię czasem: »Nie patrzcie w oczy, patrzcie w podłogę«. Większość z nich myśli wtedy: »Świetnie, przecież już to robię«, ale ja wtedy mówię »A teraz zacznijcie zauważać innych ludzi, gdy przechodzicie obok, ale tak, żeby nie widzieli, że na nich patrzycie«. A potem: »Na sekundę spojrzyjcie im w oczy«. I jeszcze: »Teraz nie patrzcie… teraz patrzcie… teraz nie patrzcie. Teraz spojrzyjcie w oczy i *utrzymajcie* kontakt wzrokowy… za długo. Będziecie wiedzieli, kiedy jest za długo, bo albo zaczniecie marzyć o tym, żeby się z tą osobą umówić, albo żeby się z nią pobić. Wtedy jest… za długo«. W prawdziwym życiu nigdy tak długo nie utrzymują kontaktu wzrokowego, nawet z kimś, z kim rozmawiają. Nie wiedzą, czy ta osoba jest dla nich bezpieczna czy nie. Więc starasz się spowodować, by kontakt wzrokowy był bezpieczny; żeby nie sprawiał, że znikają. Krok po kroku, kroczek po kroczku…”.

Nastolatki po traumatycznych przeżyciach są zauważalnie niezgrane. Żeby pomóc im dostroić się do siebie nawzajem, w programie Trauma Drama naszego Ośrodka Traumy stosujemy

ćwiczenia lustrzane. Uczestnik podnosi ramię w górę, a jego partner odwzorowuje ten gest. Uczestnik robi piruet – partner robi to samo. Zaczynają obserwować, jak zmieniają się ruchy ciała i mimika, jak ich ruchy różnią się od ruchów innych osób, i jak ruchy i miny, do których nie są przyzwyczajeni, zmieniają ich odczucia. Naśladowanie zmniejsza zaabsorbowanie tym, co inni o nich myślą i pomaga gdzieś głęboko, nie świadomie, lecz pozaświadomie, dostroić się do doświadczeń innej osoby. Gdy ćwiczenie kończy się ogólnym chichotem, to znak, że nasi uczestnicy czują się bezpiecznie.

Żeby stać się prawdziwymi partnerami, muszą także nauczyć się ufać sobie nawzajem. Dla naszych dzieciaków szczególnie trudne jest ćwiczenie, w którym jednej osobie zawiązuje się oczy, a druga prowadzi ją za rękę. Często bycie przewodnikiem, osobą, której ufa ktoś bezbronny, jest równie traumatyczne jak bycie prowadzonym z zawiązanymi oczyma. Z początku ćwiczenie trwa zaledwie kilkanaście sekund, ale stopniowo wydłużamy je do pięciu minut. Potem niektórzy muszą trochę pobyć w samotności, tak przygniatające emocjonalnie jest odczuwanie tej więzi.

Dzieciaki i weterani, z którymi pracujemy, wstydzą się, gdy ktoś na nich patrzy, boją się kontaktu z własnymi uczuciami i trzymają się nawzajem na dystans. Rolą każdego reżysera, podobnie jak każdego terapeuty, jest zwolnić tempo zajęć tak, by aktorzy mogli nawiązać relacje ze sobą, z własnym ciałem. Teatr daje unikalną możliwość dotarcia do pełnego wachlarza emocji i wrażeń fizycznych, co nie tylko sprawia, że wchodzą w kontakt z codziennym „ustawieniem” swojego ciała, lecz także pozwala poznawać alternatywne sposoby zaangażowania się w teraźniejszość.

Urban Improv

Mój syn uwielbiał swoją grupę teatralną prowadzoną przez Urban Improv (UI), od dawna istniejącą instytucję kulturalną Bostonu. Był z nimi przez całą szkołę średnią, a potem jako wolontariusz pracował w wakacje po pierwszym roku studiów. To wtedy dowiedział się, że prowadzony przez UI od 1992 roku program zapobiegania przemocy, w ramach którego odbyły się w miejscowych szkołach

setki warsztatów, otrzymał grant badawczy mający ocenić jego skuteczność i że szukają kogoś, kto poprowadziłby te badania. Nick zasugerował reżyserkom, Kippy Dewey i Cissie Campion, że jego tata byłby wprost idealny do tej roli. Na szczęście dla mnie zgodziły się.

Zacząłem odwiedzać szkoły razem z wielokulturowym zespołem UI, w skład którego wchodził reżyser, czterech aktorów-edukatorów i muzyk. Urban Improv tworzy scenariusze skeczów przedstawiających codzienne problemy uczniów: wykluczenie z grup rówieśniczych, zazdrość, rywalizację, agresję i rodzinne niesnaski.

Skecze dla starszych uczniów uwzględniają też takie kwestie jak randkowanie, choroby weneryczne, homofobia i agresja rówieśnicza. W typowej scence profesjonalni aktorzy odgrywają grupę dzieciaków przepędzających nowicjusza od stołu w uczniowskiej stołówce. Gdy zbliża się punkt zwrotny – na przykład nowy uczeń odpowiada na ich zaczepki – reżyser zatrzymuje akcję. Teraz jeden z uczniów ma zastąpić aktora i pokazać, jak on lub ona czuliby się i zachowywali w tej sytuacji. Takie scenariusze pozwalają dzieciakom patrzeć na codzienne problemy z pewnym emocjonalnym dystansem, a zarazem eksperymentować z różnymi rozwiązaniami: postawią się dręczycielom, pogadają z przyjacielem, wezwą wychowawcę, powiedzą rodzicom, co się stało?

Potem zaprasza się kolejnego ochotnika, by wypróbował inne podejście; w ten sposób uczniowie mogą zobaczyć, jak sprawdzają się rozmaite rozwiązania. Rekwizyty, kostiumy, a także rozrywkowa atmosfera i wsparcie ze strony aktorów, pomagają uczestnikom podejmować ryzyko w nowych rolach. W trakcie dyskusji po próbie, uczniowie odpowiadają na takie pytania jak: „Na ile ta scenka była podobna, a na ile różna od tego, co dzieje się w twojej szkole?”, „Jak zyskujesz sobie szacunek?”, „Jak rozwiązujesz konflikty?”. Rozmowy te stają się żywą platformą wymiany poglądów, w miarę jak coraz większa liczba uczniów spontanicznie wyraża swoje opinie i pomysły.

Zespół naszego Ośrodka Traumy ocenił ten program na dwóch poziomach, w siedemnastu szkołach. Klasy, które uczestniczyły w programie UI porównano z podobnymi, ale niebiorącymi w nim udziału. W czwartych klasach stwierdziliśmy wyraźny pozytywny

wpływ. W standaryzowanych kwestionariuszach mierzących agresję, współpracę i samokontrolę, uczniowie z grup UI brali udział w znacząco mniejszej liczbie bójek i nie wybuchali tak często gniewem; lepiej współpracowali z rówieśnikami i byli bardziej asertywni, a w klasie wykazywali więcej skupienia i zaangażowania [480].

Ku naszemu zdziwieniu, w klasach ósmych nie odnotowano podobnych rezultatów. Co stało się w międzyczasie, że aż tak zmieniło wyniki? Z początku mieliśmy tylko osobiste przeczucia. Gdy odwiedzałem czwartoklasistów, zdumiewała mnie ich niewinność i chęć uczestnictwa. W przeciwieństwie do nich, ośmioklasiści często byli zgorzkniali i defensywni, a jako grupa wydawali się zupełnie pozbawieni spontaniczności i entuzjazmu. Jednym z bardziej oczywistych czynników odpowiedzialnych za tę zmianę było wejście w okres dojrzewania, ale może były też inne?

Gdy podrążyliśmy głębiej, okazało się, że starsze dzieci doznały ponad dwa razy tyle traumy, co młodsze: każdy ośmioklasista w tych typowych, śródmiejskich szkołach był świadkiem ciężkiej przemocy. Dwie trzecie widziało pięć lub więcej takich zdarzeń jak zadźganie kogoś nożem, strzelaniny, zabójstwa i przemoc domowa. Z naszych danych wynikło, że dzieci, które widziały tyle przemocy, były o wiele bardziej agresywne od rówieśników bez takich doświadczeń, a program nie zmieniał ich zachowań w znaczącym stopniu.

Nasz zespół postanowił sprawdzić, czy ten trend można odwrócić, stosując dłuższy, bardziej intensywny program, skupiający się na ćwiczeniach budujących wspólnotę i opanowujących emocje, wykorzystujących scenariusze bezpośrednio omawiające te rodzaje przemocy, z jakimi dzieciaki miały do czynienia. Przez kilka miesięcy nasi pracownicy pod kierunkiem Josepha Spinazzoli spotykali się co tydzień z aktorami UI, by pracować nad scenariuszami. Aktorzy nauczyli naszych psychologów improwizacji, ćwiczeń lustrzanych i dokładnego fizycznego dostrojenia; wszystko po to, by potrafili przekonująco zagrać załamanie, konfrontację, kulenie się ze strachu czy rozpad psychiczny. Przekazaliśmy aktorom wiedzę o czynnikach wyzwalających traumę i o tym, jak rozpoznawać i radzić sobie z przeżywaniem przeszłych zdarzeń [481].

Zimą i wiosną 2005 roku przetestowaliśmy program w wyspecjalizowanej dziennej szkole, prowadzonej wspólnie przez Boston Public Schools (Wydział Edukacji Publicznej) i Massachusetts Department of Correction (Stanowy Wydział Nadzoru Penitencjarnego). To był pełen chaosu ośrodek, w którym uczniowie często kursowali między szkołą a więzieniem. Wszyscy pochodzili z wysoce kryminogennych środowisk i byli świadkami niewiarygodnej przemocy. Nigdy nie widziałem tak agresywnej i posępnej grupy dzieciaków. Przelotnie mogliśmy zajrzeć w życie niezliczonych nauczycieli gimnazjów i liceów, codziennie mających do czynienia z uczniami, których pierwszą reakcją na nowe wyzwania była agresja albo wyzywająca odmowa.

Zszokowało nas, że w scenach, w których ktoś był w fizycznym niebezpieczeństwie, uczniowie zawsze stawali po stronie agresorów. Nie tolerowali najmniejszych przejawów słabości w sobie samych, nie mogli więc zaakceptować jej u innych. Potencjalnym ofiarom nie okazywali niczego prócz pogardy, wrzeszcząc na przykład: „Zabij ździrę! Należy jej się!" podczas scenki o przemocy na randce. Z początku niektórzy z aktorów chcieli się wycofać – było to po prostu zbyt bolesne, widzieć jak podłe potrafią być te dzieciaki – ale wytrzymali, a ja byłem zadziwiony jak udawało im się stopniowo zachęcać uczniów do – początkowo niechętnego – eksperymentowania z nowymi rolami.

Pod koniec programu kilkoro z uczestników zgłaszało się nawet na ochotnika do ról, w których trzeba było okazać słabość albo strach. Gdy odbierali zaświadczenia o ukończeniu kursu, niektórzy dali aktorom swoje rysunki jako wyraz wdzięczności i uznania. Dostrzegłem kilka łez, niektóre pewnie były moje.

Nasze wysiłki, by uczynić z Trauma Drama stały punkt nauczania w klasach ósmych bostońskich szkół publicznych, rozbiły się jednak o mur biurokracji. Mimo to program przetrwał jako integralna część zamkniętych programów terapeutycznych w Justice Resource Institute. Niestety, muzyka, teatr, sztuka i sport – ponadczasowe sposoby wzmacniania kompetencji i więzi społecznych – nadal znikają z naszych szkół.

Project Possibility

W nowojorskim Project Possibility (Projekcie Możliwości) Paula Griffina aktorzy nie grają według scenariusza. Zamiast tego przez dziewięć miesięcy spotykają się raz w tygodniu na trzy godziny, piszą własny, pełnometrażowy musical i wystawiają go przed kilkusetosobową widownią. W ciągu dwudziestu lat funkcjonowania Possibility Project zyskał stały zespół i tradycję. Każdy zespół twórczy tworzą niedawni absolwenci, którzy z pomocą profesjonalnych aktorów, tancerzy i muzyków organizują pisanie scenariusza, scenografię, choreografię i próby dla kolejnych roczników. Absolwenci to mocny pozytywny wzorzec. Jak mi powiedział Paul: „Gdy przychodzą do programu, uważają, że nic, co zrobią, nie ma znaczenia; stworzenie gotowego projektu jest dla nich doświadczeniem, które zmienia ich przyszłość".

W 2010 roku Paul zaczął nowy program, stworzony specjalnie dla dzieci z rodzin zastępczych. To bardzo trudna grupa społeczna. Po pięciu latach od usamodzielnienia się około 60 procent zostanie skazanych za jakieś przestępstwo, 75 procent będzie na garnuszku opieki społecznej, a tylko 6 procent skończy choćby dwuletnie studia pomaturalne.

Ośrodek Traumy leczy wiele dzieci z pieczy zastępczej, ale Griffin pokazał mi, jak spojrzeć na ich życie pod zupełnie nowym kątem: „Zrozumienie pieczy zastępczej jest jak poznawanie obcego kraju. Jeśli się tam nie urodziłeś, nie mówisz tamtejszym językiem. Dla dzieciaków z domów dziecka życie jest postawione na głowie". Muszą same stworzyć sobie miłość i poczucie bezpieczeństwa, jakie inne dzieci biorą za coś oczywistego. Gdy Griffin mówi, że „życie jest postawione na głowie" ma na myśli to, że jeśli traktujesz takie dzieci z miłością i hojnością, one często tego nie rozumieją i nie wiedzą, jak powinny zareagować. Nieuprzejmość to coś bardziej znajomego, lepiej rozumieją one cynizm. Jak zaznacza Paul: „Porzucenie sprawia, że nie sposób nikomu uwierzyć, a dzieciaki, które przeszły przez dom dziecka czy rodzinę zastępczą rozumieją, czym jest porzucenie. Nic nie zdziałasz, póki ci nie zaufają". Dzieci z domów dziecka często mają wielu opiekunów. Jeśli na przykład chcą zmienić szkołę, muszą przejść przeprawę z rodzicami zastępczymi, szkolnymi urzędnikami, agencją adopcyjną, a czasem nawet z sędzią. To sprawia, że szybko stają się mistrzami polityki i wiedzą

aż za dobrze, jak manipulować ludźmi. W świecie pieczy zastępczej słowo wytrych to „trwałość”. Motto brzmi: „Jeden dorosły, któremu zależy – to wszystko, czego ci potrzeba”. Tymczasem wśród nastolatków naturalna jest separacja od dorosłych i – zdaniem Griffina – najlepszym wyrazem trwałości jest w tym wieku stabilna grupa rówieśnicza – taka, jaką ma zapewniać ten program.

Kolejnym słowem wytrychem jest „niezależność”, której Paul przeciwstawia współzależność – czyli wzajemną zależność. „Wszyscy jesteśmy zależni od siebie” – wskazuje. „Pomysł, żeby młodzi ludzie szli w świat zupełnie samotnie i nazywali siebie niezależnymi, jest szalony. Musimy nauczyć ich, jak wzajemnie polegać na sobie, nauczyć, ich jak nawiązywać więzi”.

Paul odkrył, że młodzi wychowankowie domów dziecka to naturszczycy. Grając tragiczne postacie, trzeba wyrażać emocje i tworzyć rzeczywistość pełną smutku i cierpienia. Nastolatki z rodzin zastępczych? Tylko taką znają. Dla nich każdy dzień to walka na śmierć i życie. Z czasem współpraca pomaga im stawać się dla siebie wzajemnie kimś ważnym. Pierwszy etap programu to budowanie wspólnoty. Na pierwszej próbie ustala się podstawowe zasady: odpowiedzialność, szacunek, „tak” dla wyrażania uczuć, „nie” dla kontaktów seksualnych w obrębie grupy. Potem uczestnicy zaczynają śpiewać i poruszać się razem, co sprawia, że zaczynają czuć się grupą.

Teraz przychodzi etap drugi: opowiadanie historii swojego życia. Słuchają się nawzajem, odkrywają wspólne doświadczenia, przebijają się przez samotność i izolację, jaką niesie ze sobą trauma. Paul dał mi film, na którym widać, jak to zadziałało w jednej z grup. Gdy dzieciaki po raz pierwszy miały coś powiedzieć albo zrobić, żeby się przedstawić, zastygały z twarzą zupełnie bez żadnego wyrazu, z oczyma wbitymi w ziemię, za wszelką cenę próbując zniknąć, stać się niewidzialnymi. W miarę jak zaczynały mówić, jak odkrywały głos, prze który to one stawały się centrum wydarzeń, zaczynały tworzyć swój własny show. Griffin stawia sprawę jasno: produkcja zależy od ich wkładu. „Gdybyście mogli napisać sztukę albo musical, co byście tam umieścili? Karę? Zemstę? Zdradę? Stratę? To wasze przedstawienie. Napiszcie, co chcecie”. Wszystko, co mówią, jest zapisywane, a niektórzy sami zaczynają przelewać

myśli na papier. W miarę, jak wyłania się z nich scenariusz, zespół produkcyjny wpisuje słowa uczestników w piosenki i dialogi. Grupa uczy się, że jeśli wystarczająco dobrze odda swoje doświadczenia, inni będą tego słuchać. Jej członkowie uczą się czuć to, co czują i wiedzieć to, co wiedzą. Punkt widzenia zmienia się w sposób naturalny w miarę postępu prób. Historia dzieciaka z bidula, pełna bólu, alienacji i strachu przestaje być czymś centralnym; punkt ciężkości przenosi się na: „Jak mogę zostać, na miarę moich możliwości, najlepszym: aktorem, piosenkarzem, tancerzem, choreografem albo specem od światła i rekwizytów?”. Najważniejszą sprawą staje się zdolność do występu. Kompetencja jest najlepszą obroną przed bezradnością traumy. To, rzecz jasna, prawdziwe dla nas wszystkich. Gdy robota źle idzie, gdy ukochany projekt nie wypala, gdy ktoś, na kogo liczyłeś odchodzi albo umiera, mało jest rzeczy, które pomagają bardziej, niż to, że ruszysz się i zajmiesz czymś, co wymaga pełnego skupienia uwagi. W szkołach z kiepskich dzielnic i programach psychiatrycznych często znika to z pola widzenia. Chcą w nich, żeby dzieciaki zachowywały się „normalnie”, ale nie budują kompetencji, które pozwoliłyby im normalnie się poczuć .

Programy teatralne uczą też, że wszystko ma przyczynę i skutek. Życie w domu dziecka jest kompletnie nieprzewidywalne. Wszystko może się zdarzyć w każdej chwili: coś wywoła załamanie; któreś z rodziców aresztują albo zabiją; trzeba się będzie przenieść do nowego domu dziecka; ktoś na ciebie nakrzyczy za coś, co w poprzednim miejscu było dozwolone. W produkcji teatralnej dzieci widzą konsekwencje swoich decyzji i działań fizycznie przed oczami. „Jeśli chcesz dać im poczucie kontroli, musisz dać im moc panowania nad swoim przeznaczeniem, a nie interweniować w ich imieniu”, wyjaśnia Paul. „Nie możesz chronić, ratować, ani żyć za młodych ludzi, z którymi pracujesz. To, co możesz, to działać z nimi ramię w ramię, pomagać im zrozumieć ich własną wizję i realizować ją z nimi. Robiąc to, zwracasz im kontrolę. Leczymy traumę, nie wymieniając nawet tego słowa”.

Skazani na Szekspira

Dla nastolatków uczestniczących w sesjach Shakespeare in the Courts nie ma improwizacji, nie ma tworzenia scenariuszy wokół własnego życia. Wszyscy z nich to osądzeni w procesach o bójki, pijaństwo, kradzieże i przestępstwa przeciwko mieniu, a sędzia sądu dla nieletnich w Berkshire County skazał ich na sześć tygodni intensywnych zajęć aktorskich, cztery popołudnia w tygodniu. Dla tych aktorów Szekspir to egzotyka. Kevin Coleman powiedział mi, że kiedy zjawiają się na pierwszych zajęciach – wściekli, podejrzliwi i w szoku – są przekonani, że woleliby już odsiadkę. Zamiast tego uczą się wersów *Hamleta*, *Antoniusza i Kleopatry* albo *Henryka V*, a potem wchodzą na scenę i odgrywają skoncentrowany przegląd „dzieł wszystkich Szekspira" przed publicznością złożoną z rodziny, przyjaciół i przedstawicieli systemu penitencjarnego dla młodocianych.

Nie znając słów, które opisywałyby skutki ich chaotycznego wychowania, nastolatki te wyrażają swoje uczucia gniewem. Szekspir to mnóstwo fechtunku i pojedynków, więc podobnie jak inne sztuki walki, daje im możliwość praktykowania kontrolowanej agresji i wyrażania fizycznej siły. Nacisk kładzie się na to, żeby każdy był bezpieczny. Dzieciaki uwielbiają walki na szpady, ale żeby się nie pokiereszować, muszą negocjować i używać słów.

Szekspir tworzył w epoce przemian, gdy świat przechodził z przekazu ustnego na słowo pisane, ale większość ludzi wciąż podpisywała się trzema krzyżykami. Ta młodzież też przechodzi czas przemiany; wielu nie potrafi się wyrazić, a niektórzy ledwie umieją czytać. Jeśli używają głównie słów na k… i ch… to nie tylko dlatego, żeby pokazać, jacy są twardzi, lecz także dlatego, że nie znają innego języka na wyrażenie swoich uczuć, ani na przekazanie tego, kim są. Gdy odkrywają bogactwo języka, często towarzyszy temu fizyczne wręcz uczucie radości.

Jako aktorzy najpierw dowiadują się, co właściwie Szekspir mówi, linijka po linijce. Reżyser sączy im te słowa w uszy po kolei, jedno po drugim, i każe im je powtarzać na wydechu. Na początku wiele z tych dzieciaków ledwie wydusza z siebie jeden wers. Postęp jest powolny, każdy aktor przyswaja sobie swoją rolę. Słowa zyskują głębię i zaczynają rezonować, gdy głos zmienia się pod wpływem skojarzeń. Ideą jest zainspirować uczestników, tak żeby poczuli

własną reakcję na te słowa i przez nie odkryli swoją postać. Nacisk kładzie się nie na: „Muszę zapamiętać swój tekst”, lecz raczej na: „Co te słowa znaczą dla mnie? Jaki wpływ wywieram na kolegów-aktorów? I co się ze mną dzieje, gdy słyszę ich wersy?” [482].

Proces może naprawdę być przełomem, czego świadkiem byłem na warsztatach prowadzonych w VA Medical Center w Bath w stanie Nowy Jork przez aktorów przeszkolonych w Shakespeare & Company. Larry, pięćdziesięciodziewięcioletni weteran wojny wietnamskiej po dwudziestu siedmiu szpitalnych detoksach tylko w poprzednim roku, zgłosił się do roli Brutusa w scenie z *Juliusza Cezara.* Gdy próba się zaczęła, mamrotał i spieszył się z tekstem; wydawał się przerażony tym, co ludzie mogą o nim myśleć.

Pamiętaj o marcu, o marcowych Idach!
Za sprawiedliwość krew Cezara ciekła.
Gdzie nędznik, który ciało jego przeszył,
Nie myśląc, że jest świętych praw mścicielem? [483]

Wydawało się, że ćwiczenie mowy zaczynającej się od tych słów, trwało godziny. Na początku Larry tylko stał zgarbiony, powtarzając to, co reżyser szeptał mu do ucha: „*Pamiętaj* – co pamiętasz? Pamiętasz za dużo? Czy może zbyt mało? *Pamiętaj*. O czym nie chcesz pamiętać? Jak to jest pamiętać?”. Głos Larry’ego łamał się, wzrok miał wbity w podłogę, a na czole duże krople potu.

Po krótkiej przerwie i łyku wody powrót do pracy. „S*prawiedliwość* – czy wymierzono ci sprawiedliwość? Czy kiedykolwiek twoja krew ciekła za sprawiedliwość? Co dla ciebie znaczy sprawiedliwość? *Przeszyć*. Czy kiedyś kogoś uderzyłeś? A może ktoś zranił ciebie? Jak to było? Co chciałbyś w takiej chwili zrobić, a czego nie zrobiłeś? *Przeszyć*. Czy kiedyś kogoś… przeszyłeś? Czułeś, że ktoś wbija ci nóż w plecy? A może to ty wbiłeś komuś nóż w plecy?”. W tym momencie Larry wypadł z sali jak błyskawica. Wrócił następnego dnia i zaczęliśmy od nowa – Larry stał tam, pocąc się, z bijącym sercem i milionem skojarzeń, powoli pozwalając sobie poczuć każde słowo i ucząc się, jak stać się właścicielem wersów, które wygłaszał.

Po zakończeniu programu Larry zaczął pracować, po raz pierwszy od siedmiu lat, a sześć miesięcy później, gdy ostatni raz o nim słyszałem, wciąż miał tę pracę. Uczenie się, jak doświadczać i tolerować głębokie uczucia to podstawa leczenia traumy.

W warsztatach Shakespeare in the Courts, specyfika języka używanego na próbach przechodzi na codzienne kontakty uczniów. Kevin Coleman zauważa, że w ich mowie pełno jest wyrażenia: „Czuję się jak…". I dalej dodaje: „Jeśli mylisz swoje emocjonalne doświadczenia z osądami, twoja praca traci ostrość. Jeśli spytasz ich: »Jak się z tym czujesz?«, natychmiast odpowiedzą »dobrze« albo »źle«. Oba stwierdzenia są osądem. Dlatego po skończeniu sceny nigdy nie pytamy »Jak się z tym czujesz?«, bo to zachęca ich, by uruchomili tę część mózgu, która ocenia". Zamiast tego Coleman pyta: „Zauważyłeś jakieś konkretne uczucia, które pojawiły się w tobie, gdy graliśmy tę scenę?". W ten sposób uczestnicy uczą się nazywać swoje emocje: „Gdy to powiedział, poczułem gniew", „Gdy na mnie spojrzał, czułem strach". Połączenie z własnym ciałem i – z braku lepszego wyrażenia – odzyskanie swojego języka, pomaga aktorom uświadomić sobie, że jest w nich wiele różnych emocji. Im więcej ich dostrzegą, tym bardziej ich to zaciekawia. Na początku prób dzieci muszą się nauczyć, jak stać prosto i poruszać się po scenie jakby mimochodem. Muszą nauczyć się mówić tak, żeby było ich słychać w każdym zakątku teatru, co samo w sobie jest wielkim wyzwaniem. Gotowe przedstawienie oznacza zaś konfrontację ze społecznością. Młodzież wchodzi na scenę, doświadczając kolejnego poziomu bezbronności, zagrożenia lub bezpieczeństwa i dowiaduje się, na ile można sobie ufać. Stopniowo przeważa w nich chęć sukcesu, pokazania, że potrafią. Kevin opowiedział mi historię pewnej dziewczyny, która grała Ofelię w *Hamlecie*. W dniu przedstawienia zobaczył ją za kulisami, gotową do wejścia, z koszem na śmieci przytulonym do piersi. (Jak wyjaśniła, zdenerwowała się tak, że bała się, że zwymiotuje). Wcześniej stale uciekała z rodzin zastępczych, także z Shakespeare in the Courts. Ze względu na to, że program stara się za wszelką cenę utrzymać dzieciaki, policja i straż miejska wielokrotnie odprowadzały ją z powrotem. W pewnym momencie musiała zrozumieć, że jej rola jest absolutnie nie do zastąpienia, a być może wyczuła wewnętrzny walor tego doświadczenia dla siebie samej. Przynajmniej tego dnia zdecydowała się nie uciekać.

Teatr i terapia

Słyszałem kiedyś Tinę Packer przemawiającą do sali pełnej specjalistów od leczenia traumy: „I terapia, i teatr wymagają intuicji przy pracy. Są w opozycji do badań naukowych, w których próbuje się wyjść poza własne doświadczenia, nawet poza doświadczenia swoich pacjentów, żeby przetestować obiektywną słuszność założeń. To, co decyduje o skuteczności terapii, to głębokie, subiektywne dostrojenie i tkwiące głęboko w ciele poczucie prawdy i szczerości". Wciąż mam nadzieję, że któregoś dnia uda nam się dowieść, że Tina się myliła, i że będziemy potrafili połączyć rygorystyczne zasady metod naukowych z mocą ucieleśnionej intuicji.

Edward, jeden z nauczycieli w Shakespeare & Company, opowiedział mi o doświadczeniu, jakie przeżył jako młody aktor na zaawansowanych warsztatach szkoleniowych Tiny Packer.

Rano grupa wykonywała ćwiczenia, których celem było rozluźnienie mięśni tułowia dla pogłębienia oddechu. Edward zauważył, że za każdym razem, gdy uruchamiał pewien segment żeber, czuł falę smutku. Trener spytał, czy kiedykolwiek przeżył tam jakiś uraz, ale odpowiedź brzmiała – nie.

Na popołudniowe zajęcia Packer przygotował mowę z *Ryszarda II*, w której król zostaje wezwany przez uzurpatora, by oddał koronę. W trakcie późniejszej dyskusji przypomniał sobie, że gdy matka była z nim w ciąży, złamała sobie żebra, i że on zawsze wiązał to zdarzenie z faktem, że przyszedł na świat jako wcześniak.

> Gdy powiedziałem to Tinie, zaczęła zadawać pytania o pierwsze miesiące mojego życia. Powiedziałem, że nie pamiętam, jak byłem w inkubatorze, ale pamiętam, jak kiedyś później przestałem oddychać i byłem w szpitalu pod namiotem tlenowym. Pamiętałem, jak mój wujek wiózł mnie do szpitala swoim samochodem, przejeżdżając na czerwonych światłach. To była jakby nagła śmierć łóżeczkowa, tyle że w wieku trzech lat.
>
> Tina nadal zadawała pytania, a ja zacząłem się na nią naprawdę wkurzać za to, że próbowała rozbić skorupę, którą zbudowałem wokół tego bólu. Potem spytała: „Bolało, kiedy lekarze wbijali w ciebie te wszystkie igły?". W tym momencie po prostu zacząłem krzyczeć. Chciałem uciec, ale dwóch innych aktorów – naprawdę wielkich facetów – mnie przytrzymało. W końcu posadzili mnie na krześle, ale cały się trząsłem.
>
> Potem Tina powiedziała: „Jesteś swoją matką i powiesz tę mowę. Jesteś swoją matką i dajesz sobie życie. I mówisz sobie, że ci się uda. Nie umrzesz. Musisz się przekonać. Musisz przekonać tamtego maleńkiego noworodka, że nie umrzesz".

To stało się moim celem. Gdy z początku przyniosłem mowę Ryszarda na próbę, powiedziałem sobie, że chcę dobrze zagrać swoją rolę, a nie, że coś, co we mnie wzbiera, chciało te słowa powiedzieć. Gdy wreszcie to zrobiłem, stało się jasne, że to dziecko jest jak Ryszard; nie byłem gotowy oddać tronu. To było jak uwolnienie megaton energii i napięcia, które nagle opuściły moje ciało. To dziecko, wstrzymujące oddech z przerażenia, że może umrzeć, przez lata blokowało we mnie kanały ekspresji, które teraz się otworzyły. Geniusz Tiny polegał na tym, że kazała mi stać się moją matką i powiedzieć mnie-dziecku, że wszystko będzie dobrze. To było prawie tak, jakby cofnąć się w przeszłość i zmienić historię. Zapewnienie, że pewnego dnia poczuję się wystarczająco bezpiecznie, by móc wyrazić tamten ból, uczyniło z tego doświadczenia naprawdę cenną część mojego życia. Tej nocy przeżyłem pierwszy w życiu orgazm w obecności drugiej osoby. I wiem, że było to możliwe, bo tamtego dnia uwolniłem z mego ciała napięcie, które wcześniej nie pozwalało mi poczuć się w pełni częścią teraźniejszości.

EPILOG

Czas wyboru

Mamy zadatki by stać się społeczeństwem świadomym istnienia traumy. Niemal codziennie któryś z moich kolegów publikuje kolejne doniesienie o tym, jak trauma niszczy i dezorganizuje pracę umysłu, mózgu i ciała. Badanie ACE pokazało rujnujące skutki maltretowania w dzieciństwie na zdrowie i relacje społeczne, zaś James Heckman dostał Nagrodę Nobla za wykazanie ogromnych oszczędności, jakie dają wczesne interwencje w życie dzieci z biednych i trudnych środowisk: więcej zdanych matur, spadek przestępczości, wzrost zatrudnienia oraz mniej przemocy domowej i przemocy w najbliższym otoczeniu. Na całym świecie spotykam ludzi, którzy biorą sobie te wyniki do serca i pracują bez wytchnienia, żeby tworzyć i wprowadzać w życie coraz skuteczniejsze metody interwencji; to nauczyciele, pracownicy socjalni, lekarze, terapeuci, pielęgniarki, filantropi, reżyserzy teatralni, strażnicy więzienni i trenerzy medytacji. Jeśli i ty dotarłeś aż do tego miejsca *The Body Keeps the Score,* też stałeś się częścią tej społeczności. Dzięki postępom neuronauki możemy lepiej zrozumieć wpływ traumy na rozwój mózgu, samoregulację, umiejętność skupienia uwagi oraz zdolność dostrajania się do innych. Wyrafinowane techniki obrazowania pozwoliły na ustalenie źródeł PTSD w mózgu, wiemy więc dziś, dlaczego ludzie straumatyzowani obojętnieją, dlaczego drażni ich światło i dźwięki, a także dlaczego wybuchają gniewem albo zamykają się w sobie w reakcji na najlżejszą prowokację. Dowiedzieliśmy się, w jaki sposób doświadczenia, przez całe nasze życie, zmieniają budowę i czynności mózgu, a nawet wpływają na geny, jakie przekazujemy kolejnym pokoleniom. Zrozumienie wielu procesów leżących u podłoża stresu traumatycznego otwiera drzwi całemu wachlarzowi metod, które mogą ponownie „włączyć” obszary mózgu związane z samoregulacją, postrzeganiem siebie i uwagą.

Wiemy nie tylko, jak leczyć traumę, ale – coraz częściej – jak jej zapobiegać.

Mimo to, biorąc udział w kolejnej stypie, po chłopaku, który zginął w strzelaninie w jednej z niebezpiecznych dzielnic Bostonu, albo czytając o najnowszych cięciach budżetowych w szkolnictwie, jestem bliski rozpaczy. Wydaje się, że pod wieloma względami się cofamy, tak jak przy bezdusznym skreśleniu przez Kongres kuponów żywnościowych dla dzieci, których rodzice są bezrobotni albo siedzą w więzieniu; przy twardogłowej opozycji, w niektórych regionach będącej przeciwko powszechnej opiece zdrowotnej; przy tępym oporze mainstreamowej psychiatrii, która nie chce uznać związku między cierpieniem psychicznym a warunkami życia; przy odmowie zakazu sprzedaży i posiadania broni, której jedynym celem jest przecież zabijanie ludzi, i to w wielkiej liczbie; i wreszcie przy naszej tolerancji dla przetrzymywania dużej części społeczeństwa w więzieniach, co marnuje ich życie i nasze środki.

Dyskusja wokół PTSD wciąż skupia się raczej na wracających z misji żołnierzach, ofiarach zamachów bombowych i tych, którzy przeżyli jakieś straszne katastrofy. Tymczasem trauma pozostaje o wiele szerszym problemem zdrowia publicznego, być może nawet największym, jaki nam zagraża.

Od 2001 roku więcej Amerykanów zginęło z rąk partnerów albo innych członków rodziny niż na wszystkich wojnach w Iraku i Afganistanie. Amerykańskie kobiety są dwukrotnie bardziej narażone na przemoc domową niż na raka piersi. Amerykańska Akademia Pediatrii szacuje, że broń palna zabija dwa razy więcej dzieci niż nowotwory. Plakaty reklamujące walczącą z rakiem Fundację Jimmy’ego widzę w Bostonie wszędzie, podobnie jak ogłoszenia o marszach gromadzących fundusze na badania nad rakiem piersi czy białaczką. Jesteśmy jednak zbyt zawstydzeni lub zniechęceni, by podjąć zmasowane wysiłki w celu pomocy dzieciom i dorosłym w nauce radzenia sobie ze strachem, wściekłością i zamrożeniem – przewidywalnymi skutkami przeżycia ciężkiej traumy. Gdy daję wykłady na temat traumy i jej leczenia, uczestnicy czasem proszą mnie, żebym odłożył na bok politykę i skupił się na neurologii i klinice. Chciałbym móc to zrobić, ale jak długo będziemy żyć w zaprzeczeniu i leczyć traumę, ignorując jej przyczyny,

będziemy skazani na porażkę. W dzisiejszym świecie kod pocztowy w większym stopniu niż kod genetyczny określa, czy będziesz żyć długo i zdrowo. Dochody, struktura rodziny, warunki mieszkaniowe, zatrudnienie i możliwości nauki mają wpływ nie tylko na ryzyko rozwoju stresu traumatycznego, ale i na możliwości dostępu do skutecznych metod pomocy w radzeniu sobie z nim. Bieda, bezrobocie, gorsze szkoły, wykluczenie społeczne, nieskrępowany dostęp do broni i kiepskie warunki mieszkaniowe – to wszystko świetna pożywka dla traumy. A trauma rodzi traumę; zranieni ludzie ranią kolejnych.

Moje najgłębsze doświadczenie związane z uzdrawianiem zbiorowej traumy to obserwowanie pracy południowoafrykańskiej Komisji Prawdy i Pojednania, działającej na zasadzie Ubuntu, słowa z języka Xhosa oznaczającego dzielenie się tym, co się ma, zgodnie ze stwierdzeniem „moje człowieczeństwo jest nierozerwalnie związane z twoim". Ubuntu uznaje, że prawdziwe uzdrowienie jest niemożliwe bez uznania wspólnoty człowieczeństwa i wspólnoty przeznaczenia. Jesteśmy stworzeniami społecznymi – nasze mózgi są tak zaprogramowane, żeby wspierać wspólną pracę i wspólną zabawę. Trauma niszczy system społecznego zaangażowania, zaburza współpracę, doskonalenie i zdolność funkcjonowania jako produktywny członek wspólnoty. W tej książce widzieliśmy, jak wiele problemów psychicznych, od uzależnień po samookaleczanie, zaczyna się od próby poradzenia sobie z emocjami, które stają się nie do zniesienia z powodu braku kontaktów z innymi ludźmi i wsparcia z ich strony. Tymczasem instytucje, których zadaniem jest pomoc straumatyzowanym dzieciom i dorosłym, zbyt często pomijają system zaangażowania emocjonalnego – podstawę tego, kim jesteśmy, a w zamian skupiają się li tylko na „poprawianiu niewłaściwego myślenia" oraz tłumieniu niechcianych emocji i zachowań.

Można się nauczyć kontroli i zmiany zachowań, ale tylko wtedy, gdy czujemy się wystarczająco bezpieczni, żeby wypróbowywać nowe rozwiązania. Ciało pamięta: jeśli trauma zakodowana jest w rozdzierających serce i dławiących oddech wrażeniach, naszym priorytetem jest wyprowadzenie ludzi ze stanu „walcz-lub-uciekaj", zmiana sposobu postrzegania zagrożeń i pomoc w utrzymywaniu

relacji. W przypadku straumatyzowanych dzieci ostatnią rzeczą jaką powinniśmy usuwać z programów nauczania są zajęcia, które właśnie w tym pomagają: chór, wychowanie fizyczne, przerwy i wszystko, co oznacza ruch, zabawę i radosne zaangażowanie.

Widzieliśmy, że przedstawiciele mojej profesji często pogłębiają problemy, zamiast je rozwiązywać. Wielu psychiatrów pracuje dziś taśmowo: przyjmują pacjentów, których ledwie znają, na piętnastominutowych sesjach, a potem przepisują im tabletki na złagodzenie bólu, niepokoju czy depresji. Wydają się przekazywać przesłanie: „Zostaw to nam; my cię naprawimy. Po prostu współpracuj, bierz pigułki i wróć za trzy miesiące – tylko nie pij, ani nie ćpaj, żeby rozwiązać swoje problemy!". Takie teraputyczne drogi na skróty uniemożliwiają wypracowanie sposobów samoopieki i samoprzywództwa. Tragicznym przykładem takiego podejścia jest rozpasanie w wypisywaniu leków przeciwbólowych, które zabijają dziś w Stanach Zjednoczonych więcej osób niż broń palna czy wypadki samochodowe. Wzrost spożycia leków w tych schorzeniach nie rozwiązuje prawdziwych problemów; nie mówi, z czym pacjenci starają się sobie poradzić? Jakie są ich wewnętrzne lub zewnętrzne zasoby? Co ich uspokaja? Czy mają właściwe, kochające relacje z własnym ciałem i co robią, żeby pielęgnować fizyczne poczucie siły, witalności i odprężenia? Czy mają dynamiczne relacje z innymi ludźmi? Kto ich naprawdę zna, kocha i dba o nich? Na kogo mogą liczyć, gdy się boją, gdy ich dzieci chorują albo gdy sami niedomagają? Czy są członkami społeczności, i czy odgrywają ważną rolę w życiu tych, którzy ich otaczają? Jakich konkretnych umiejętności potrzebują, żeby się skupić i dokonać wyboru? Czy mają jakiś cel? W czym są dobrzy? Jak możemy im pomóc poczuć się panami własnego losu?

Chciałbym wierzyć, że kiedyś nasze społeczeństwo naprawdę dostrzeże potrzeby dzieci; że wszelkie formy pomocy rodzinie – dziś tak kontrowersyjne w tym kraju – stopniowo staną się nie tylko pożądane, ale i wykonalne. Jakąż zrobiłoby to różnicę, gdyby wszystkie amerykańskie dzieci miały dostęp do porządnych ośrodków opieki dziennej, w których rodzice mogliby je bezpiecznie zostawić w drodze do pracy lub do szkoły? Jak wyglądałoby nasze szkolnictwo, gdyby wszystkie dzieci uczęszczały do dobrze

zorganizowanych przedszkoli wspierających współpracę, samoregulację, wytrwałość i koncentrację (co stoi w opozycji do skupiania się na zdawaniu testów), by podążać za wrodzoną dziecięcą ciekawością i potrzebą doskonalenia, która nie zdarzy się, jeśli dzieciaki blokuje bezradność, strach i nadpobudliwość?

Mam zdjęcie, na którym jako pięciolatek siedzę między starszym (rzecz jasna mądrzejszym) a młodszym (z pewnością bardziej podległym) rodzeństwem. Dumnie trzymam drewniany statek zabawkę, uśmiechając się od ucha do ucha: „Patrzcie, jaki ze mnie wspaniały dzieciak i jaką mam fantastyczną łódź! Wszyscy chcielibyście się ze mną bawić!”. Wszyscy, ale zwłaszcza dzieci, potrzebują tego rodzaju pewności siebie – pewności, że inni nas poznają, zaakceptują i docenią. Bez tego nie możemy wytworzyć poczucia sprawczości, które pozwoli nam powiedzieć: „To jest to, w co wierzę; tym się kieruję; temu się poświęcę”. Jak długo czujemy się bezpiecznie przechowywani w sercach i umysłach tych, którzy nas kochają, możemy przenosić góry, przepływać rzeki i harować po nocach, żeby skończyć ważny projekt. I dzieci, i dorośli zrobią wszystko dla osób, którym ufają i na których zdaniu im zależy.

Jeśli jednak czujemy się opuszczeni, bezwartościowi albo niezauważani, nic nie ma znaczenia. Strach niszczy ciekawość i umiejętność zabawy. Żeby mieć zdrowe społeczeństwo, musimy wychowywać dzieci, które mogą się bezpiecznie uczyć i bawić. Nie ma wzrostu bez ciekawości ani przystosowania bez możliwości odkrywania drogą prób i błędów tego, kim jesteś i co się dla ciebie liczy. Obecnie ponad połowa dzieci uczestniczących w programie Head Start (wyrównywania szans w edukacji) przeżyła trzy lub więcej niekorzystnych zdarzeń, takich jak wymieniane w badaniu ACE: członkowie rodziny w więzieniu, depresja, przemoc, wykorzystywanie lub narkomania w domu, okresy bezdomności.

Ludzie, którzy czują się bezpieczni i związani z innymi, nie mają powodów, by trwonić życie na narkotyki albo bezmyślne siedzenie przed telewizorem; nie czują wewnętrznego przymusu, by opychać się węglowodanami albo atakować bliźnich. Jeśli jednak wszystko, co robią, wydaje się nie mieć znaczenia, czują się zamknięci w pułapce i stają się podatni na kuszenie: pigułki, gangi, sekty czy ekstremistyczne partie – wszystko, co obiecuje ulgę. Jak wykazało

badanie ACE, maltretowanie i zaniedbywanie dzieci są tymi źródłami zaburzeń psychicznych, którym najłatwiej zapobiegać, stanowią najczęstszy powód nadużywania alkoholu i narkotyków, i są znaczącymi czynnikami ryzyka w takich powszechnych przyczynach zgonów jak cukrzyca, choroba wieńcowa, nowotwory, udary i samobójstwa.

Wraz z kolegami koncentrujemy większość naszej pracy tam, gdzie skutki traumy są najpoważniejsze: wśród dzieci i młodzieży. Od czasu, gdy w 2001 roku wspólnie powołaliśmy National Child Traumatic Stress Network, rozwinęła się ona w kooperatywę ponad stupięćdziesięciu ośrodków w całym kraju, z których każdy prowadzi programy w szkołach, ośrodkach penitencjarnych dla nieletnich, agencjach pomocy dzieciom, schroniskach dla bezdomnych, jednostkach wojskowych i domach pomocy społecznej. Jednym z należących do NCTSN centrów opracowywania i oceny terapii jest nasz Ośrodek Traumy (Trauma Center). Moi koledzy Joe Spinazzola, Margaret Blaustein i ja stworzyliśmy spójne programy dla dzieci i nastolatków, które obecnie wprowadzamy z pomocą doświadczonych w leczeniu traumy specjalistów z Hartford, Chicago, Houston, San Francisco, Anchorage, Los Angeles i Nowego Jorku. Co dwa lata nasz zespół wybiera do pracy określony obszar kraju. Bazując na miejscowych kontaktach, identyfikujemy otwarte, szanowane i pełne energii organizacje; to one będą potem służyć jako ośrodki propagujące leczenie. I tak, przez dwa lata współpracowałem z kolegami w Missoula w stanie Montana w tworzeniu zorientowanego na kulturę programu leczenia traumy w rezerwatach Indian z plemienia Czarnych Stóp.

Dla przeżywających traumę, maltretowanych i zaniedbywanych dzieci największą nadzieją jest uzyskanie dobrego wykształcenia, w szkołach, gdzie będą znane i zauważane; gdzie mogą się nauczyć samokontroli, i gdzie mogą wytworzyć w sobie poczucie sprawczości. W najlepszym przypadku szkoły mogą stać się wyspami bezpieczeństwa w pełnym chaosu świecie. Mogą nauczyć dzieciaki, jak działa ich mózg i ciało, jak rozumieć emocje i radzić sobie z nimi. Szkoły mogą odgrywać znaczącą rolę w kształtowaniu odporności niezbędnej do radzenia sobie z traumatycznymi zdarzeniami w sąsiedztwie czy w rodzinach. Jeśli rodzice harują na

dwóch etatach, żeby jakoś związać koniec z końcem, jeśli są zbyt niesprawni, przytłoczeni lub w depresji, by widzieć potrzeby swoich dzieci i reagować na nie, to właśnie szkoły powinny być miejscem, w którym młodzież uczy się samoprzywództwa i samokontroli.

Gdy nasz zespół pojawia się w szkole, początkowa reakcja nauczycieli często jest mniej więcej taka: „Gdybym chciał pracować w opiece społecznej, to bym tam poszedł. Ale ja przyszedłem tutaj, żeby uczyć". Wielu z nich już zrozumiało (i to w bolesny sposób), że nie mogą niczego nauczyć, jeśli ich klasa składa się z uczniów, którzy nie potrafią się skupić. Często nawet w najlepszych szkołach, najbardziej zaangażowani nauczyciele odczuwają frustrację i są nieskuteczni, bo zbyt wiele dzieciaków jest zbyt straumatyzowanych, żeby cokolwiek zyskać z zajęć. Skupienie się wyłącznie na poprawie wyników testów egzaminacyjnych nie będzie miało żadnego sensu, jeśli nauczyciele nie bedą potrafili skutecznie rozwiązywać problemów z zachowaniem tych uczniów.

Dobra wiadomość jest taka, że podstawowe zasady interwencji w sytuacji traumy można przełożyć na praktyczne, codzienne zajęcia i metody, które mogą zmienić całą kulturę szkoły.

Większość nauczycieli, z którymi pracujemy, z zaciekawieniem przyjmuje fakt, że maltretowani i zaniedbywani uczniowie najczęściej przyjmują każde odstępstwo od rutyny jako sygnał zagrożenia i że ich nadmiarowe reakcje to zazwyczaj przejawy stresu pourazowego. Młodzieży, która nie podporządkowuje się regułom, zwykle nie udaje się „ustawić do pionu" słowną reprymendą ani nawet zawieszeniem – co stało się w amerykańskich szkołach prawdziwą epidemią. Nauczycielski punkt widzenia zacznie się zmieniać, gdy nauczyciele uświadomią sobie, że niepokojące zachowanie tych dzieciaków ma swój początek w nieudanych próbach przekazania swojego cierpienia albo źle obliczonych próbach przetrwania.

Zdolność do czucia się bezpiecznie z innymi ludźmi definiuje – bardziej niż cokolwiek innego – zdrowie psychiczne; bezpieczne relacje to fundament udanego, satysfakcjonującego życia. W warunkach klasy szkolnej najważniejszym wyzwaniem jest wspieranie wzajemności: prawdziwego słuchania i bycia wysłuchanym, prawdziwego patrzenia i bycia dostrzeganym przez innych.

Staramy się nauczyć każdego w szkole – personel administracyjny, dyrektorów, kierowców szkolnych autobusów, nauczycieli i pracowników stołówki – rozpoznawać skutki traumy i rozumieć, jak trauma wpływa na dzieci, wspierać poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności oraz dawać doświadczenie bycia znanym i dostrzeganym. Chcemy, by każdego ranka dzieci były witane z imienia i żeby nauczyciele z każdym nawiązywali kontakt twarzą w twarz. Tak jak na naszych warsztatach, grupach terapeutycznych i w programach teatralnych zawsze zaczynamy dzień od odprawy: dajemy sobie czas na podzielenie się tym, co komu akurat leży na sercu.

Wiele spośród nastolatków, z którymi pracujemy, nigdy nie potrafiło skutecznie komunikować się werbalnie; przyzwyczajone są do dorosłych, którzy wrzeszczą, rozkazują, stroją fochy albo wkładają do uszu zatyczki. Jedną z pierwszych rzeczy, jakie robimy, to pomagamy nauczycielom w wypracowaniu nowych sposobów wyrażania uczuć, mówienia o oczekiwaniach i proszenia o pomoc. Zamiast, gdy dzieciak wpadnie w złość, wrzeszczeć: „Przestań!” albo kazać mu siedzieć w kącie, nauczyciel uczy się, że powinien zidentyfikować i nazwać uczucia, na przykład mówiąc: „Widzę, jak jesteś zdenerwowany”; dać dziecku wybór: „Wolisz pójść do bezpiecznego kącika czy usiąść mi na kolanach?”; a na koniec pomóc znaleźć słowa na wyrażenie uczuć i dać możliwość opowiedzenia o sobie: „Co się stanie, gdy po lekcjach wrócisz do domu?”. Mogą minąć miesiące, nim dziecko nauczy się, kiedy może bezpiecznie powiedzieć prawdę (bo to dla nikogo nie jest zawsze bezpieczne), ale – tak jak i dla dorosłych – odkrycie prawdy doświadczeń jest podstawowe dla leczenia się z traumy.

W wielu szkołach standardową procedurą jest karanie dzieci za wybuchy złości, dystansowanie się czy zachowania agresywne, czyli za to, co często jest objawem stresu traumatycznego. Gdy tak się dzieje, szkoła, zamiast oferować bezpieczną przystań, staje się jeszcze jednym wyzwalaczem stresu.

Gniewne konfrontacje i kary w najlepszym razie hamują na jakiś czas nieakceptowalne zachowania, ale ponieważ wyzwalający je system alarmowy i hormony stresu nie mają wakacji, z pewnością wybuchną przy kolejnej prowokacji.

W takich sytuacjach pierwszym krokiem jest przyznanie, że dziecko jest wzburzone; potem nauczyciel powinien je uspokoić, a następnie dowiedzieć się, dlaczego doszło do wybuchu i przedyskutować możliwe rozwiązania. Gdy na przykład pierwszoklasista traci nad sobą kontrolę, bije nauczyciela i rozrzuca przedmioty wszędzie dookoła, zachęcamy nauczyciela, żeby jasno wyznaczył granice, jednocześnie łagodnie pytając malucha: „Chciałbyś może owinąć się tym kocem, żeby się uspokoić?”. (Dzieciak najpewniej wrzaśnie: „Nie!”, ale potem zwinie się pod kocem w kulkę i zapewne się uspokoi). Najważniejsza jest przewidywalność i jasne oczekiwania oraz konsenwencja w działaniu. Dzieci ze środowisk, w których panuje chaos, często nie wiedzą, jak można efektywnie współpracować ze sobą, a niekonsekwencja pogłębia tylko ich zagubienie. Nauczyciele wyczuleni na przejawy traumy szybko orientują się, że wzywanie rodziców często prowadzi tylko do bicia i pogłębienia traumy u dziecka.

Celem wszystkich naszych wysiłków jest przełożenie nauki o mózgu na codzienną praktykę. Na przykład wyciszenie się, żeby kontrolować swoje zachowanie wymaga aktywacji tych obszarów mózgu, które zauważają wewnętrzne wrażenia, czyli tzw. wieży obserwacyjnej, o której mówiliśmy w rozdziale 4. Nauczyciel może więc powiedzieć: „Weźmiemy kilka głębokich oddechów, czy użyjemy oddechowej gwiazdy?”. (To kolorowa pomoc zrobiona z koszulek na dokumenty). Alternatywą może być posadzenie dziecka w kącie, zawiniętego w ciężki koc, ze słuchawkami na uszach, przez które sączy się uspokajająca muzyka. „Miejsca bezpieczne” pomagają dzieciom wyciszyć się, zapewniając bodźce pobudzające zmysły: struktura juty albo weluru; pudełka po butach wypełnione miękkimi szczotkami i elastycznymi zabawkami. Gdy dziecko jest gotowe do rozmowy, zachęca się je, żeby przed powrotem do grupy powiedziało komuś, co się dzieje.

Już trzylatki potrafią wydmuchiwać bańki mydlane i uczą się, że jeśli zwolnią oddechy do sześciu na minutę i skupią się na wydechu, na tym jak powietrze wypływa przez górną wargę, poczują się spokojniejsze i bardziej skupione.

Nasz zespół nauczycieli jogi pracuje z nastolatkami, skupiając się na tym, by pomóc im „zaprzyjaźnić” się z własnym ciałem i radzić sobie z destrukcyjnymi odczuciami fizycznymi. Wiemy, że u nastolatków jedną z najważniejszych przyczyn sięgania po narkotyki jest brak umiejętności tolerowania fizycznych sygnałów uczucia, takich jak strach, wściekłość czy bezradność.

Wiele dzieciaków, miotających się między nadaktywnością a bezczynnością, można nauczyć samokontroli. Oprócz czytania, pisania i liczenia w podstawowym programie szkolnym powinno znaleźć się uczenie samoświadomości, samokontroli i komunikacji. Tak jak uczymy historii i geografii, tak powinniśmy uczyć dzieci, jak działa ich mózg i ciało.

Samokontrola zarówno u dzieci, jak i u dorosłych wymaga poznania wewnętrznego świata oraz precyzyjnej identyfikacji tego, co nas przeraża, denerwuje albo zachwyca.

Inteligencja emocjonalna zaczyna się od nazwania własnych uczuć i dostrojenia się do uczuć osób wokół nas. Zaczynamy prosto: od luster. Patrzenie w lustro sprawia, że dzieciaki dowiadują się, jak wyglądają, gdy są smutne, zagniewane, znudzone albo rozczarowane. Potem pytamy je: „Co czujesz, gdy widzisz taką twarz?”. Uczymy je, jak zbudowany jest ich mózg, po co są emocje i gdzie są one rejestrowane w organizmie, a także jak mogą komunikować te emocje ludziom wokół siebie. Uczniowie dowiadują się, że ich mimika sygnalizuje, co czują, a potem sprawdzają, jak wyraz ich twarzy wpływa na inne osoby. Wzmacniamy też mózgową „wieżę obserwacyjną”, ucząc ich rozpoznawać i nazywać wrażenia zmysłowe. Gdy na przykład czują ucisk w klatce piersiowej, to zapewne znak, że są zdenerwowani; ich oddech staje się płytki, a oni sami – spięci.

Jak odczuwają gniew i co mogą zrobić, by zmienić to odczucie w głębi ich ciała? Co się stanie, gdy wezmą głęboki oddech, poskaczą na skakance albo przyłożą parę razy w worek treningowy? A może pomaga uciskanie punktów akupresurowych? Staramy się wyposażyć dzieci, nauczycieli i innych opiekunów w zestaw sposobów zapanowania nad reakcjami emocjonalnymi.

W celu wzmacniania wzajemności, robimy inne ćwiczenia lustrzane stanowiące podstawę bezpiecznej komunikacji

międzyludzkiej. Dzieci uczą się naśladować mimikę kolegów. Potem przechodzą do naśladowania gestów i dźwięków, a następnie wstają i poruszają się w synchronii. Żeby robić to dobrze, muszą zwracać uwagę na partnera, naprawdę go słuchać i dostrzegać. Takie gry jak „Szymon mówi" zwykle wywołują mnóstwo parsknięć i chichotów – oznak, że uczestnicy czują się bezpiecznie i są odprężeni. Gdy nastolatki odmawiają uczestnictwa w „takiej głupiej grze" potakujemy ze zrozumieniem, ale prosimy o współpracę – żeby wyjaśnili zasady młodszym dzieciom, które „potrzebują ich pomocy".

Nauczyciele i trenerzy dowiadują się, że takie proste aktywności, jak próba utrzymania piłki plażowej jak najdłużej w powietrzu, pomagają grupie lepiej się skupić, lepiej współdziałać, a przy okazji dobrze się bawić. To niekosztowne działania. Dla starszych dzieci szkoły wprowadziły pracownie kosztujące mniej niż dwieście dolarów, w których uczniowie mogą dzięki grom komputerowym poprawić koncentrację i omawianą w rozdziale 16. zmienność rytmu serca (HRV), podobnie jak robimy to w naszej klinice.

I dzieci, i dorośli muszą doświadczyć, jaką satysfakcję daje praca na granicy możliwości. Odporność jest pochodną sprawczości: wiedzy, że to, co robisz, ma znaczenie. Wielu z nas pamięta, ile znaczyło dla nas uczestnictwo w zajęciach szkolnego chóru, kółka sportowego albo gra w orkiestrze, zwłaszcza jeśli nasi trenerzy czy dyrygenci wierzyli w nas, motywowali do doskonalenia i przekonywali, że możemy być jeszcze lepsi, niż sami uznalibyśmy za możliwe. Dzieci, z którymi pracujemy, potrzebują takich doświadczeń.

Sport, muzyka, taniec, teatr – wszystkie te aktywności sprzyjają sprawczości i wspólnocie. Angażują też dzieciaki w nowe działania, do których nie są one przyzwyczajone. W zniszczonym, postindustrialnym mieście Nowej Anglii moi przyjaciele – Carolyn i Eli Newbergerowie uczą El Sistema, muzycznego programu orkiestrowego pochodzącego z Wenezueli. Wielu z moich studentów prowadzi w szkołach kryminogennych dzielnic Bostonu pozalekcyjne zajęcia z brazylijskiej capoeiry, a moi koledzy z ośrodka traumy kontynuują program teatralny Trauma Drama.

Przed rokiem spędziłem trzy tygodnie, pomagając dwóm chłopcom przygotować scenę z *Juliusza Cezara*. Brutusa grał

delikatny, nieśmiały chłopiec, który musiał przywołać całą swoją odwagę, by pokonać Kasjusza, granego przez klasowego osiłka, który z kolei musiał grać skorumpowanego generała błagającego o litość. Scena stała się wiarygodna dopiero wtedy, kiedy osiłek opowiedział o tym, jak był maltretowany przez ojca i jak przysiągł sobie nigdy nie okazać słabości. (Większość zbirów i chuliganów sama padła ofiarą przemocy w dzieciństwie i teraz gardzi wszystkimi, którzy przypominają im o niegdysiejszej słabości). Mocny głos Brutusa ujawnił się zaś dopiero, gdy chłopak uświadomił sobie, jak zaczął stawać się niewidzialnym, żeby poradzić sobie z przemocą we własnej rodzinie.

Te intensywne, społeczne wysiłki zachęcają młodzież do współpracy, osiągania kompromisów i skupiania się na konkretnym, bieżącym zadaniu. Często dochodzi do spięć, ale dzieci zostają w programie, bo chcą zyskać szacunek trenerów albo reżyserów i nie chcą zawieść grupy – wszystkie te uczucia są przeciwieństwem słabości i poddania się przymusowi wykorzystywania, poczucia niewidzialności będącego efektem zaniedbywania, czy kompletnej izolacji spowodowanej traumą.

Nasze programy NCTSN działają: dzieciaki stają się mniej nerwowe i reagują bardziej stabilnie, są mniej agresywne i mniej wycofane; lepiej radzą sobie w szkole i z rówieśnikami; zmniejszają się ich problemy z nadpobudliwością, nieumiejętnością skupienia uwagi i zaburzeniami „opozycyjno-buntowniczymi”; rodzice donoszą, że ich dzieci lepiej śpią. Nadal straszne rzeczy przydarzają się im i osobom w ich otoczeniu, ale teraz potrafią już o nich mówić; zbudowali w sobie wiarę i zasoby pozwalające im prosić o pomoc, gdy tego potrzebują. Interwencje są skuteczne, jeśli odwołują się do naturalnych źródeł współpracy i do wrodzonych reakcji na bezpieczeństwo, wzajemność i wyobraźnię.

Trauma sprawia, że ciągle musimy się konfrontować z naszą kruchością i ludzką nieżyczliwością, ale także z naszą niewiarygodną odpornością. Mogłem tak długo robić to wszystko, co robię, bo dzięki temu poznawałem źródła radości, kreatywności, sensu i łączności z innymi – wszyskie rzeczy, które sprawiają, że warto żyć. Nie potrafię sobie nawet wyobrazić, jak mógłbym przetrwać to, co wielu moich pacjentów, i nadal postrzegać ich

objawy jako część ich siły – sposobu na przetrwanie. I pomyśleć, że mimo tego cierpienia wielu wyrosło na kochających partnerów i rodziców, wspaniałych nauczycieli, pielęgniarki, naukowców i artystów.

Większość inicjatorów zmian społecznych zna traumę z własnego, bardzo intymnego doświadczenia. Przychodzi tu na myśl Oprah Winfrey, Maya Angelou, Nelson Mandela czy Elie Wiesel. Przeczytaj biografię któregokolwiek z wizjonerów, a znajdziesz tam wnikliwe analizy i pasję, której źródłem była konieczność radzenia sobie ze spustoszeniami w ich życiu.

To samo jest prawdą w odniesieniu do społeczeństw. Wiele naszych najgłębszych osiągnięć wyrosło z doświadczeń traumy: zniesienie niewolnictwa – z Wojny Secesyjnej, opieka społeczna – z Wielkiego Kryzysu, a ustawa o prawach weteranów, dzięki której powstała nasza niegdyś liczna i zamożna klasa średnia – z II wojny światowej. Trauma jest obecnie najbardziej palącym problemem zdrowia publicznego, a my mamy wiedzę niezbędną do skutecznego reagowania w tej sytuacji. To nasz wybór, czy będziemy działać w zgodzie z tą wiedzą.

Podziękowania

Niniejsza książka jest owocem trzydziestu lat prób zrozumienia, jak ludzie radzą sobie z traumą, jak udaje im się przeżyć i zaleczyć traumatyczne doświadczenia. Trzydziestu lat pracy z dotkniętymi traumą mężczyznami, kobietami i dziećmi; niezliczonych dyskusji z kolegami i studentami oraz bycia częścią rozwijającej się nauki o tym, jak umysł, mózg i ciało radzą sobie z przytłaczającymi doświadczeniami i jak potrafią się z nich podźwignąć.

Chciałbym zacząć od osób, które pomogły mi przygotować, a w konsenkwencji i opublikować tę książkę:

Mojej redaktorce, Toni Burbank, z którą w ciągu dwóch lat wymieniałem tygodniowo dziesiątki spostrzeżeń, odnoszących się do tematu, sposobu prezentacji i swoistych uwarunkowań tej pozycji. Toni naprawdę rozumiała, o czym jest ta książka, a także miała wiedzę kluczową dla określenia jej formy i treści.

Mojej agentce, Brettne Bloom, która dostrzegła wagę tej pracy, znalazła dla niej dom w wydawnictwie Viking i zapewniła krytyczne wsparcie w trudnych momentach.

Rickowi Kotowi, mojemu redaktorowi w wydawnictwie Viking, za bezcenne opinie i wskazówki redakcyjne.

Moi koledzy i studenci z ośrodka traumy (Trauma Center) zapewnili mojej pracy podstawy, laboratorium i system wsparcia. Przez trzy dekady stale przypominali mi też o trudnej rzeczywistości naszej pracy. Nie mogę tu wymienić ich wszystkich, ale wartościowymi współpracownikami byli m.in. Joseph Spinazzola, Margaret Blaustein, Roslin Moore, Richard Jacobs, Liz Warner, Wendy D'Andrea, Jim Hopper, Fran Grossman, Alex Cook, Marla Zucker, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Moore, Robert Macy, Liz Rice-Smith, Patty Levin, Nina Murray, Mark Gapen, Carrie Pekor, Debbie Korn i Betta de Boer van der Kolk. Oczywiście należą tu też Andy Pond i Susan Wayne z Justice Resource Institute.

Moimi najważniejszymi towarzyszami i przewodnikami na drodze do zrozumienia stresu posttraumatycznego i w badaniach nad nim byli: Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Lanius i Paul Frewen, Rachel Yehuda, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Osterman, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Herman, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisher, Marylene Cloitre, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda i Martin Teicher; a także moi koledzy, którzy nauczyli mnie wszystkiego o tworzeniu więzi: Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth i Beatrice Beebe.

Peter Levine, Pat Ogden i Al Pesso przeczytali w 1994 roku mój rękopis na temat znaczenia ciała w stresie posttraumatycznym i zaoferowali się, że nauczą mnie czegoś o ciele. Wciąż się od nich uczę, a od tamtego czasu moją wiedzę poszerzyli nauczyciele jogi i medytacji: Stephen Cope, Jon Kabat-Zinn i Jack Kornfield.

Sebern Fisher pierwsza pokazała mi, czym jest neurofeedback. Ed Hamlin i Larry Hirshberg poszerzyli później tę wiedzę. Richard Schwartz nauczył mnie terapii IFS i pomógł napisać rozdział o tej metodzie. Kippy Dewey i Cissa Campion wprowadziły mnie w teatr, Tina Packer próbowała nauczyć mnie, jak go tworzyć, a Andrew Borthwick-Leslie dodał ważne szczegóły.

Adam Cummings, Amy Sullivan i Susan Miller byli nieocenionym wsparciem, bez którego wiele projektów wspomnianych w tej książce nigdy nie doszłoby do skutku.

Licia Sky stworzyła otoczenie, w którym mogłem się skupić na pisaniu; dostarczyła niocenionych opinii o każdym z rozdziałów, a jej artystyczne zdolności pomogły wielu zamieszczonym tu ilustracjom. Jest też współautorką rozdziału o świadomości ciała i sama dostarczyła materiał badawczy. Moja zaufana sekretarka, Angela Lin, pomagała mi w licznych kryzysach i utrzymywała statek na pełnych żaglach. Ed i Edith Schonberg często zapewniali schronienie przed burzą; Barry i Lorrie Goldensohn byli inspiracją a zarazem surowymi literackimi krytykami; a moje dzieci, Hana i Nicholas, pokazały mi, że każde pokolenie żyje w świecie zupełnie różnym od poprzedniego, i że każde życie jest unikatowe – to akt

kreacji dokonywany przez właściciela, zaprzeczający wyjaśnieniom li tylko genetyki, środowiska czy kultury.

Na koniec nie mogę zapomnieć o moich pacjentach (chciałbym wymienić Was wszystkich z nazwiska). To Wam dedykuję tę książkę. Nauczyliście mnie – bo to Wy byliście moim prawdziwym podręcznikiem – prawie wszystkiego, co wiem i afirmacji sił witalnych, które wszystkich nas pchają do tworzenia życia, które coś znaczy, niezależnie od przeszkód, jakie napotykamy na swojej drodze.

Załącznik

Kryteria zaproponowane dla rozpoznania posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych przyjęte na zasadzie konsensusu

Celem wprowadzenia do lecznictwa diagnozy DTD (Developmental Trauma Disorder, czyli posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych) było uchwycenie obrazu klinicznego dzieci i młodzieży narażonych na przewlekłą traumę rozwojową, a co za tym idzie pomoc klinicystom w opracowywaniu i stosowaniu skutecznych interwencji, a badaczom w badaniach nad neurobiologią i szerzeniem się przewlekłej przemocy interpersonalnej. Niezależnie od tego, czy wykazują objawy PTSD, dzieci dorastające w warunkach ciągłego zagrożenia, maltretowania i niewydolnego systemu opieki, nie otrzymują odpowiedniej pomocy w obecnym systemie diagnostycznym, który często nie pozwala na postawienie rozpoznania, stawia zbyt wiele niezwiązanych ze sobą diagnoz, ma na celu wyłącznie osiągnięcie kontroli behawioralnej, bez uznania traumy interpersonalnej i braku bezpieczeństwa za przyczyny objawów oraz nie przywiązuje uwagi do łagodzenia zaburzeń rozwojowych, które leżą u podstaw objawów.

Uzgodnione kryteria zaproponowane dla rozpoznania posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych opracowano i przedstawiono w lutym 2009 przez grupę zadaniową przy National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), pod kierownictwem Bessela A. van der Kolka i Roberta S. Pynoosa; w grupie uczestniczyli Dante Cicchetti, Marylene Cloitre, Wendy D'Andrea, Julian D. Ford, Alicia F. Lieberman, Frank W. Putnam, Glenn Saxe, Joseph Spinazzola, Bradley C. Stolbach i Martin Teicher.

Zaproponowane przez konsensus kryteria oparte są o wyczerpujący przegląd literatury doświadczalnej, ekspercką wiedzę kliniczną, sondaże klinicystów NCTSN i wstępne analizy danych od tysięcy dzieci w wielu ośrodkach klinicznych i opiekuńczych, takich jak ośrodki terapeutyczne NCTSN, stanowe

systemy opieki nad dzieckiem, szpitale psychiatryczne i zakłady poprawcze. Ze względu na to, że wiarygodność, częstość występowania, wartości progowe objawów i użyteczność kliniczna wymagają jeszcze oceny poprzez zebranie danych prospektywnych lub ich analizę, proponowanych kryteriów nie należy uznawać za formalną kategorię diagnostyczną, którą należałoby włączyć do DSM w podanym tu kształcie. To raczej próba opisu najważniejszych klinicznie objawów obecnych u wielu dzieci i nastolatków, które przeżyły złożoną traumę. Proponowane kryteria znalazły się u podstaw badań terenowych nad DTD, które zaczęły się w roku 2009 i trwają do dziś.

Uzgodnione kryteria zaproponowane dla rozpoznania posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych

A. Ekspozycja. Dziecko lub nastolatek w dzieciństwie lub we wczesnym okresie dojrzewania, przez okres co najmniej roku, doświadczyło/doswiadczył lub było/był świadkiem wielokrotnych lub długotrwałych negatywnych zdarzeń, takich jak:

   A. 1. Bezpośrednie doświadczenie lub bycie świadkiem powtarzających się i ciężkich epizodów przemocy interpersonalnej;

   A. 2. Znaczące zaburzenia opieki wynikające z powtarzających się zmian głównego opiekuna; powtarzające się epizody separacji od głównego opiekuna lub ekspozycja na ciężkie i długotrwałe maltretowanie psychiczne.

B. Zaburzenia regulacji afektywnej i fizjologicznej. Dziecko wykazuje upośledzenie normatywnych kompetencji rozwojowych związanych z kontrolą pobudzenia, w tym co najmniej dwóch spośrod poniższych:

   B. 1. Niezdolność do zmiany, tolerowania ani wyjścia z ekstremalnych stanów emocjonalnych (takich jak strach, gniew, wstyd), w tym przedłużających się i nasilonych napadów wściekłości albo unieruchomienia;

   B. 2. Zaburzenia regulacji funkcji somatycznych (na przykład przewlekłe zaburzenia snu, jedzenia i wydalania; wygórowane lub stłumione reakcje na dotyk i dźwięki; chaos przy rutynowych zmianach);

B. 3. Ograniczona świadomość/dysocjacja od wrażeń, emocji i stanów somatycznych;

B. 4. Upośledzona zdolność do opisywania emocji lub stanów somatycznych.

C. Dysregulacja uwagi i zachowania (ABD – Attentional and Behavioral Dysregulation): dziecko wykazuje upośledzenie normatywnych kompetencji rozwojowych związanych w utrzymaniem uwagi, uczeniem się albo radzeniem sobie ze stresem, w tym co najmniej trzy spośród poniższych:

C. 1. Zaabsorbowanie niebezpieczeństwem lub upośledzona zdolność do dostrzegania zagrożeń, w tym nieprawidłowe odczytywanie sygnałów bezpieczeństwa i zagrożenia;

C. 2. Upośledzona zdolność do samoochrony, w tym nadmierne ryzykanctwo lub poszukiwanie wrażeń;

C. 3. Nieskuteczne próby samouspokojenia (na przykład kiwanie się i inne rytmiczne ruchy, nałogowa masturbacja);

C. 4. Nawykowe (intencjonalne lub automatyczne) lub reaktywne samookaleczanie;

C. 5. Niezdolność do zapoczątkowania lub utrzymania zachowań ukierunkowanych na cel.

D. Dysregulacja jaźni i relacji. Dziecko przejawia nieprawidłowe normatywne kompetencje rozwojowe w zakresie poczucia tożsamości i zaangażowania w relacje, w tym przynajmniej trzy z poniższych:

D. 1. Silne zaabsorbowanie bezpieczeństwem opiekuna lub innych bliskich osób (w tym nad wiek rozwinięta opiekuńczość) lub trudności z akceptacją ponownego połączenia z nimi po okresie separacji;

D. 2. Ustawiczne negatywne emocje w stosunku do własnej osoby, w tym nienawiść do samego siebie, poczucie bezradności, bezwartościowości, nieudolności czy niepełnowartościowości;

D. 3. Ustawiczna i ekstremalna nieufność, bunt lub brak wzajemności w bliskich relacjach z dorosłymi lub rówieśnikami;

D. 4. Reaktywna agresja fizyczna lub słowna wobec rówieśników, opiekunów lub innych dorosłych;

D. 5. Niedostosowane (nadmierne lub bezładne) próby wejścia w intymne relacje (włączając w to kontakty fizyczne czy seksualne, lecz nie ograniczając się tylko do nich) albo nadmierne poleganie na rówieśnikach lub dorosłych, że zapewnią pociechę i bezpieczeństwo;

D. 6. Upośledzona zdolność do regulacji pobudzenia empatii, czego dowodem jest brak współczucia dla innych lub nietolerowanie u innych przejawów cierpienia albo przeciwnie – nadmierna reakcja na cierpienie innych.

E. Objawy ze spektrum stresu pourazowego. Dziecko wykazuje przynajmniej jeden z objawów, w co najmniej dwóch z trzech grup objawów PTSD – B, C i D.

F. Czas trwania zaburzeń (objawy z kryteriów DTD – B, C, D i E) – co najmniej 6 miesięcy.

G. Upośledzenie funkcjonalne. Zaburzenia wywołują znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie przynajmniej w dwóch z poniższych obszarów funkcjonowania:

- nauka,
- rodzina,
- grupa rówieśnicza,
- prawo,
- zdrowie,
- kwestie zawodowe (dla młodzieży pracującej, poszukującej pracy lub skierowanej do pracy, na wolontariat lub szkolenia).

Źródło: B. A. van der Kolk, *Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories*, „Psychiatric Annals”, 35, nr 5 (2005): 401–408.

Źródła

Ogólne informacje o traumie i jej leczeniu

- The Trauma Center at JRI. To serwis internetowy naszego ośrodka traumy (Trauma Center), którego jestem dyrektorem medycznym; liczne źródła informacji dla konkretnych grup, różne metody terapeutyczne, wykłady i szkolenia: www.traumacenter.org
- David Baldwin's Trauma Information Pages zapewniają informacje dla klinicystów i badaczy stresu pourazowego: www.trauma-pages.com
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN**)**. Skuteczne terapie dla młodzieży, trening traumy i działania edukacyjne; przeglądy działań dotyczących traumy dla rodziców, nauczycieli, sędziów, organizacji pomocy dzieciom, personelu wojskowego i terapeutów: www.nctsnet.org
- American Psychological Association. Źródło informacji dla ofiar traumy i ich najbliższych: www.apa.org/topics/trauma
- Averse Childhood Experiences (niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie). Wiele stron internetowych poświęconych jest badaniu ACE i jego skutków: www.acestoohigh.com/got-your-ace-score; www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy; http://acestudy.org
- Gift from Within PTSD – źródła dla ofiar i opiekunów: www.giftfromwithin.org
- There & Back Again to organizacja nonprofit wspierająca dobrostan żołnierzy. Jej zadaniem jest zapewnienie weteranom wojennym usług wspierających reintegrację: www.thereandbackagain.org
- HelpPRO Therapist Finder. Wyczerpujący spis miejscowych terapeutów specjalizujących się w leczeniu traumy i innych zaburzeń, zajmujących się konkretnymi grupami wiekowymi; wykaz możliwych metod płatności itp.: www.helppro.com
- Sidran Foundation – zawiera traumatyczne wspomnienia i ogólne informacje na temat radzenia sobie z traumą: www.sidran.org
- Elektroniczne czasopismo „Green Cross Academy of Traumatology", pod redakcją Charlesa Figley'a: www.greencross.org
- Baza danych PILOTS w Dartmouth to edytowalna baza światowej literatury na temat stresu pourazowego (PTSD), stworzona przez National Center for PTSD (krajowy ośrodek ds. PTSD): www.search.proquest.com/pilots/?accountid=28179

Źródła rządowe

- National Center for PTSD zawiera linki do *PTSD Research Quarterly* i wydziałów National Center, w tym do wydziału nauk behawioralnych, neurologii klinicznej i zdrowia kobiet: www.ptsd.va.gov
- Office for Victims of Crime (urząd ds. ofiar przestępstw) w departamencie sprawiedliwości (Department of Justice). Dostarcza różnorodnych informacji dla ofiar przestępstw, tak w USA; jak i poza granicami kraju, w tym National Directory of Victim Assistance Funding Opportunities zawierająca listę osób do kontaktu, adresów, numerów telefonów i adresów poczty elektronicznej federalnych programów grantowych, zapewniających pomoc ofiarom przestępstw, z podziałem na stany i terytoria: www.ojp .gov/ovc
- National Institutes of Mental Health (narodowe instytuty zdrowia psychicznego): www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml

Strony internetowe zajmujące się traumą i pamięcią

- Informacje na temat etapów zdrowienia, odzyskane wspomnienia oraz przystępny przegląd literatury dotyczącej pamięci traumy: www.jimhopper.com
- The Recovered Memory Project. Archiwum stworzone przez Rossa Cheita na Brown University: www.brown.edu/academics/taubman-center

Farmaceutyki

- O lekach w PTSD pola walki. Jonathan Shay, psychiatra w przychodni Boston VA: www.dr-bob.org/tips/ptsd.html; www.webmd.com/drugs/condition=1020-post+traumatic+stress+disorderaspx?diseaseid=10200diseasename=post+traumatic+stress+disorder

Fachowe organizacje zajmujące się ogólnymi badaniami i upowszechnianiem wiedzy o traumie

- International Society for Traumatic Stress Studies: www.istss.com
- European Society for Traumatic Stress Studies: www.estss.org
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD): www.isst-d.org

Fachowe organizacje zajmujące się konkretnymi metodami leczenia

- The EMDR International Association (EMDRIA): www.emdria.org
- Sensorimotor Institute (założony przez Pata Ogdena): www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html
- Somatic Experiencing (założona przez Petera Levine'a): www.traumahealing.com/somatic-experiencing/index.html
- Internal Family Systems Therapy: www.selfleadership.org
- Psychoterapia PBSP (system terapii psychomotorycznej Pesso Boyden): www.PBSP.com

Programy teatralne (wybór programów dla młodzieży, która przeżyła traumę)

- Urban Improv wykorzystuje warsztaty teatralnej improwizacji, by uczyć zapobiegania przemocy, rozwiązywania konfliktów i podejmowania decyzji: www.urbanimprov.org
- The Possibility Project. Based in NYC: www.the-possibility-project.org
- Shakespeare in the Courts: www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts

Joga i uważność

- www.givebackyoga.org
- www.kripalu.org
- www.mindandlife.org

Źródła polskie

Organizacje zajmujące się badaniami, upowszechnianiem wiedzy o traumie i jej leczeniem:
Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym
www.ptbst.org.pl
Polskie Towarzystwo Psychotraumatologii
www.psychotraumatologia.eu
Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją SWPS
www.swps.pl/nauka-i-badania/jednostki-badawcze/centrum-badan-nad-trauma-i-dysocjacja
Polskie Towarzystwo Terapeutyczne. Sekcja Terapii Osób z Zespołem Stresu Pourazowego
www.ptt-terapia.pl/sekcja-terapii-osob-z-zespolem-stresu-pourazowego/

Fundacja Pomorskie Centrum Psychotraumatologiczne
www.psychotraumatologia.com.pl
Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
www.fdds.pl
Kwartalnik „Dziecko krzywdzone”
www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK
Polskie Towarzystwo Terapii EMDR
www.emdr.org.pl
Polskie Stowarzyszenie Somatic Experiencing
www.facebook.com/PolskieStowarzyszenieSomaticExperiencing
Wrocławska Pracownia Psychoedukacji i Terapii „PLUS” Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
plus.wroc.pl/somatic-experiencing
Instytut Terapii Psychosomatycznej
www.interp.pl/somatic-experiencing
Terapia Traumy. Serwis edukacyjny na temat traumy
terapiatraumy.pl

Joga i uważność w Polsce

Ogólnopolski portal internetowy poswięcony jodze
www.joga-joga.pl
Polskie Towarzystwo Mindfulness
mindfulness.com.pl

Bibliografia

Postępowanie z dziećmi, które przeżyly traumę

- Blaustein Margaret, Kinniburgh Kristine, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*, Nowy Jork: Guilford, 2012.
- Hughes Daniel, *Building the Bonds of Attachment,* Nowy Jork: Jason Aronson, 2006.
- Perry Bruce, Szalavitz Maia, *The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*, Nowy Jork: Basic Books, 2006.
- Terr Lenore, *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*, Basic Books, 2008.
- Terr Lenore C., *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play,* Ed. by Eliana Gil, Nowy Jork: Guilford Press, 2011.
- Saxe Glenn, Ellis Heidi, Kaplow Julie, *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach*, Nowy Jork: Guilford Press, 2006.
- Lieberman Alicia, van Horn Patricia, *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, Nowy Jork: Guilford Press, 2011.

Psychoterapia

- Siegel Daniel J., *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*, Nowy Jork: Norton, 2010.
- Fosha D., Solomon Marion, Siegel Daniel J., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2009.
- Siegel David, Solomon M., *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2003.
- Courtois Christine, Ford Julian, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Nowy Jork: Guilford, 2013.
- Herman Judith, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*, Nowy Jork: Basic Books, 1992.

Neuronauka a trauma

- Panksepp Jaak, Biven Lucy, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2012.
- Davidson Richard, Begley Sharon, *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live – and How You Can Change Them*, Nowy Jork: Hachette, 2012.
- Porges Stephen, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2011.
- Fogel Alan, *Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2009.
- Shore Allan N., *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Nowy Jork: Psychology Press, 1994.

• Damasio Antonio R., *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness,* Houghton Mifflin Harcourt, 2000. Wydanie polskie; *Tajemnica świadomości. Ciało i emocje tworzą świadomość*, Poznań: Wydawnictwo Rebis, 2000

Terapie zorientowane na ciało

• Cozzolino Louis, *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*, wydanie drugie (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2010.
• Ogden Pat, Minton Kekuni, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Nowy Jork: Norton, 2008.
• Levine Peter A., *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley: North Atlantic, 2010. Wydanie polskie: Levine Peter A., *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odzyskuje zdrowie,* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2017.
• Levine Peter A., Frederic Ann, *Waking the Tiger: Healing Trauma.* Berkeley: North Atlantic, 2012, Wydanie polskie: Levine Peter A., *Obudźcie tygrysa*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2012
• Curran Linda, *101 Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward*, PESI, 2013.

EMDR

• Parnell Laura, *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*, Nowy Jork: Norton, 2013.
• Shapiro Francine, *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*, Emmaus, PA: Rodale, 2012. Wydanie polskie: Shapiro Francine, *Zostawić przeszłość w przeszłości*, Polskie Towarzystwo Terapii EMDR, 2017
• Shapiro Francine, Silk Forrest Margot, *EMDR: The Breakthrough „Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, Nowy Jork: Basic Books, 2004.

Praca z dysocjacją

• Schwartz Richard C., *Internal Family Systems Therapy* (The Guilford Family Therapy Series), Nowy Jork: Guilford, 1997.
• van der Hart Onno, Nijenhuis E. R. S., Steele Kathy, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, Nowy Jork: Norton, 2006.

Terapia par

• Gottman John, *The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples*, Nowy Jork: Norton, 2011.

Joga

• Emerson David, Hopper Elizabeth, *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*, Berkeley: North Atlantic, 2012.
• Cope Stephen, *Yoga and the Quest for the True Self*, Nowy Jork: Bantam Books, 1999.

Neurofeedback

• Fisher Sebern, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*, Nowy Jork: Norton, 2014.
• Demos John N., *Getting Started with Neurofeedback*, Nowy Jork: Norton, 2005.
• Evans James R., *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*, CRC Press, 2013.

Fizyczne skutki traumy

• Mate Gabor, *When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease Connection*, Nowy Jork: Random House, 2011.
• Sapolsky Robert, *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*, Nowy Jork: Macmillan 2004.

Medytacja i uważność

• Zinn Jon Kabat, Thich Nat Hanh, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, wydanie poprawione, Nowy Jork: Random House, 2009. Wydanie polskie: Zinn Jon Kabat, *Życie, piękna katastrofa. Mądrością ciała i umysłu możesz pokonać stres, choroby i ból*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2013.
• Kornfield Jack, *A Path with Heart: A Guide Through The Perils and Promises of Spiritual Life*, Nowy Jork: Random House, 2009.
• Goldstein Joseph, Kornfield Jack, *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*, Shambhala Publications, 2001.

Terapia psychomotoryczna

• Pesso Albert, Crandell John S., *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System-Psychomotor Therapy*, Brookline Books, 1991.
• Pesso Albert, *Experience In Action: A Psychomotor Psychology*, Nowy Jork: New York University Press, 1969.

Arcydzieło! Głęboko empatyczne, pełne wglądów i współczucia, wnosi perspektywę dalszego humanizowania leczenia, wzbogaca repertuar metod terapeutycznych i uczy samoregulacji w procesie leczenia. Powiew świeżego powietrza w świecie terapii.

prof. Jon Kabat-Zinn, twórca metody Mindfulness, MBSR

Fascynujący przegląd szerokiego wachlarza metod terapeutycznych, wskazujący czytelnikowi, jak zapoczątkować leczenie, odzyskać poczucie bezpieczeństwa i wydobyć się z głębokiego cierpienia.

dr Francine Shapiro, twórczyni terapii EMDR

Arcydzieło głębokiego rozumu i odważnego serca! Jedno z najinteligentniejszych i najbardziej pomocnych dzieł o traumie, jakie kiedykolwiek czytałem. Dr van der Kolk daje nam błyskotliwą syntezę przypadków klinicznych, neuronauki, potężnych narzędzi terapeutycznych i współczującego człowieczeństwa. To nowy poziom w leczeniu traumy, którą tak wielu nosi w sobie.

Jack Kornfield, nauczyciel medytacji, autor Mądrości serca

Majstersztyk doktora van der Kolka łączy nieposkromioną ciekawość naukowca, erudycję uczonego, i niezłomną pasję poszukiwacza prawdy.

Judith Hermann, psychiatra, autorka książki Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi

Przypisy końcowe

1. V. Felitti, *et al.*, *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, „American Journal of Preventive Medicine" 14, nr 4 (1998): 245–258. [wróć]
2. Święto niepodległości USA – przyp. tłum. [wróć]
3. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War*, Nowy Jork: P. Hoeber, 1941. Później odkryłem, że w czasach I i II wojny światowej wydano liczne podręczniki na temat traumy wojennej, ale – jak napisał w 1947 Abram Kardiner: „Kwestia neurotycznych zaburzeń w wyniku wojny w ostatnich dwudziestu pięciu latach w dużym stopniu podlegała kaprysom zainteresowania społecznego i fanaberiom psychiatrii. Ani społeczeństwo ani psychiatria nie interesują się już tym w takim stopniu, jak zaraz po I wojnie światowej. Dlatego te zaburzenia nie są przedmiotem ustawicznych badań". [wróć]
4. *Ibidem*, s. 7. [wróć]
5. B. A. van der Kolk, *Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder*, „Psychiatry" 48 (1985): 365–370. [wróć]
6. S. A. Haley, *When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran*, „Archives of General Psychiatry" 30 (1974): 191–196. [wróć]
7. E. Hartmann, B. A. van der Kolk i M. Olfield, *A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer*, „American Journal of Psychiatry" 138 (1981): 794–797; B. A. van der Kolk, *et al.*, *Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans*, „American Journal of Psychiatry" 141 (1984): 187–190. [wróć]
8. B. A. van der Kolk i C. Ducey, *The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD*, „Journal of Traumatic Stress" 2 (1989): 259–274. [wróć]
9. Najdłuższa bitwa armii amerykańskiej w II wojnie światowej, od 13 IX 1944 do 10 II 1945 – przyp. tłum. [wróć]
10. W przeciwieństwie do normalnych wspomnień, wspomnienia traumatyczne to bardziej fragmenty wrażeń, emocji, reakcji i obrazów, które są wciąż na nowo przeżywane w teraźniejszości. Badania wspomnień z Holocaustu prowadzone na Uniwersytecie Yale przez Dori Laub i Nanette C. Auerhahn, jak również książka Lawrence'a L. Langera *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory*, a przede wszystkim opisy Pierre'a Janeta z 1889, 1893 i 1905 na temat natury traumatycznych wspomnień pomogło nam uporządkować to, co widzieliśmy. Będziemy je omawiać w rozdziale o pamięci. [wróć]

11. D. J. Henderson, *Incest*, [w:] *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A. M. Freedman i H. I. Kaplan (red.), wyd. 2, Baltimore: Williams & Wilkins, 1974, s. 1536. [wróć]
12. *Ibidem*. [wróć]
13. K. H. Seal, *et al.*, *Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities*, „Archives of Internal Medicine" 167, nr 5 (2007): 476–482; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie i C. S. Milliken, *Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan*, „Journal of the American Medical Association" 295, nr 9 (2006): 1023–1032. [wróć]
14. D. G. Kilpatrick i B. E. Saunders, *Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report*, Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997. [wróć]
15. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2007*, 2009. Patrz też: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, *Child Maltreatment 2010*, 2011. [wróć]
16. G. Ross Baker, *et al.*, *The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada*, „Canadian Medical Association Journal" 170, nr 11 (2004): 1678–1686; A.C. McFarlane, *et al.*, *Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population*, „Journal of Traumatic Stress" 14, nr 4 (2001): 633–645; Kim T. Mueser, *et al.*, *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 66, nr 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org. [wróć]
17. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, przeł. J. Zinkin, Waszyngton: International Universities Press, 1950, s. 227. [wróć]
18. L. Grinspoon, J. Ewalt i R. I. Shader, *Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry" 124, nr 12 (1968): 1645–1652. Patrz też:: L. Grinspoon, J. Ewalt i R. I. Shader, *Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1972. [wróć]
19. T. R. Insel, *Neuroscience: Shining Light on Depression*, „Science" 317, nr 5839 (2007): 757–758. Patrz też:: C. M. France, P. H. Lysaker i R. P. Robinson, *The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications*, „Professional Psychology: Research and Practice" 38 (2007): 411–420. [wróć]
20. B. J. Deacon i J. J. Lickel, *On the Brain Disease Model of Mental Disorders*, „Behavior Therapist" 32, nr 6 (2009). [wróć]
21. J. O. Cole, *et al.*, *Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)*, [w:] *Tardive Dyskinesia, Research and Treatment*, R. C. Smith, J. M. Davis i W. E. Fahn (red.), Nowy Jork: Plenum, 1979. [wróć]

22. E. F. Torrey, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis*, Nowy Jork: John Wiley & Sons, 1997). Jednakże równie ważne były inne czynniki, takie jak Community Mental Health Act prezydenta Kennedy'ego z 1963, w którym rząd federalny przejął płatności za opiekę psychiatryczną i który nagradzał stany za leczenie osób chorych psychicznie w ich środowisku, metodą ambulatoryjną. [wróć]

23. Komitet ds. Nomenklatury Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Grupa robocza ds. przeglądu DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Publishing, 1980. [wróć]

24. S. F. Maier i M. E. Seligman, *Learned Helplessness: Theory and Evidence*, „Journal of Experimental Psychology: General" 105, nr 1 (1976): 3; patrz też: M. E. Seligman, S. F. Maier i J. H. Geer, *Alleviation of Learned Helplessness in the Dog*, „Journal of Abnormal Psychology" 73, nr 3 (1968): 256; oraz R. L. Jackson, J. H. Alexander i S. F. Maier, *Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning*, „Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes" 6, no. 1 (1980): 1. [wróć]

25. G. A. Bradshaw i A. N. Schore, *How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context*, „Ethology" 113 (2007): 426–436. [wróć]

26. D. Mitchell, S. Koleszar i R. A. Scopatz, *Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory*, „Learning and Motivation" 15 (1984): 287–301. Patrz też: D. Mitchell, E. W. Osborne i M. W. O'Boyle, *Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze*, „Behavioral and Neural Biology" 43 (1985): 212–217. [wróć]

27. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress*, „Biological Psychiatry" 20 (1985): 414–425. [wróć]

28. C. Hedges, *War Is a Force That Gives Us Meaning*, Nowy Jork: Random House Digital, 2003. [wróć]

29. B. A. van der Kolk, *The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism*, „Psychiatric Clinics of North America: 12 (1989): 389–411. [wróć]

30. R. L. Solomon, *The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain*, „American Psychologist" 35 (1980): 691–712. [wróć]

31. H. K. Beecher, *Pain in Men Wounded in Battle*, „Annals of Surgery" 123, nr 1 (styczeń 1946): 96–105. [wróć]

32. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder*, „Psychopharmacology Bulletin" 25 (1989): 117–121. Patrz też: R. K. Pitman, *et al.*, *Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder*, „Archives of General Psychiatry" 47 (1990): 541–547; oraz Solomon, *Opponent-Process Theory of Acquired Motivation*. [wróć]

33. J. A. Gray i N. McNaughton, *The Neuropsychology of Anxiety: Reprise*, [w:] *Nebraska Symposium on Motivation*, University of Nebraska Press, 1996, s. 43, 61–134. Patrz też: C. G. DeYoung i J. R. Gray, *Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition*, [w:] *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (2009), s. 323–346. [wróć]

34. M. J. Raleigh, *et al.*, *Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys*, „Archives of General Psychiatry" 41 (1984): 505–510. [wróć]

35. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Fluoxetine in Post Traumatic Stress*, „Journal of Clinical Psychiatry" (1994): 517–522. [wróć]

36. Dla tych spośród was, którzy kochają Rorschacha, to odwróciło stosunek sygnatur C + CF/FC. [wróć]

37. Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent*, AuthorHouse, 2005; Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, Nowy Jork: Random House, 2011. [wróć]

38. Wrócimy do tej kwestii w rozdziale 15., w którym omówimy nasze badanie porównujące prozak z EMDR, gdzie w leczeniu depresji (a przynajmniej tej związanej z traumą wieku dorosłego) EMDR dawało lepsze efekty odległe niż prozak. [wróć]

39. J. M. Zito, *et al.*, *Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine" 157 (styczeń 2003): 17–25. [wróć]

40. en.wikipedia.org/ wiki/ List_ of_ largest_ selling_ pharmaceutical_ products. [wróć]

41. Lucette Lagnado, *U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children*, „Wall Street Journal", 11 sierpnia 2013. [wróć]

42. Katie Thomas, *J. & J. to Pay $2.2 Billion in Risperdal Settlement*, „New York Times", 4 listopada 2013. [wróć]

43. M. Olfson, *et al.*, *Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry" 49, nr 1 (2010): 13–23. [wróć]

44. M. Olfson, *et al.*, *National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs*, „Archives of General Psychiatry" 63, nr 6 (2006): 679. [wróć]

45. A. J. Hall, *et al.*, *Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities*, „Journal of the American Medical Association" 300, nr 22 (2008): 2613–2620. [wróć]

46. W ostatnim dziesięcioleciu dwójka redaktorów naczelnych najbardziej znanego pisma naukowego w Stanach Zjednoczonych – „New England Journal of Medicine", dr Marcia Angell i dr Arnold Relman, zrezygnowała ze stanowiska ze względu na zbyt uprzywilejowaną pozycję firm farmaceutycznych w stosunku do badań naukowych, szpitali i lekarzy. W liście do „New York Timesa" opublikowanym 28 grudnia 2004 Angell i Relman pisali, że w poprzednim roku jedna z firm farmaceutycznych wydała 28 procent (ponad 6 mld dolarów)

dochodu na marketing i działania administracyjne, a tylko połowę tej kwoty na badania i rozwój; typowym dla przemysłu farmaceutycznego było zatrzymywanie 30 procent zysku netto. W podsumowaniu redaktorzy pisali: „Lekarze powinni zerwać z zależnością od przemysłu farmaceutycznego i sami finansować badania". Niestety, jest to tak prawdopodobne jak to, że politycy zerwą ze sponsorami finansującymi ich kampanie wyborcze. [wróć]

47. B. Roozendaal, B. S. McEwen i S. Chattarji, *Stress, Memory and the Amygdala*, „Nature Reviews Neuroscience" 10, nr 6 (2009): 423–433. [wróć]

48. Tłum. Leon Ulrich – przyp. red. [wróć]

49. R. Joseph, *The Right Brain and the Unconscious*, Nowy Jork: Plenum Press, 1995. [wróć]

50. Film *The Assault* (na podstawie powieści Harry'ego Mulischa pod tym samym tytułem), zdobywca Oscara dla najlepszego filmu nieanglojęzycznego w 1986, to świetna ilustracja tego, jak siła głębokich emocjonalnych śladów z wczesnego dzieciństwa wpływa na wielkie pasje w dorosłym życiu. [wróć]

51. To podstawa terapii poznawczo-behawioralnej. Patrz: Foa, Friedman i Keane, 2000 *Treatment Guidelines for PTSD*. [wróć]

52. R. Sperry, *Changing Priorities*, „Annual Review of Neuroscience" 4 (1981): 1–15. [wróć]

53. A. A. Lima, *et al.*, *The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Psychiatric Research" 44, nr 4 (marzec 2010): 224–228. [wróć]

54. P. Janet, *L'automatisme psychologique*, Paryż: Felix Alcan, 1889. [wróć]

55. R. R. Llinas, *I of the Vortex: From Neurons to Self*, Cambridge, MA: MIT Press, 2002. Patrz też: R. Carter i C. D. Frith, *Mapping the Mind*, Berkeley: University of California Press, 1998; R. Carter, *The Human Brain Book*, Penguin, 2009; oraz J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain*, New York: Pantheon Books, 2001, s. 179. [wróć]

56. B. D. Perry, *et al.*, *Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits*, „Infant Mental Health Journal" 16, nr 4 (1995): 271–291. [wróć]

57. Jestem dłużnikiem mojego świętej pamięci przyjaciela, Davida Servan-Schreibera, który pierwszy wprowadził ten podział w swojej książce *The Instinct to Heal*. [wróć]

58. E. Goldberg, *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind*, Londyn, Oxford University Press, 2001. [wróć]

59. G. Rizzolatti i L. Craighero, *The Mirror-Neuron System*, „Annual Review of Neuroscience" 27 (2004): 169–192. Patrz też: M. Iacoboni, *et al.*, *Cortical Mechanisms of Human Imitation*, „Science" 286, nr 5449 (1999): 2526–2528; C. Keysers i V. Gazzola, *Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans*, „Current Biology" 20, nr 8 (2010): 353–354; J. Decety i P. L. Jackson, *The Functional Architecture of Human Empathy*, „Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews" 3 (2004): 71–100; M. B. Schippers, *et al.*, *Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 107, nr 20 (2010): 9388–9393; oraz A. N. Meltzoff i J. Decety, *What*

Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience, „Philosophical Transactions of the Royal Society, London" 358 (2003): 491–500. [wróć]

60. D. Goleman, *Emotional Intelligence*, Nowy Jork: Random House, 2006. Patrz też: V. S. Ramachandran, *Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution*, „Edge" (31 maja 2000), http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution (wycofane 13. kwietnia 2013). [wróć]

61. G. M. Edelman i J. A. Gally, *Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function*, „Frontiers in Integrative Neuroscience" 7 (2013). [wróć]

62. J. LeDoux, *Rethinking the Emotional Brain*, „Neuron" 73, nr 4 (2012): 653–676. Patrz też: J.S. Feinstein, *et al.*, *The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear*, „Current Biology" 21, nr 1 (2011): 34–38. [wróć]

63. Przyśrodkowa kora przedczołowa należy do środkowej części mózgu (neurolodzy nazywają te struktury pośrodkowymi). Ten obszar obejmuje powiązane struktury: korę oczodołowo-przedczołową, dolną i grzbietową przyśrodkową korę przedczołową oraz duży obszar nazywany przednim zakrętem obręczy; wszystkie są zaangażowane w monitorowanie wewnętrznego stanu organizmu i wybór właściwych reakcji na bodźce. Patrz też na przykład D. Diorio, V. Viau i M. J. Meaney, *The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress*, „Journal of Neuroscience" 13, nr 9 (wrzesień 1993): 3839–3847; J. P. Mitchell, M. R. Banaji i C. N. Macrae, *The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 17, nr 8 (2005): 1306–1315; A. D'Argembeau, *et al.*, *Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views*, „Cerebral Cortex" 22 (marzec 2012): 659–667; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, *Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex*, „Neuroscience Letters" 163 (1993): 109–113; L. M. Shin, S. L. Rauch i R. K. Pitman, *Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1071, nr 1 (2006): 67–79; L. M. Williams, *et al.*, *Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear*, „Neuroimage" 29, nr 2 (2006): 347–357; M. Koenig i J. Grafman, *Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala*, „Neuroscientist" 15, nr 5 (2009): 540–548; oraz M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez i G. J. Quirk, *Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner*, „Behavioral Neuroscience" 118, nr 2 (2004): 389. [wróć]

64. B. A. van der Kolk, *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1071 (2006): 277–293. [wróć]

65. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, Nowy Jork, Springer, 1990. [wróć]

66. Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009. [wróć]

67. Rita Carter i Christopher D. Frith, *Mapping the Mind*, Berkeley: University of California Press, 1998. Patrz też: A. Bechara, *et al.*, *Insensitivity to Future*

Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex, „Cognition" 50, nr 1 (1994): 7–15; A. Pascual-Leone, *et al.*, *The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning*, „Experimental Brain Research" 107, nr 3 (1996): 479–485; oraz S. C. Rao, G. Rainer i E. K. Miller, *Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex*, „Science" 276, nr 5313 (1997): 821–824. [wróć]

68. H. S. Duggal, *New-Onset PTSD After Thalamic Infarct*, „American Journal of Psychiatry" 159, nr 12 (2002): 2113-a. Patrz też: R. A. Lanius, *et al.*, *Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation*, „American Journal of Psychiatry" 158, nr 11 (2001): 1920–1922; oraz I. Liberzon, *et al.*, *Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback*, „Depression and Anxiety" 4, no. 3 (1996): 146–150. [wróć]

69. R. Noyes Jr. and R. Kletti, *Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger*, „Comprehensive Psychiatry" 18, nr 4 (1977): 375–384. Patrz też: M. Sierra i G. E. Berrios, *Depersonalization: Neurobiological Perspectives*, „Biological Psychiatry" 44, nr 9 (1998): 898–908. [wróć]

70. D. Church, *et al.*, *Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study*, „Traumatology" 18, nr 3 (2012): 73–79; oraz D. Feinstein i D. Church, *Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions*, „Review of General Psychology" 14, nr 4 (2010): 283–295. Patrz też: www.vetcases.com. [wróć]

71. C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Londyn: Oxford University Press, 1998 (wyd polskie: *O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998). [wróć]

72. *Ibidem*, s. 71. [wróć]

73. *Ibidem*. [wróć]

74. *Ibidem*., s. 71–72. [wróć]

75. P. Ekman, *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978. Patrz też: C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)*, Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979. [wróć]

76. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, Nowy Jork: WW Norton & Company, 2011. [wróć]

77. *This is Stephen Porges's and Sue Carter's name for the ventral vagal system*. http://www.pesi.com/ bookstore/A_Neural_ Love_ Code__ The_ Body_ s_ Need_ to_ Engage_ and_ Bond- details.aspx [wróć]

78. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (t. 1: *The Positive Affects*), Nowy Jork: Springer, 1962; S.S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness* (t. 2: *The Negative Affects*), New York: Springer, 1963. [wróć]

79. P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*, Nowy Jork: Macmillan, 2007; P. Ekman,

The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village, Nowy Jork: Garland STPM Press, 1980. [wróć]

80. Patrz też na przykład B. M. Levinson, *Human/Companion Animal Therapy*, „Journal of Contemporary Psychotherapy" 14, nr 2 (1984): 131–144; D. A. Willis, *Animal Therapy*, „Rehabilitation Nursing" 22, nr 2 (1997): 78–81; oraz A. H. Fine, ed., *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*, Academic Press, 2010. [wróć]

81. P. Ekman, R. W. Levenson i W. V. Friesen, *Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions*, „Science" 221 (1983): 1208–1210. [wróć]

82. J. H. Jackson, *Evolution and Dissolution of the Nervous System*, [w:] *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, J. Taylor (red.), Londyn: Stapes Press, 1958, s. 45–118. [wróć]

83. Porges uświadomił mi tę analogię ze sklepem zoologicznym. [wróć]

84. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt i A. K. Maiti, *Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion*, [w:] *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*, N. A.Fox (red.), Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59 (2–3, nr 240), 1994, s. 167–186. http:// www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation-Considerations/dp/ 0226259404). [wróć]

85. V. Felitti, *et al.*, *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, „American Journal of Preventive Medicine" 14, nr 4 (1998): 245–258. [wróć]

86. S. W. Porges, *Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory*, „Psychophysiology" 32 (1995): 301–318. [wróć]

87. K. L. Walsh, *et al.*, *Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women*, „Journal of Child Sexual Abuse" 16, nr 1 (2007): 1–17. [wróć]

88. A. C. McFarlane, *The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical and Psychological Consequences*, „World Psychiatry" 9, nr 1 (2010): 3–10. [wróć]

89. W. James, *What Is an Emotion?*, „Mind" 9: 188–205. [wróć]

90. R. L. Bluhm, *et al.*, *Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma*, „Journal of Psychiatry & Neuroscience" 34, nr 3 (2009): 187. Patrz też: J. K. Daniels, *et al.*, *Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity*, „Journal of Psychiatry & Neuroscience" 35, nr 4 (2010): 258. [wróć]

91. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Nowy Jork: Hartcourt Brace, 1999. Tak naprawdę Damasio mówi: „Świadomość wymyślono, byśmy mogli poznać życie", s. 31. [wróć]

92. Damasio, *The Feeling of What Happens*, *op. cit.*, s. 28. [wróć]

93. *Ibidem*, s. 29. [wróć]

94. A. Damasio, *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*, Nowy Jork, Random House Digital, 2012, s. 17. [wróć]

95. Damasio, *The Feeling of What Happens*, *op. cit.*, s. 256. [wróć]

96. Antonio R. Damasio, *et al.*, *Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions*. „Nature Neuroscience" 3, t. 10 (2000): 1049–1056. [wróć]

97. A. A. T. S. Reinders, *et al.*, *One Brain, Two Selves*, „NeuroImage" 20 (2003): 2119–2125. Patrz też: E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart i K. Steele, *The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders*, [w:] *Biological Psychiatry*, t. 2, H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer i P. Willner (red.), West Sussex, UK: Wiley, 2002, s. 1079–1198; J. Parvizi i A. R. Damasio, *Consciousness and the Brain Stem*, „Cognition" 79 (2001): 135–159; F. W. Putnam, *Dissociation and Disturbances of Self*, [w:] *Dysfunctions of the Self*, t. 5, D. Cicchetti i S. L. Toth (red.), Nowy Jork: University of Rochester Press, 1994, s. 251–265; oraz F.W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*, Nowy Jork: Guilford, 1997. [wróć]

98. A. D'Argembeau, *et al.*, *Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 19, nr 6 (2007): 935–944. Patrz też: N. A. Farb, *et al.*, *Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 2, nr 4 (2007): 313–322; oraz B. K. Holzel, *et al.*, *Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 3, nr 1 (2008): 55–61. [wróć]

99. P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body*, Berkeley: North Atlantic Books, 2008; oraz P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley: North Atlantic Books, 2010. [wróć]

100. P. Ogden i K. Minton, *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*, „Traumatology" 6, nr 3 (2000): 149–173; oraz P. Ogden, K. Minton i C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy,* Norton Series on Interpersonal Neurobiology, Nowy Jork: WW Norton & Company, 2006. [wróć]

101. D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness*, Nowy Jork: Guilford Press, 2001. [wróć]

102. Na ten temat istnieją niezliczone prace badawcze. Niewielka próbka do lektury: J. Wolfe, *et al.*, *Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 62, nr 6 (1994): 1235–1240; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin i E. B. Foa, *PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault*, „Journal of Traumatic Stress" 13, nr 4 (2000): 635–649; E. M. Sledjeski, B. Speisman i L. C. Dierker, *Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)*, „Journal of Behavioral Medicine" 31 (2008): 341–449; J. A. Boscarino, *Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1032

(2004): 141–153; M. Cloitre, *et al.*, *Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse*, „Women & Health" 34, nr 3 (2001): 1–17; D. Lauterbach, R. Vora i M. Rakow, *The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems*, „Psychosomatic Medicine" 67, nr 6 (2005): 939–947; B. S. McEwen, *Protective and Damaging Effects of Stress Mediators*, „New England Journal of Medicine" 338, nr 3 (1998): 171–179; P. P. Schnurr i B. L. Green, *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, Waszyngton: American Psychological Association, 2004. [wróć]

103. P. K. Trickett, J. G. Noll i F. W. Putnam, *The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study*, „Development and Psychopathology" 23, nr 2 (2011): 453. [wróć]

104. K. Kosten i F. Giller Jr., *Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 5, nr 4 (październik 1992): 563–573. [wróć]

105. G. J. Taylor i R. M. Bagby, *New Trends in Alexithymia Research*, „Psychotherapy and Psychosomatics" 73, nr 2 (2004): 68–77. [wróć]

106. R. D. Lane, *et al.*, *Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia*, „Psychosomatic Medicine" 58, nr 3 (1996): 203–210. [wróć]

107. H. Krystal i J. H. Krystal, *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*, Nowy Jork: Analytic Press, 1988. [wróć]

108. P. Frewen, *et al.*, *Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Abnormal Psychology" 117, nr 1 (2008): 171–181. [wróć]

109. D. Finkelhor, R. K. Ormrod i H. A. Turner, *Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth*, „Child Abuse & Neglect" 31, nr 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll i N. J. Keogh, *Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment*, „Journal of Traumatic Stress" 17, nr 2 (2004): 173–181; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor i B.C. Frueh, *Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents*, „Journal of Adolescent Health" 46, nr 6 (2010): 545–552. [wróć]

110. P. Schilder, *Depersonalization*, [w:] *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*, nr 50, Nowy Jork: International Universities Press, 1952, s. 120. [wróć]

111. S. Arzy, *et al.*, *Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage*, „Archives of Neurology" 63, nr 7 (2006): 1022–1025. Patrz też: S. Arzy *et al.*, *Induction of an Illusory Shadow Person*, „Nature" 443, nr 7109 (2006): 287; S. Arzy *et al.*, *Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area*, „Journal of Neuroscience" 26, nr 31 (2006): 8074–8081; O. Blanke *et al.*, *Out-of-Body Experience and Autoscopy of Neurological Origin*, „Brain" 127, cz. 2 (2004): 243–258; oraz M. Sierra, *et al.*, *Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale*, „Psychological Medicine" 35 (2005): 1523–1532. [wróć]

112. A. A. T. Reinders, *et al.*, *Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study*, „Biological Psychiatry" 60, nr 7 (2006): 730–740. [wróć]

113. W swojej książce *Focusing* Eugene Gendlin ukuł termin „odczuwane wrażenie": „Odczuwane wrażenie nie jest doświadczeniem psychicznym lecz fizycznym. To odczuwanie sytuacji, osoby albo zdarzenia swoim ciałem"; E. Gendlin, *Focusing*, Nowy Jork, Random House Digital, 1982. [wróć]

114. C. Steuwe, *et al.*, *Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 9, nr 1 (styczeń 2012): 88–97. [wróć]

115. N. Murray, E. Koby i B. van der Kolk, *The Effects of Abuse on Children's Thoughts*, rozdział 4 w *Psychological Trauma*, Waszyngton: American Psychiatric Press, 1987. [wróć]

116. Badaczka więzi, Mary Main, opowiedziała sześciolatkom historię o dziecku, którego mama wyjechała daleko, i poprosiła, żeby dokończyły opowieść. Większość dzieci, które w niemowlęctwie miały bezpieczną więź ze swoimi matkami, opowiadała jakąś bajeczkę ze szczęśliwym zakończeniem, tymczasem dzieci, które pięć lat wcześniej oceniono jako pozostające w chaotycznej relacji, miały raczej katastroficzne fantazje i często dawały przerażone odpowiedzi typu „rodzice umrą" albo „dziecko się zabije". W książce Mary Main, Nancy Kaplan i Jude Cassidy *Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation*, „Monographs of the Society for Research in Child Development" (1985). [wróć]

117. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, t. 1, *Attachment*, Nowy Jork Random House, 1969; J. Bowlby, *Attachment and Loss*, t. 2, *Separation: Anxiety and Anger*, Nowy Jork: Penguin, 1975; J. Bowlby, *Attachment and Loss*, t. 3, *Loss: Sadness and Depression*, Nowy Jork: Basic, 1980; J. Bowlby, *The Nature of the Child's Tie to His Mother 1*, „International Journal of Psycho-Analysis" 1958, 39, 350–373. [wróć]

118. C. Trevarthen, *Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication*, „Muisae Scientiae", wyd. specjalne, 1999, 157–213. [wróć]

119. A. Gopnik i A. N. Meltzoff, *Words, Thoughts, and Theories*, Cambridge: MIT Press, 1997; A. N. Meltzoff i M. K. Moore, *Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures*, „Child Development" 54, nr 3 (czerwiec 1983): 702–709; A. Gopnik, A. N. Meltzoff i P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn*, Nowy Jork: HarperCollins, 2009. [wróć]

120. E. Z. Tronick, *Emotions and Emotional Communication in Infants*, „American Psychologist" 44, nr 2 (1989): 112. Patrz też: E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, Nowy Jork, WW Norton & Company, 2007; E. Tronick and M. Beeghly, *Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems*, „American Psychologist" 66, nr 2 (2011): 107; oraz A. V. Sravish, *et al.*, *Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization*, „Infant Behavior and Development" 36, nr 3 (2013): 432–437. [wróć]

121. M. Main, *Overview of the Field of Attachment*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 64, nr 2 (1996): 237–243. [wróć]

122. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*, Nowy Jork: Psychology Press, 1971. Patrz też: D. W. Winnicott, *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, 1965; oraz D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-analysis: Collected Papers*, Nowy Jork: Brunner/Mazel, 1975. [wróć]

123. Jak widzieliśmy w rozdziale dziewiątym i jak wykazał Damasio, wrażenie rzeczywistości wewnętrznej przynajmniej częściowo ma swe korzenie w wyspie – części mózgu odgrywającej kluczową rolę w komunikacji ciało–umysł, często uszkodzonej u osób, które przeżyły długotrwałą traumę. [wróć]

124. D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation*, Londyn: Tavistock, 1956, s. 300–305. [wróć]

125. S. D. Pollak, *et al.*, *Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect*, „Developmental Psychology" 36, nr 5 (2000): 679. [wróć]

126. P. M. Crittenden, *IV Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children*, „Disorders and Dysfunctions of the Self" 5 (1994): 79; P. M. Crittenden i A. Landini, *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*, Nowy Jork: WW Norton & Company, 2011. [wróć]

127. Patricia M. Crittenden, *Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory*, „Child Abuse & Neglect" 16, nr 3 (1992): 329–343. [wróć]

128. Main, *op. cit.* [wróć]

129. *Ibidem*. [wróć]

130. *Ibidem*. [wróć]

131. E. Hesse i M. Main, *Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations*, „Development and Psychopathology" 18, nr 2 (2006): 309–343. Patrz też: E. Hesse i M. Main, *Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies*, „Journal of the American Psychoanalytic Association" 48, nr 4 (2000): 1097–1127. [wróć]

132. Main, *Overview of the Field of Attachment*, *op. cit.* [wróć]

133. Hesse i Main, *op. cit.*, s. 310. [wróć]

134. Zajmowaliśmy się tym z biologicznego punktu widzenia, gdy omawialiśmy „unieruchomienie bez strachu" w rozdziale 5. S. W. Porges, *Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory*, „Psychophysiology" 32 (1995): 301–318. [wróć]

135. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel i M. Bakermans-Kranenburg, *Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae*, „Development and Psychopathology" 11 (1999): 225–249. [wróć]

136. Ijzendoorn, *op. cit.* [wróć]

137. N. W. Boris, M. Fueyo i C. H. Zeanah, *The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five*, „Journal of the American Academy of Child &

Adolescent Psychiatry" 36, nr 2 (1997): 291–293; K. Lyons-Ruth, *Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 64, nr 1 (1996), 64. [wróć]

138. Stephen W. Porges, *et al.*, *Infant Regulation of the Vagal 'Brake' Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior*, „Developmental Psychobiology" 29, no. 8 (1996): 697–712. [wróć]

139. Louise Hertsgaard, *et al.*, *Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/ Disoriented Attachment Relationships*, „Child Development" 66, nr 4 (1995): 1100–1106; Gottfried Spangler i Klaus E. Grossmann, *Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants*, „Child Development" 64, nr 5 (1993): 1439–1450. [wróć]

140. Main i Hesse, *op. cit.*; M. H. van Ijzendoorn, *et al.*, *Disorganized Attachment in Early Childhood*, op. cit. [wróć]

141. B. Beebe i F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*, Nowy Jork: Routledge, 2013; B. Beebe, F. Lachmann i J. Jaffe, *Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations*, „Psychoanalytic Dialogues" 7, nr 2 (1997): 133–182. [wróć]

142. R. Yehuda, *et al.*, *Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors*, „American Journal of Psychiatry" 155, nr 9 (1998): 1163–1171. Patrz też: R. Yehuda, *et al.*, *Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring*, „American Journal of Psychiatry" 155, nr 6 (1998): 841–843; R. Yehuda, *et al.*, *Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors*, „Archives of General Psychiatry" 64, nr 9 (2007): 1040; oraz R. Yehuda, *et al.*, *Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors*, „Journal of Psychiatric Research" 42, nr 13 (2008): 1104–1111. [wróć]

143. R. Yehuda, *et al.*, *Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" 90 (2005): 4115–4118. [wróć]

144. G. Saxe, *et al.*, *Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry" 40, nr 8 (2001): 915–921. Patrz też: G. N. Saxe, *et al.*, *Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns*, „American Journal of Psychiatry" 162, nr 7 (2005): 1299–1304. [wróć]

145. C. M. Chemtob, Y. Nomura i R. A. Abramovitz, *Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine" 162, nr 2 (2008): 126. Patrz też: P. J. Landrigan, *et al.*, *Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women*, „Mount Sinai Journal of Medicine" 75, nr 2 (2008): 129–134. [wróć]

146. D. Finkelhor, R. K. Ormrod i H. A. Turner, *Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort*, „Development and Psychopathology" 19, nr 1 (2007): 149–166; J. D. Ford, *et al.*, *Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents*, „Journal of Adolescent Health" 46, nr 6

(2010): 545–552; J. D. Ford, *et al.*, *Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians*, „Journal of Clinical Psychiatry" 74, nr 8 (2013): 841–849. [wróć]

147. Family Pathways Project, http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx. [wróć]

148. K. Lyons-Ruth i D. Block, *The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment*, „Infant Mental Health Journal" 17, nr 3 (1996): 257–275. [wróć]

149. K. Lyons-Ruth, *The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/ Helpless Relational Processes*, „Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy" 2 (2003): 105. [wróć]

150. G. Whitmer, *On the Nature of Dissociation*, „Psychoanalytic Quarterly" 70, nr 4 (2001): 807–837. Patrz też: K. Lyons-Ruth, *The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes*, „Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy" 2, nr 4 (2002): 107–119. [wróć]

151. Mary S. Ainsworth i John Bowlby, *An Ethological Approach to Personality Development*, „American Psychologist" 46, nr 4 (kwiecień 1991): 333–341. [wróć]

152. K. Lyons-Ruth i D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, *Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research*, „Journal of the American Psychoanalytic Association" 51, nr 3 (2003): 883–911. [wróć]

153. L. Dutra, *et al.*, *Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation*, „Journal of Nervous and Mental Disease" 197, nr 6 (2009): 383. Patrz też: K. Lyons-Ruth, *et al.*, *Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood*, „Psychiatry Research" 206, nr 2–3 (kwiecień 30, 2013): 273–281. [wróć]

154. Meta-analizę względnego wpływu chaotycznych więzi i maltretowania w dzieciństwie można znaleźć w: C. Schuengel, *et al.*, *Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 67, nr 1 (1999): 54. [wróć]

155. K. Lyons-Ruth i D. Jacobvitz, *Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood*, [w:]*Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, wyd. 2, J. Cassidy i R. Shaver (red.), Nowy Jork: Guilford Press, 2008, s. 666–697. Patrz też: E. O'connor, *et al.*, *Risks and Outcomes Associated with Disorganized/ Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development*, „Infant Mental Health Journal" 32, nr 4 (2011): 450–472; oraz K. Lyons-Ruth, *et al.*, *Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury*. [wróć]

156. Na tym etapie mamy niewiele informacji o tym, jakie czynniki wpływają na ewolucję tych zaburzeń regulacyjnych, ale zachodzące zmiany w życiu, jakość innych relacji, a być może także czynniki genetyczne mogą modyfikować je

w czasie. Z pewnością niezwykle istotne jest zbadanie, do jakiego stopnia spójna i skupiona na dziecku opieka zastępcza może zmienić konstrukcję systemów biologicznych u dzieci, które we wczesnym dzieciństwie były wykorzystywane lub zaniedbywane. [wróć]

157. E. Warner, *et al.*, *Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings*, „Journal of Family Violence" 28, nr 7 (2003): 729–738. [wróć]

158. W. H. Auden, *The Double Man*, Nowy Jork: Random House, 1941, [wróć]

159. S. N. Wilson, *et al.*, *Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation*, „Psychosomatics" 40, nr 3 (1999): 222–225. Patrz też: M. Uddin, *et al.*, *Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 107, nr 20 (2010): 9470–9475; M. Altemus, M. Cloitre i F. S. Dhabhar, *Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse*, „American Journal of Psychiatry" 160, nr 9 (2003): 1705–1707; oraz N. Kawamura, Y. Kim i N. Asukai, *Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 158, nr 3 (2001): 484–486. [wróć]

160. R. Summit, *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome*, „Child Abuse & Neglect" 7 (1983): 177–193. [wróć]

161. Prowadzone na Uniwersytecie w Lozannie, Szwajcaria, badanie z wykorzystaniem fMRI wykazało, że gdy ludzie mają takie wrażenia obecności poza ciałem, patrzą na siebie jakby spod sufitu, w ich mózgu aktywuje się górna kora skroniowa. O. Blanke, et al., *Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction*, „Journal of Neuroscience" 25, nr 3 (2005): 550–557. Patrz też: O. Blanke i T. Metzinger, *Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood*, „Trends in Cognitive Sciences" 13, nr 1 (2009): 7–13. [wróć]

162. Gdy dorosły wykorzystuje dziecko dla uzyskania satysfakcji seksualnej, dziecko zawsze zostaje uwikłane w sytuację konfliktu lojalności: ujawniając wykorzystywanie, zdradza i rani swojego oprawcę (który może być kimś, od kogo zależy bezpieczeństwo dziecka i jego ochrona), ale ukrywając je, pogłębia wstyd i bezbronność. Ten dylemat po raz pierwszy ujawnił w 1933 r. Sandor Ferenczi w pracy *The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion*, „International Journal of Psychoanalysis" 30 nr 4 (1949): 225–230, a później badało to wielu innych autorów. [wróć]

163. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*, Nowy Jork: Penguin, 2013. [wróć]

164. http:// www.thefreedictionary.com/ diagnosis. [wróć]

165. TAQ jest dostępne na stronie internetowej Trauma Center: www.traumacenter.org/products/ instruments.php. [wróć]

166. J. L. Herman, J. C. Perry i B. A. van der Kolk, *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 146, nr 4 (kwiecień 1989): 490–495. [wróć]

167. Teicher odkrył znaczące zmiany w korze czołowo-oczodołowej (OFC), rejonie mózgu zaangażowanym w procesy podejmowania decyzji oraz regulację zachowań związanych z wyczuleniem na oczekiwania społeczne. M. H. Teicher, *et al.*, *The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews" 27, nr 1 (2003): 33–44. Patrz też: M. H. Teicher, *Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse*, „Scientific American" 286, nr 3 (2002): 54–61; M. Teicher, *et al.*, *Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment*, „American Journal of Psychiatry" 163, nr 6 (2006): 993–1000; A. Bechara, *et al.*, *Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex*, „Cognition" 50 (1994): 7–15. Objawami uszkodzenia w tym obszarze mózgu jest ciągłe przeklinanie, słabe interakcje społeczne, kompulsywny hazard, nadużywanie alkoholu/narkotyków i niezdolność do empatii. M. L. Kringelbach i E. T. Rolls, *The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology*, „Progress in Neurobiology" 72 (2004): 341–372. Innym problematycznym rejonem zidentyfikowanym przez Teichera jest przedklinek – obszar mózgu zaangażowany w zrozumienie samego siebie i umiejętność spojrzenia z perspktywy, jak własne wrażenia mogą różnić się od wrażeń innych ludzi. A. E. Cavanna i M. R. Trimble, *The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates*, „Brain" 129 (2006): 564–583. [wróć]

168. S. Roth, *et al.*, *Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 10 (1997): 539–555; B. A. van der Kolk *et al.*, *Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma*, „American Journal of Psychiatry" 153 (1996): 83–93; D. Pelcovitz, *et al.*, *Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)*, „Journal of Traumatic Stress" 10 (1997): 3–16; S. N. Ogata, *et al.*, *Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 147 (1990): 1008–1013; M. C. Zanarini, *et al.*, *Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 155, nr 12 (grudzień 1998): 1733–1739; S. L. Shearer, *et al.*, *Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients*, „American Journal of Psychiatry" 147 (1990): 214–216; D. Westen, *et al.*, *Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Orthopsychiatry" 60 (1990): 55–66; M. C. Zanarini, *et al.*, *Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 154 (1997): 1101–1106. [wróć]

169. J. Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*, Nowy Jork: Basic Books, 2008, s. 103. [wróć]

170. B. A. van der Kolk, J. C. Perry i J. L. Herman, *Childhood Origins of Self-Destructive Behavior*, „American Journal of Psychiatry" 148 (1991): 1665–1671. [wróć]

171. To spostrzeżenie znalazło potwierdzenie w pracy neurologa Jaaka Panksepa, który odkrył, że u młodych szczurów nielizanych przez matki w pierwszym tygodniu życia nie wykształcały się receptory opioidowe w przedniej korze

obręczy, części mózgu zaangażowanej w odczuwanie więzi i poczucie bezpieczeństwa. Patrz: E. E. Nelson i J. Panksepp, *Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews" 22, nr 3 (1998): 437–452. Patrz też: J. Panksepp, *et al.*, *Endogenous Opioids and Social Behavior*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews" 4, nr 4 (1981): 473–487; oraz J. Panksepp, E. Nelson i S. Siviy, *Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation*, „Acta paediatrica" 83, nr 397 (1994): 40–46. [wróć]

172. Upoważnienie dla Roberta Spitzera obejmowało też Judy Herman, Jima Chu i Davida Pelcovitza. [wróć]

173. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma*, „Journal of Traumatic Stress" 18, nr 5 (2005): 389–399. Patrz też: J. L. Herman, *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*, „Journal of Traumatic Stress" 5, nr 3 (1992): 377–391; C. Zlotnick, *et al.*, *The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 9, nr 2 (1996): 195–205; S. Roth, *et al.*, *Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 10, nr 4 (1997): 539–555; oraz D. Pelcovitz, *et al.*, *Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress*, „Journal of Traumatic Stress" 10 (1997): 3–16. [wróć]

174. B. C. Stolbach, *et al.*, *Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 26, nr 4 (sierpień 2013): 483–491. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma*, „American Journal of Psychiatry" 153, supl. (1996): 83–93. Patrz też: D. G. Kilpatrick, *et al.*, *Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct–Criteria A Through E*, [w:] *DSM-IV Sourcebook*, t. 4, Waszyngton: American Psychiatric Press, 1998, s. 803–844; T. Luxenberg, J. Spinazzola i B. A. van der Kolk, *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment*, „Directions in Psychiatry" 21, nr 25 (2001): 373–392; oraz B. A. van der Kolk, *et al.*, *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Compex Adaptation to Trauma*, „Journal of Traumatic Stress" 18, nr 5 (2005): 389–399. [wróć]

175. Pytania są dostępne na stronie internetowej ACE: http://acestudy.org/. [wróć]

176. http://www.cdc.gov/ace/findings.htm; http://acestudy.org/download; V. Felitti, *et al.*, *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, „American Journal of Preventive Medicine" 14, nr 4 (1998): 245–258. Patrz też: R. Reading, *The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology*, „Child: Care, Health and Development" 32, nr 2 (2006): 253–256; V. J. Edwards, *et al.*, *Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, „American Journal of Psychiatry" 160, nr 8 (2003): 1453–1460; S. R. Dube, *et al.*, *Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult*, „Addictive Behaviors" 27, nr 5 (2002): 713–725; S. R. Dube, *et al.*,

Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study, „Pediatrics" 111, nr 3 (2003): 564–572. [wróć]

177. S. A. Strassels, *Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse*, „Journal of Managed Care Pharmacy" 15, nr 7 (2009): 556–562. [wróć]

178. C. B. Nemeroff, *et al.*, *Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 100, nr 24 (2003): 14293–14296. Patrz też: C. Heim, P. M. Plotsky i C. B. Nemeroff, *Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression*, „Neuropsychopharmacology" 29, nr 4 (2004): 641–648. [wróć]

179. B. E. Carlson, *Adolescent Observers of Marital Violence*, „Journal of Family Violence" 5, nr 4 (1990): 285–299. Patrz też: B. E. Carlson, *Children's Observations of Interparental Violence*, [w:] *Battered Women and Their Families*, A. R. Roberts (red.), Nowy Jork: Springer, 1984, s. 147–167; J. L. Edleson, *Children's Witnessing of Adult Domestic Violence*, „Journal of Interpersonal Violence" 14, nr 8 (1999): 839–870; K. Henning, *et al.*, *Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents*, „Journal of Interpersonal Violence" 11, nr 1 (1996): 35–51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy i D. O'Leary, *Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 57, nr 3 (1989): 453–455; J. R. Kolko, E. H. Blakely i D. Engelman, *Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature*, „Journal of Interpersonal Violence" 11, nr 2 (1996): 281–293; oraz J. Wolak i D. Finkelhor, *Children Exposed to Partner Violence*, [w:] *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, J. L. Jasinski i L. Williams (red.), Thousand Oaks, CA: Sage, 1998. [wróć]

180. Większość stwierdzeń pochodzi z rozmów z Vincentem Felittim, przekazanych przez J. E. Stevens, *The Adverse Childhood Experiences Study – the Largest Public Health Study You Never Heard Of*, „Huffington Post", 8 października 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_ 1_ b_ 1943647.html. [wróć]

181. Populacyjne ryzyko przypisane: proporcja obciążenia problemem w populacji ogólnej, której problemy można przypisać konkretnym czynnikom ryzyka. [wróć]

182. National Cancer Institute, *Nearly 800,000 Deaths Prevented Due to Declines in Smoking* (informacja prasowa), 14 marca 2012, dostępne pod adresem http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET. [wróć]

183. Te przypadki stanowiły część badania polowego DTD, prowadzonego wspólnie przez Juliana Forda, Josepha Spinazzolę i mnie. [wróć]

184. H. J. Williams, M. J. Owen i M. C. O'Donovan, *Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches*, „British Medical Bulletin" 91 (2009): 61–74. Patrz też: P. V. Gejman, A. R. Sanders i K. S. Kendler, *Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges*, „Annual Review of Genomics and Human Genetics" 12 (2011): 121–144; oraz A. Sanders, *et al.*, *No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large*

European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics, „American Journal of Psychiatry" 165, nr 4 (kwiecień 2008): 497–506. [wróć]

185. R. Yehuda, *et al.*, *Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD*, „Psychopharmacology" 212, nr 3 (październik 2010): 405–417; K. C. Koenen, *Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies*, „Journal of Traumatic Stress" 20, nr 5 (październik 2007): 737–750; M. W. Gilbertson, *et al.*, *Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma*, „Nature Neuroscience" 5 (2002): 1242–1247. [wróć]

186. Koenen, *Genetics of Posttraumatic Stress Disorder*. Zob. także: R. F. P. Broekman, M. Olff i F. Boer, *The Genetic Background to PTSD*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews" 31, nr 3 (2007): 348–362. [wróć]

187. M. J. Meaney i A. C. Ferguson-Smith, *Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks*, „Nature Neuroscience" 13, nr 11 (2010): 1313–1318. Patrz też: M. J. Meaney, *Epigenetics and the Biological Definition of Gene × Environment Interactions*, „Child Development" 81, nr 1 (2010): 41–79; oraz B. M. Lester, *et al.*, *Behavioral Epigenetics*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1226, nr 1 (2011): 14–33. [wróć]

188. M. Szyf, *The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life*, „Epigenetics" 6, nr 8 (2011): 971–978. [wróć]

189. Moshe Szyf, Patrick McGowan i Michael J. Meaney, *The Social Environment and the Epigenome*, „Environmental and Molecular Mutagenesis" 49, nr 1 (2008): 46–60.

189. Dziś istnieje cała masa dowodów, że wszelkie doświadczenia życiowe zmieniają ekspresję genów. Przykładowe to: D. Mehta *et al.*, *Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 110, nr 20 (2013): 8302–8307; P. O. McGowan, *et al.*, *Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse*, „Nature Neuroscience" 12, nr 3 (2009): 342–348; M. N. Davies, *et al.*, *Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood*, „Genome Biology" 13, nr 6 (2012): R43; M. Gunnar i K. Quevedo, *The Neurobiology of Stress and Development*, „Annual Review of Psychology" 58 (2007): 145–173; A. Sommershof, *et al.*, *Substantial Reduction of Naive and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress*, „Brain, Behavior, and Immunity" 23, nr 8 (2009): 1117–1124; N. Provencal, *et al.*, *The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells*, „Journal of Neuroscience" 32, nr 44 (2012): 15626–15642; B. Labonte, *et al.*, *Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma*, „Archives of General Psychiatry" 69, nr 7 (2012): 722–731; A. K. Smith, *et al.*, *Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder*, „American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics" 156B, nr 6 (2011): 700–708; M. Uddin, *et al.*, *Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 107, nr 20 (2010): 9470–9475. [wróć]

190. C. S. Barr, *et al.*, *The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research*, „Genes, Brain and Behavior" 2, nr 6 (2003): 336–340. [wróć]

191. A. J. Bennett, *et al.*, *Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function*, „Molecular Psychiatry" 7, nr 1 (2002): 118–122. Patrz też: C. S. Barr, *et al.*, *Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates*, „Archives of General Psychiatry" 61, nr 11 (2004): 1146; oraz C. S. Barr, *et al.*, *Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 27, nr 5 (2003): 812–817. [wróć]

192. A. Roy, *et al.*, *Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide*, „Neuropsychopharmacology" 35, nr 8 (2010): 1674–1683. Patrz też: M. A. Enoch, *et al.*, *The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence*, „Biological Psychiatry" 67 nr 1 (2010): 20–27; oraz A. Roy, *et al.*, *Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior*, „Journal of Psychiatric Research" 46, nr 1 (2012): 72–79. [wróć]

193. A. S. Masten i D. Cicchetti, *Developmental Cascades*, „Development and Psychopathology" 22, nr 3 (2010): 491–495; S. L. Toth, *et al.*, *Illogical Thinking*

and Thought Disorder in Maltreated Children, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry" 50, nr 7 (2011): 659–668; J. Willis, *Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom*, „Phi Delta Kappan" 89, nr 6 (2008): 424; I. M. Eigsti i D. Cicchetti, *The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months*, „Developmental Science" 7, nr 1 (2004): 88–102. [wróć]

194. J. Spinazzola, *et al.*, *Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents*, „Psychiatric Annals" 35, nr 5 (2005): 433–439. [wróć]

195. R. C. Kessler, C. B. Nelson i K. A. McGonagle, *The Epidemiology of Co-occuring Addictive and Mental Disorders*, „American Journal of Orthopsychiatry" 66, nr 1 (1996): 17–31. Patrz też: Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Waszyngton: National Academies Press, 2008; oraz C. S. North, *et al.*, *Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder*, „American Journal of Psychiatry" 166, nr 1 (2009): 34–40. [wróć]

196. Joseph Spinazzola, *et al.*, *Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents*, „Psychiatric Annals" (2005). [wróć]

197. W skład naszej grupy roboczej wchodzili: dr Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexander McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Andrea, Martin Teicher i Dante Cicchetti. [wróć]

198. Proponowane kryteria rozpoznawania DTD można znaleźć w *Załączniku*. [wróć]

199. http://www.traumacenter.org/products/instruments.php. [wróć]

200. Więcej nt. L. A. Sroufe'a można przeczytać na: www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html a Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation; publikacje na ten temat można znaleźć pod adresem: http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/ oraz http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/. Patrz też: L. A. Sroufe i W. A. Collins, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, Nowy Jork: Guilford Press, 2009; oraz L. A. Sroufe, *Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood*, „Attachment & Human Development" 7, nr 4 (2005): 349–367. [wróć]

201. L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, Nowy Jork: Guilford Press, 2005. Harvardzka badaczka Karlen Lyons-Ruth uzyskała podobne wyniki w grupie dzieci, które monitorowała przez osiemnaście lat: zdezorganizowane relacje, odwrócenie ról i brak matczynej komunikacji w wieku trzech lat to trzy najważniejsze czynniki prognozujące zaburzenia umysłowe lub zależność od opieki społecznej w wieku lat osiemnastu. [wróć]

202. D. Jacobvitz i L. A. Sroufe, *The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study*, „Child Development" 58, nr 6 (grudzień 1987): 1496–1504. [wróć]

203. G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen i A. Caspi, *Linking Family Hardship to Children's Lives*, „Child Development" 56, nr 2 (kwiecień 1985): 361–375. [wróć]

204. U dzieci, które były maltretowane fizycznie, ryzyko rozpoznania zaburzeń zachowania albo zaburzeń opozycyjno-buntowniczych rosło trzykrotnie. Zaniedbywanie lub wykorzystywanie seksualne podwajało ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych. Psychiczna nieobecność rodzica lub molestowanie dwukrotnie zwiększały ryzyko późniejszego rozwoju PTSD. Ryzyko licznych rozpoznań u dzieci zaniedbywanych wynosiło 54 procent, u maltretowanych fizycznie – 60 procent, a u molestowanych – 73 procent. [wróć]

205. To cytat z pracy Emmy Werner, która przez czterdzieści lat od 1955 r. badała 698 dzieci urodzonych na wyspie Kauai. Badanie pokazało, że większość dzieci, które dorastały w niestabilnym środowisku miało w późniejszych latach problemy z prawem, zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz stabilnością rodzinną. Jedna trzecia wszystkich dzieci z grup wysokiego ryzyka wykazywała odporność i wyrosła na opiekuńczych, kompetentnych i pewnych siebie dorosłych. Czynnikami ochronnymi były: 1. bycie atrakcyjnym dzieckiem, 2. silna więź z opiekunem niebędącym rodzicem (ciotką, opiekunką albo nauczycielem) oraz 3. silne zaangażowanie w aktywność kościoła lub lokalnych grup społecznych. E. E. Werner i R. S. Smith, *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*, Ithaca–London: Cornell University Press, 1992. [wróć]

206. P. K. Trickett, J. G. Noll i F. W. Putnam, *The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study*, „Development and Psychopathology" 23 (2011): 453–476. Patrz też: J. G. Noll, P. K. Trickett, i F. W. Putnam, *A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 71 (2003): 575–586; P. K. Trickett, C. McBride-Chang i F. W. Putnam, *The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females*, „Development and Psychopathology" 6 (1994): 183–194; P. K. Trickett i F. W. Putnam, *Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood*, Waszyngton: National Institute of Mental Health, 1990-1993; F. W. Putnam i P. K. Trickett, *The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse*, Nowy Jork: W. T. Grant Foundation, 1987. [wróć]

207. W sześćdziesięciu trzech badaniach nad DTD nikt nie pytał o relacje ani więzi, PTSD, traumę, wykorzystywanie w dzieciństwie ani zaniedbywanie. Frazę „złe traktowanie" spotyka się tylko w jednym z nich i to przelotnie. Nie ma nic o rodzicielstwie, dynamice rodziny ani terapii rodzin. [wróć]

208. W załączniku na końcu DSM można znaleźć tzw. kody V, etykiety diagnostyczne nieuznane oficjalnie, a zatem niekwalifikujące do zwrotu kosztów z ubezpieczenia zdrowotnego. Tu wymienione są: wykorzystywanie w dzieciństwie, zaniedbywanie w dzieciństwie, maltretowanie fizyczne w dzieciństwie i molestowanie seksualne w dzieciństwie. [wróć]

209. *Ibidem*, s. 121. [wróć]

210. W trakcie pisania tej książki DSM-5 znajduje się na siódmym miejscu listy bestsellerów Amazona. Na poprzedniej edycji APA zarobiło 100 milionów dolarów. Wydawanie DSM stanowi razem z darowiznami od przemysłu farmaceutycznego oraz składkami członkowskimi główne źródło dochodów Towarzystwa. [wróć]

211. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*, Nowy Jork: Penguin, 2013, s. 239. [wróć]

212. W liście otwartym do APA David Elkins, przewodniczący jednego z oddziałów Towarzystwa, skarżył się, że DSM-V opiera się na kruchych podstawach, nie dba o zdrowie publiczne i konceptualizuje choroby psychiczne jako schorzenia w głównej mierze medyczne. Pod listem podpisało się blisko pięć tysięcy osób. Przewodniczący American Counseling Association wysłał do prezydenta APA w imieniu stu piętnastu tysięcy kupujących DSM członków list, w którym także poddawał w wątpliwość jakość badań stojących za DSM-5 i „wezwał APA do upublicznienia efektów prac naukowej komisji rewizyjnej, którą powołano do oceny proponowanych zmian, oraz do dopuszczenia oceny »wszelkich dowodów i danych przez zewnętrzne, niezależne grupy ekspertów«". [wróć]

213. Thomas Insel wcześniej badał hormon więzi – oksytocynę u małp naczelnych. [wróć]

214. National Institute of Mental Health, „NIMH Research Domain Criteria (RdoC)", http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml. [wróć]

215. *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, Nowy Jork: Guilford Press, 2005. [wróć]

216. B. A. van der Kolk, *Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories*, „Psychiatric Annals" 35, nr 5 (2005): 401–408; W. D'Andrea, *et al.*, *Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis*, „American Journal of Orthopsychiatry" 82 (2012): 187–200. J. D. Ford, *et al.*, *Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians*, „Journal of Clinical Psychiatry" 74, nr 8 (2013): 841–849. Najnowsze wyniki badań terenowych nad DTD dostępne są na naszej stronie internetowej: www.traumacenter.org. [wróć]

217. J. J. Heckman, *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, „Science" 312, nr 5782 (2006): 1900–1902. [wróć]

218. D. Olds, *et al.*, *Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial*, „JAMA" 280, nr 14 (1998): 1238–1244. Patrz też: J. Eckenrode, *et al.*, *Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence*, „JAMA" 284, nr 11 (2000): 1385–1391; D. I. Lowell, *et al.*, *A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice*, „Child Development" 82, nr 1 (styczeń/luty 2011): 193–208; S. T. Harvey i J. E. Taylor, *A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents*, „Clinical Psychology Review" 30, nr 5 (lipiec 2010): 517–535; J. E. Taylor i S. T. Harvey, *A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood*, „Clinical Psychology Review" 30, nr 6 (sierpień 2010): 749–767; Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, *et al.*, *Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 26, nr 4 (sierpień 2013): 483–491. [wróć]

219. W przeciwieństwie do wizyt klinicznych, w których obowiązuje zasada tajemnicy lekarskiej, oceny dla sądu są dokumentem publicznym, który można udostępniać prawnikom, sądom i ławom przysięgłych. Przed dokonaniem takiej

oceny informuję o tym pacjentów-klientów i ostrzegam ich, że nic, co mi powiedzą, nie może być utrzymane w tajemnicy. [wróć]

220. K. A. Lee, *et al.*, *A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat*, „American Journal of Psychiatry" 152, nr 4 (kwiecień 1995): 516–522. [wróć]

221. J. L. McGaugh i M. L. Hertz, *Memory Consolidation*, San Fransisco: Albion Press, 1972; L. Cahill and J. L. McGaugh, *Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory*, „Trends in Neurosciences" 21, nr 7 (1998): 294–299. [wróć]

222. A. F. Arnsten, *et al.*, *α-1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function*, „Biological Psychiatry" 45, nr 1 (1999): 26–31. Patrz też: A. F. Arnsten, *Enhanced: The Biology of Being Frazzled*, „Science" 280, nr 5370 (1998): 1711–1712; S. Birnbaum, *et al.*, *A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits: α-1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex*, „Biological Psychiatry" 46, nr 9 (1999): 1266–1274. [wróć]

223. Y. D. Van Der Werf, *et al. Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning*, „Cortex" 39 (2003): 1047–1062. Patrz też: B. M. Elzinga i J. D. Bremner, *Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?*, „Journal of Affective Disorders" 70 (2002): 1–17; L. M. Shin *et al.*, *A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder*, „Archives of General Psychiatry" 62 (2005): 273–281; L. M. Williams *et al.*, *Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear*, „Neuroimage" 29 (2006): 347–357; R. A. Lanius *et al.*, *Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation*, „Biological Psychiatry" 52 (2002): 305–311; H. D Critchley, C. J. Mathias i R. J. Dolan, *Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy*, „Neuron" 33 (2002): 653–663; M. Beauregard, J. Levesque i P. Bourgouin, *Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion*, „Journal of Neuroscience" 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner *et al.*, *For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down-and Up-Regulation of Negative Emotion*, „NeuroImage" 23 (2004): 483–499; M. A. Morgan, L. M. Romanski i J. E. LeDoux, *et al.*, *Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex*, „Neuroscience Letters" 163 (1993): 109–113; M. R. Milad i G. J. Quirk, *Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction*, „Nature" 420 (2002): 70–74; oraz J. Amat, *et al.*, *Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus*, „Nature Neuroscience" 8 (2005): 365–371. [wróć]

224. B. A. Van der Kolk i R. Fisler, *Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study*, „Journal of Traumatic Stress" 8, nr 4 (1995): 505–525. [wróć]

225. Histeria – definicja z *Free Dictionary*, http://www.thefreedictionary.com/hysteria. [wróć]

226. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, 1997. Patrz też: H. F. Ellenberger, *The Discovery of*

the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry, Basic Books, 2008. [wróć]

227. T. Ribot, *Diseases of Memory*, Appleton, 1887, s. 108–109; Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*. [wróć]

228. J. Breuer i S. Freud, *The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena*, [w:] *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londyn: Hogarth Press, 1893. [wróć]

229. A. Young, *Harmony of Illusions*. [wróć]

230. J. L. Herman, *Trauma and Recovery*, Nowy Jork: Basic Books, 1997, s. 15. [wróć]

231. A. Young, *Harmony of Illusions*. Zob. także J. M. Charcot, *Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System*, t. 3, Londyn: New Sydenham Society, 1888. [wróć]

232. http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_ chronophotography.jpg [wróć]

233. P. Janet, *L'Automatisme psychologique*, Paryż: Felix Alcan, 1889. [wróć]

234. Onno van der Hart zaznajomił mnie z pracami Janeta i jest prawdopodobnie największym żyjącym spadkobiercą jego dzieła. Miałem szczęście blisko współpracować z Onno nad zebraniem kluczowych idei Janeta. B. A. van der Kolk i O. van der Hart, *Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma*, „American Journal of Psychiatry" 146 (1989): 1530–1540; B. A. van der Kolk i O. van der Hart, *The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma*, „Imago" 48 (1991): 425–454. [wróć]

235. P. Janet, *L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion* [Amnezja i dysocjacja od wspomnień przez emocje], „Journal de Psychologie" 1 (1904): 417–453. [wróć]

236. P. Janet, *Psychological Healing*, Nowy Jork: Macmillan, 1925, s. 660. [wróć]

237. P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, wyd. 2, Paryż: Felix Alcan, 1911; reprint: Marseille: Lafitte Reprints, 1983. P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria*, Londyn i Nowy Jork: Macmillan, 1907; reprint: Nowy Jork: Hafner, 1965; P. Janet, *L'evolution de la memoire et de la notion du temps*, Paryż: A. Chahine, 1928. [wróć]

238. J. L. Titchener, *Post-traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives*, „Trauma and Its Wake" 2 (1986): 5–19. [wróć]

239. J. Breuer i S. Freud, *The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena*. [wróć]

240. S. Freud i J. Breuer, *The Etiology of Hysteria*, [w:] *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 3, J. Strachy (red.), Londyn: Hogarth Press, 1962: s. 189–221. [wróć]

241. S. Freud, *Three Essays on the Theory of Sexuality*, [w:] *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 7, Londyn: Hogarth Press, 1962, s. 190: „Powrót do aktywności seksualnej zależy od czynników wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań. […] Ja będę tu mówił o przyczynach wewnętrznych; *wielką i trwałą wagę przywiązuje się w tym okresie do przypadkowych zewnętrznych* [podkreślenie Freuda] *uwarunkowań.*

Na pierwszym planie znajdujemy skutki uwiedzenia, gdy dziecko traktuje się przedwcześnie jako obiekt seksualny i uczy się je, w niezwykle emocjonalnych okolicznościach, jak osiągnąć satysfakcję ze sfery genitalnej, satysfakcję, którą dziecko jest wtedy zwykle zobowiązane powtarzać stale na nowo poprzez masturbację. Wpływ tego rodzaju może mieć swoje źródło w dorosłych albo rówieśnikach. *Nie mogę przyznać, że w mojej pracy nt. »Etiologii histerii« (1896) przeceniłem częstość czy znaczenie takich wpływów,* choć nie wiedziałem wtedy, że takie same doświadczenia w dzieciństwie mogą być udziałem osób, które pozostają normalne, i choć w konsekwencji przeceniałem znaczenie uwiedzenia w porównaniu z czynnikami dotyczącymi natury seksualnej i rozwoju seksualności. Rzecz jasna uwiedzenie nie jest wymagane do rozbudzenia życia seksualnego dziecka; to może się stać również samoistnie, z przyczyn wewnętrznych". S. Freud, *Introductory Lectures in Psycho-analysis*, [w:] *Standard Edition* (1916), s. 370: Fantazje dotyczące uwiedzenia są przedmiotem szczególnego zainteresowania, gdyż często nie są one fantazjami, lecz prawdziwymi wspomnieniami. [wróć]

242. S. Freud, *Inhibitions Symptoms and Anxiety*, 1914, s. 150. Patrz też: Strachey, *Standard Edition of the Complete Psychological Works*. [wróć]

243. B. A. van der Kolk, *Psychological Trauma*, Waszyngton: American Psychiatric Press, 1986. [wróć]

244. B. A. Van der Kolk, *The Compulsion to Repeat the Trauma*, „Psychiatric Clinics of North America" 12, nr 2 (1989): 389–411. [wróć]

245. 1. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997, s. 84. [wróć]

246. W Polsce zaburzenie to określono nazwą „nerwicy frontowej" – przyp. tłum. [wróć]

247. F. W. Mott, *Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury*, „Proceedings of the Royal Society of Medicine" 9 (1916): I–XLIV. Patrz też: C. S. Myers, *A Contribution to the Study of Shell Shock*, „Lancet" 1 (1915): 316–320; T. W. Salmon, *The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses („Shell Shock") in the British Army*, „Mental Hygiene" 1 (1917): 509–547; oraz E. Jones i S. Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf*, Hove, UK: Psychology Press, 2005. [wróć]

248. J. Keegan, *The First World War*, Nowy Jork: Random House, 2011. [wróć]

249. A. D. Macleod, *Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War*, „Journal of the Royal Society of Medicine" 97, nr 2 (2004): 86–89; M. Eckstein, *Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age*, Boston: Houghton Mifflin, 1989. [wróć]

250. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into „Shell-Shock"*, Londyn: His Majesty's Stationery Office, 1922. [wróć]

251. Laureatka Nagrody Bookera, Pat Barker jest autorką poruszającej trylogii o pracy wojskowego psychiatry W. H. R. Riversa: P. Barker, *Regeneration*, Londyn: Penguin UK, 2008; P. Barker, *The Eye in the Door*, Nowy Jork: Penguin, 1995; P. Barker, *The Ghost Road*, Londyn: Penguin UK, 2008. Szczegóły dyskusji o skutkach I wojny światowej można znaleźć w A. Young, *Harmony of Illusions*; i B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914–1994*, Londyn: Jonathan Cape, 2000. [wróć]

252. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal*, 1937; R. Daniels, *The Bonus March: An Episode of the Great Depression*, 1971. [wróć]

253. E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, przeł. A. W. Wheen, Londyn: GP Putnam's Sons, 1929. [wróć]

254. *Ibidem*, s. 192–193. [wróć]

255. Książkę można znaleźć pod: http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVIuG&b= 395007. [wróć]

256. C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914–1918*, Cambridge UK, Cambridge University Press, 1940. [wróć]

257. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War*, Nowy Jork: Hoeber, 1941. [wróć]

258. http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film). [wróć]

259. G. Greer i J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You*, Londyn: Penguin, 1990. [wróć]

260. A. Kardiner i H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness*, Oxford: Hoeber, 1947. [wróć]

261. D. J. Henderson, *Incest*, [w:] *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A. M. Freedman i H. I. Kaplan (red.), Baltimore: Williams & Wilkins, 1974, s. 1536. [wróć]

262. W. Sargent i E. Slater, *Acute War Neuroses*, „The Lancet" 236, nr 6097 (1940): 1–2. Patrz też: G. Debenham, *et al.*, *Treatment of War Neurosis*, „The Lancet" 237, nr 6126 (1941): 107–109; oraz W. Sargent i E. Slater, *Amnesic Syndromes in War*, „Proceedings of the Royal Society of Medicine" (Section of Psychiatry) 34, nr 12 (październik 1941): 757–764. [wróć]

263. Każde naukowe badanie nad pamięcią molestowania z dzieciństwa, niezależnie czy prospektywne, czy też retrospektywne, badające próby kliniczne czy też populację ogólną, stwierdza, że pewien odsetek osób wykorzystywanych seksualnie zapomina, a po latach przypomina sobie te zdarzenia. Patrz na przykład B. A. van der Kolk i R. Fisler, *Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study*, „Journal of Traumatic Stress" 8 (1995): 505–525; J. W. Hopper i B. A. van der Kolk, *Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method*, „Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma" 4 (2001): 33–71; J. J. Freyd i A. P. DePrince (red.), *Trauma and Cognitive Science*, Binghamton, NY: Haworth Press, 2001, s. 33–71; A. P. DePrince i J. J. Freyd, *The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads*, „Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma" 4, nr 2 (2001): 1–8; D. Brown, A. W. Scheflin i D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma Treatment and the Law*, Nowy Jork: Norton, 1997; K. Pope i L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics*, Waszyngton: American Psychological Association, 1996; oraz L. Terr, *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*, Nowy Jork: Basic Books, 1994. [wróć]

264. E. F. Loftus, S. Polonsky i M. T. Fullilove, *Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing*, „Psychology of Women Quarterly" 18, nr 1 (1994): 67–84. L. M. Williams, *Recall of Childhood Trauma: A Prospective*

Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 62, nr 6 (1994): 1167–1176. [wróć]

265. L. M. Williams, *Recall of Childhood Trauma*. [wróć]

266. L. M. Williams, *Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories*, „Journal of Traumatic Stress" 8, nr 4 (1995): 649–673. [wróć]

267. Znany neurolog Jaak Panksepp w swojej najnowszej książce stwierdza: „Liczne prace przedkliniczne na modelach zwierzęcych pokazują, że odzyskiwane wspomnienia wracają do banków pamięci zmodyfikowane". J. Panksepp i L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, Nowy Jork: WW Norton, 2012. [wróć]

268. E. F. Loftus, *The Reality of Repressed Memories*, „American Psychologist" 48, nr 5 (1993): 518–537. Patrz też: E. F. Loftus i K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse*, Nowy Jork: Macmillan, 1996. [wróć]

269. J. F. Kihlstrom, *The Cognitive Unconscious*, „Science" 237, nr 4821 (1987): 1445–1452. [wróć]

270. E. F. Loftus, *Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory*, „Learning & Memory" 12, nr 4 (2005): 361–366. [wróć]

271. B. A. Van der Kolk i R. Fisler, *Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study*, „Journal of Traumatic Stress" 8, nr 4 (1995): 505–525. [wróć]

272. Bliżej zajmiemy się tą kwestią w rozdziale 14. [wróć]

273. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory*, New Haven: Yale University Press, 1991. [wróć]

274. *Ibidem*, s. 5. [wróć]

275. *Ibidem*, s. 21. [wróć]

276. *Ibidem*, s. 34. [wróć]

277. J. Osterman i B. A. van der Kolk, *Awareness during Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder*, „General Hospital Psychiatry" 20 (1998): 274–281. Patrz też: K. Kiviniemi, *Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia*, „Journal of the American Association of Nurse Anesthetists" 62 (1994): 441–449; A. D. Macleod i E. Maycock, *Awareness During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder*, „Anaesthesia and Intensive Care" 20, nr 3 (1992) 378–382; F. Guerra, *Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia*, [w:] *International Anesthesiology Clinics*, t. 24. B. T Hindman (red.), Boston: Little Brown, 1986, s. 75–99; J. Eldor i D. Z. N. Frankel, *Intra-anesthetic Awareness*, „Resuscitation" 21 (1991): 113–119; J. L. Breckenridge i A. R. Aitkenhead, *Awareness During Anaesthesia: A Review*, „Annals of the Royal College of Surgeons of England" 65, nr 2 (1983), 93. [wróć]

278. „Samoprzywództwo" [*self-leadership*] to termin ukuty przez Dicka Schwartza i wykorzystywany w terapii IFS, którą omawiamy w rozdziale 17. [wróć]

279. Wyjątkami są prace Pesso i Schwartza opisane szczegółowo w rozdziałach 17. i 18., które stosuję i z których osobiście odniosłem korzyści, ale które jak dotąd nie zostały przebadane naukowo. [wróć]

280. A. F. Arnsten, *Enhanced: The Biology of Being Frazzled*, „Science" 280, nr 5370 (1998): 1711–1712; A. Arnsten, *Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function*, „Nature Reviews Neuroscience" 10, nr 6 (2009): 410–422. [wróć]

281. D. J. Siegel, *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*, Nowy Jork: WW Norton, 2010. [wróć]

282. J. E. LeDoux, *Emotion Circuits in the Brain*, „Annual Review of Neuroscience" 23, nr 1 (2000): 155–184. Zob. także: M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, *Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex*, „Neuroscience Letters" 163, nr 1 (1993): 109–113; oraz J. M. Moscarello i J. E. LeDoux, *Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions*, „Journal of Neuroscience" 33, nr 9 (2013): 3815–3823. [wróć]

283. S. W. Porges, *Stress and Parasympathetic Control*, „Stress Science: Neuroendocrinology" 306 (2010). Patrz też: S. W. Porges, *Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect*, [w:] *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, Nowy Jork: WW Norton, 2009, s. 27. [wróć]

284. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Yoga As an Adjunctive Treatment for PTSD*, „Journal of Clinical Psychiatry" 75, nr 6 (czerwiec 2014): 559–565. [wróć]

285. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*, Nowy Jork: WW Norton & Company, 2014. [wróć]

286. R. P. Brown and P. L. Gerbarg, *Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression – Part II: Clinical Applications and Guidelines*, „Journal of Alternative & Complementary Medicine" 11, nr 4 (2005): 711–717. Patrz też: C. L. Mandle, *et al.*, *The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature*, „Journal of Cardiovascular Nursing" 10 (1996): 4–26; oraz M. Nakao, *et al.*, *Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic*, „Psychotherapy and Psychosomatics" 70 (2001): 50–57. [wróć]

287. C. Hannaford, *Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head*, Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995. [wróć]

288. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illnes*s, Nowy Jork: Bantam Books, 2013. Patrz też: D. Fosha, D. J. Siegel i M. Solomon (red.), *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, Nowy Jork: WW Norton, 2011; oraz B. A. van der Kolk, *Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience*, „Psychoanalytic Dialogues" 12, nr 3 (2002): 381–392. [wróć]

289. Jak widzieliśmy w rozdziale 5., u osób cierpiących na PTSD neuroobrazowanie ukazuje zmienioną aktywację w obszarach powiązanych z pierwotną siecią, zaangażowaną w pamięć autobiograficzną, i ciągłym poczuciem własnego »ja«. [wróć]

290. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley: North Atlantic, 2010. [wróć]

291. P. Ogden, *Trauma and the Body*, Nowy Jork: Norton, 2009. Patrz też: A. Y. Shalev, *Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Clinical Psychiatry" 61, supp. 5 (2000): 33–42. [wróć]

292. I. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. s. XX. [wróć]

293. S. G. Hofmann, *et al.*, *The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 78, nr 2 (2010): 169–183; J. D. Teasdale, *et al.*, *Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 68 (2000): 615–623. Patrz też: Britta K. Holzel, *et al.*, *How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective*, „Perspectives on Psychological Science" 6, nr 6 (2011): 537–559; oraz P. Grossman, *et al.*, *Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis*, „Journal of Psychosomatic Research" 57, nr 1 (2004): 35–43. [wróć]

294. Istnienie obwodów mózgowych zaangażowanych w uważność/medytację zostało dowiedzione; poprawiają one regulację uwagi oraz neutralizują zaburzający wpływ reakcji emocjonalnych na wykonywanie zadań wymagających skupienia. Patrz: L. E. Carlson, *et al.*, *One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients*, „Brain, Behavior, and Immunity" 21, nr 8 (2007): 1038–1049; oraz R. J. Davidson, *et al.*, *Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation*, „Psychosomatic Medicine" 65, nr 4 (2003): 564–570. [wróć]

295. Britta Holzel i jej koledzy prowadzili liczne badania nad wpływem medytacji na funkcjonowanie mózgu i wykazali, że w trakcie medytacji aktywowana jest grzbietowo-przyśrodkowa oraz brzuszno-boczna kora przedczołowa, a także rostralny obszar ACC. Patrz: B. K. Holzel, *et al.*, *Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 5 (2010): 11–17; B. K. Holzel, *et al.*, *Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density*, „Psychiatry Research" 191, nr 1 (2011): 36–43; B. K. Holzel, *et al.*, *Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 3, nr 1 (2008): 55–61; oraz B. K. Holzel, *et al.*, *Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators*, „Neuroscience Letters" 421, nr 1 (2007): 16–21. [wróć]

296. Kluczowym obszarem mózgu zaangażowanym w świadomość własnego ciała jest przednia część wyspy. Patrz: A.D. Craig, *Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body*, „Current Opinion on Neurobiology" 13 (2003): 500–505; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman i Dolan, 2004; N. A. S

Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, *et al.*, *Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 2 (2007): 313–322; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan i P. Rainville, *Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators*, „Emotion" 10, nr 1 (2010): 43–53. [wróć]

297. S. J. Banks, *et al.*, *Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 2, nr 4 (2007): 303–312. Patrz też: M. R. Milad, *et al.*, *Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 102, nr 30 (2005): 10706–10711; oraz S. L. Rauch, L. M. LeDoux, *Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Shin*, oraz E. A. Phelps, *Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research–Past, Present, and Future*, „Biological Psychiatry" 60, nr 4 (2006): 376–382. [wróć]

298. A. Freud i D. T. Burlingham. *War and Children*, New York University Press, 1943. [wróć]

299. Są trzy różne sposoby radzenia sobie z wszechogarniającymi emocjami: dysocjacja (odcięcie się lub zamknięcie się w sobie), depersonalizacja (uczucie, że to, co się przydarza, przydarza się komuś innemu, a nie tobie) i derealizacja (uczucie, że to, co się dzieje, nie jest realne). [wróć]

300. Moi koledzy z Justice Resource Institute stworzyli program leczenia zamkniętego dla nastolatków – ośrodek van der Kolka przy Glenhaven Academy, który wprowadza wiele metod terapeutycznych zorientowanych na traumę a omawianych w tej książce, takich jak joga, integracja sensoryczna, neurofeedback i teatr. http://www.jri.org/vanderkolk/about. Multidyscyplinarny model leczenia, autoregulacji i kompetencji (ARC), opracowały moje koleżanki: Margaret Blaustein i Kristine Kinneburgh. Margaret E. Blaustein i Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency*, Nowy Jork: Guilford Press, 2012. [wróć]

301. C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling*, Nowy Jork: Routledge, 2011. Patrz też: A. J. Cleveland, *Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations*, „Dissociation" 8, nr 4 (1995): 247–252; oraz A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*, San Diego: Academic Press, 2010. [wróć]

302. E. Warner, *et al.*, *Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings*, „Journal of Family Violence" 28, nr 7 (2013): 729–738. Patrz też: A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles: Western Psychological Services, 1972; H. Hodgdon, *et al.*, *Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework*, „Journal of Family Violence" 27, nr 8 (2013); J. LeBel, *et al.*, *Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1*, „Mental Health Special Interest Section Quarterly" 33, nr 1 (2010): 1–4. [wróć]

303. Prawdopodobnie aktywują one układ przedsionkowo-móżdżkowy, który wydaje się być zaangażowany w auto-regulację i może zostać uszkodzony przez zaniedbywanie we wczesnym dzieciństwie. [wróć]

304. Aaron R. Lyon i Karen S. Budd, *A Community Mental Health Implementation of Parent–Child Interaction Therapy (PCIT)*, „Journal of Child and Family Studies" 19, nr 5 (2010): 654–668. Patrz też: Anthony J. Urquiza i Cheryl Bodiford McNeil, *Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families*, „Child Maltreatment" 1, nr 2 (1996): 134–144; J. Borrego Jr. *et al.*, *Research Publications*, „Child and Family Behavior Therapy" 20: 27–54. [wróć]

305. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Fluoxetine in Post Traumatic Stress*, „Journal of Clinical Psychiatry" (1994): 517–522. [wróć]

306. P. Ogden, K. Minton i C. Pain*, Trauma and the Body*, Nowy Jork, Norton, 2010; P. Ogden i J. Fisher*, Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*, Nowy Jork: Norton, 2014. [wróć]

307. P. Levine, *In an Unspoken Voice*, Berkeley: North Atlantic Books; P. Levine, *Waking the Tiger*, Berkeley: North Atlantic Books. [wróć]

308. Od ang. *pendulum* – wahadło – przyp. red. [wróć]

309. Więcej na temat ćwiczeń z pozorantem na: www.modelmugging.org. [wróć]

310. Z. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II)*, standardowa edycja, Londyn: Hogarth Press, 1914, s. 371. [wróć]

311. E. Santini, R. U. Muller i G. J. Quirk, *Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory*, „Journal of Neuroscience" 21 (2001): 9009–9017. [wróć]

312. E. B. Foa i M. J. Kozak, *Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information*, „Psychological Bulletin" 99*,* nr 1 (1986): 20–35. [wróć]

313. C. R. Brewin, *Implications for Psychological Intervention*, [w:] *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, J. J. Vasterling and C. R. Brewin (red.), Nowy Jork: Guilford, 2005, s. 272. [wróć]

314. T. M. Keane, *The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD*, „National Center for PTSD Clinical Quarterly" 5, nr 4 (1995): 1–6. [wróć]

315. E. B. Foa i R. J. McNally, *Mechanisms of Change in Exposure Therapy*, [w:] *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, R. M. Rapee (red.), Nowy Jork: Guilford, 1996, s. 329–343. [wróć]

316. J. D. Ford i P. Kidd, *Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD*, „Journal of Traumatic Stress" 18 (1998): 743–761. Patrz też: A. McDonagh-Coyle, *et al.*, *Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 73, nr 3 (2005): 515–524; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*, Waszyngton: National Academies Press, 2008; oraz R. Bradley, *et al.*, *A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD*, „American Journal of Psychiatry" 162, nr 2 (2005): 214–227. [wróć]

317. J. Bisson, *et al.*, *Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis*, „British Journal of Psychiatry" 190 (2007): 97–104. Patrz też: L. H. Jaycox, E. B. Foa i A. R. Morrall, *Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 66 (1998): 185–192. [wróć]

318. „Rezygnacje: przy długotrwałej ekspozycji (n = 53 [38%]); w terapii zorientowanej na teraźniejszość (n = 30 [21%]) (P = .002). W grupie kontrolnej też było dużo wypadków: 2 zgony z przyczyn innych niż samobójstwo, 9 hospitalizacji psychiatrycznych i 3 próby samobójcze". P. P. Schnurr, *et al.*, *Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women*, „JAMA" 297, nr 8 (2007): 820–830. [wróć]

319. R. Bradley, *et al.*, *A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD*, „American Journal of Psychiatry" 162, nr 2 (2005): 214–227. [wróć]

320. J. H. Jaycox i E. B. Foa, *Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions*, „Clinical Psychology and Psychotherapy" 3, nr 3 (1996): 176–184. Patrz też: E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda i K. J. Perry, *Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 63 (1995): 948–955. [wróć]

321. Alexander McFarlane – doniesienie. [wróć]

322. R. K. Pitman, *et al.*, *Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Clinical Psychiatry" 52, nr 1 (styczeń 1991): 17–20. [wróć]

323. Jean Decety, Kalina J. Michalska i Katherine D. Kinzler, *The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study*, „Cerebral Cortex" 22 nr 1 (2012): 209–220; Jean Decety, C. Daniel Batson, Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity", 2, nr 3-4 (2007). [wróć]

324. K. H. Seal, *et al.*, *VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses*, „Journal of Traumatic Stress" 23 (2010): 5–16. [wróć]

325. L. Jerome, *(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, „Ecstasy")* – broszura badacza, grudzień 2007, dostępne na www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_ mdma_ new08.pdf (udostępniony 16 sierpnia 2012). [wróć]

326. John H. Krystal, *et al.*, *Chronic 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function?*, „The American Journal of Drug and Alcohol Abuse" 18.3 (1992): 331–341. [wróć]

327. M. C. Mithoefer *et al.*, *The safety and efficacy of}3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study*, „Journal of Psychopharmacology" 25.4 (2011): 439–452; M. C. Mithoefer, *et al.*, *Durability of Improvement in Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study*, „Journal of Psychopharmacology" 27, nr 1 (2013): 28–39. [wróć]

328. J. D. Bremner, *Neurobiology of Post-traumatic Stress Disorder*, [w:] *Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review*, R. S. Rynoos (red.), Lutherville, MD: Sidran Press, 1994, 43–64. [wróć]

329. www.cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarys-drug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321% 2F. [wróć]

330. J. R. T. Davidson, *Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder*, „British Journal of Psychiatry" 160 (1992): 309–314. Patrz też: R. Famularo, R. Kinscherff, i T. Fenton, *Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type,* „American Journal of Disorders of Childhood" 142 (1988): 1244–1247; F. A. Fesler, *Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Clinical Psychiatry" 52 (1991): 361–364; B. H. Herman, *et al.*, *Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior*, „Annals of Neurology" 22 (1987): 530–534; oraz B. A. van der Kolk, *et al.*, *Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder*. [wróć]

331. B. Van der Kolk, *et al.*, *A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and Long-Term Maintenance*, „Journal of Clinical Psychiatry" 68 (2007): 37–46. [wróć]

332. R. A. Bryant, *et al.*, *Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques*, „American Journal of Psychiatry" 156, nr 11 (listopad 1999): 1780–1786; N. P. Roberts *et al.*, *Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms*, „Cochran Database of Systematic Reviews" 3 (marzec 2010). [wróć]

333. Należą tu: antagonista alfa-receptorów – prazosyna, antagonista alfa2-receptorów – klonidyna i antagonista beta-receptorów – propranolol. Patrz: M. J. Friedman i J. R. Davidson, *Pharmacotherapy for PTSD*, [w:] *Handbook of PTSD: Science and Practice*, M. J. Friedman, T. M. Keane i P. A. Resick (red.), Nowy Jork: Guilford Press, 2007, s. 376. [wróć]

334. M. A. Raskind, *et al.*, *A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder*, „Biological Psychiatry" 61, nr 8 (2007): 928–934. F. B. Taylor, *et al.*, *Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study*, „Biological Psychiatry" 63, nr 6 (2008): 629–632. [wróć]

335. Lit, lamotrygina, karbamazepina, divalproex, gabapentyna i topiramat mogą pomagać w kontroli wynikającej z traumy agresji i rozdrażnienia. Walproinian jest skuteczny w wielu przypadkach PTSD, w tym u weteranów wojennych z przewlekłym PTSD. Friedman i Davidson, *Pharmacotherapy for PTSD*; F. A. Fesler, *Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Clinical Psychiatry" 52, nr 9 (1991): 361–364. W poniższym badaniu stwierdzono 37,4 procent redukcji objawów PTSD. S. Akuchekian i S. Amanat, *The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study*, „Journal of Research in Medical Sciences" 9, nr 5 (2004): 240–244. [wróć]

336. G. Bartzokis, *et al.*, *Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*, „Biological Psychiatry" 57, nr 5 (2005): 474–479. Patrz też: D. B. Reich, *et al.*, *A Preliminary Study of*

Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women, „Journal of Clinical Psychiatry" 65, nr 12 (2004): 1601–1606. [wróć]

337. Inne metody to takie, które zazwyczaj pomagają osobom straumatyzowanym zasypiać, takie jak przeciwdepresyjny trazodon, obuuszne aplikacje dźwiękowe, urządzenia światło-dźwięk, takie jak Proteus (www.brainmachines.com), Monitory HRV, takie jak hearthmath (www.irest.us, www.heartmath.com), oraz iRest, skuteczna interwencja w oparciu o jogę. [wróć]

338. D. Wilson, *Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young*, „New York Times", 1 września 2010, dostępne pod adresem: http://www.nytimes.com/2010/09/02/ business/02kids.html?pagewanted=all&_r=0. [wróć]

339. M. Olfson, *et al.*, *National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics*, „Archives of General Psychiatry" 69, nr 2 (2012): 1247–1256. [wróć]

340. E. Harris, *et al.*, *Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications*, „FOCUS" 10, nr 3 (2012): 401–407. [wróć]

341. B. A. Van der Kolk, *The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress*, „Harvard Review of Psychiatry" 1, nr 5 (1994): 253–265. [wróć]

342. B. Brewin, *Mental Illness is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops*, Nextgov.com, 17 maja 2012, http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-active-duty-troops/55797/. [wróć]

343. Wydatki na leki psychiatryczne. Wydział ds. Weteranów. www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR%204.30.14.pdf. [wróć]

344. Doktor Spencer Eth do Bessela A. van der Kolka, marzec 2002. [wróć]

345. J. Breuer i Z. Freud, *The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena*, [w:] *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londyn: Hogarth Press, 1893. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, Nowy Jork: Basic Books, 2009. [wróć]

346. T. E. Lawrence, *Seven Pillars of Wisdom*, Nowy Jork: Doubleday, 1935. [wróć]

347. E. B. Foa, *et al.*, *The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation*, „Psychological Assessment" 11, nr 3 (1999): 303–314. [wróć]

348. K. Marlantes, *What It Is Like to Go to War*, Nowy Jork: Grove Press, 2011. [wróć]

349. *Ibidem*, s. 114. [wróć]

350. *Ibidem*, s. 129. [wróć]

351. H. Keller, *The World I Live In* (1908), R. Shattuck (red.), Nowy Jork: NYRB Classics, 2004. Patrz też: R. Shattuck, *A World of Words*, „New York Review of Books", 26 lutego 2004. [wróć]

352. H. Keller, *The Story of My Life*, R. Shattuck i D. Herrmann (red.), Nowy Jork: Norton, 2003. [wróć]

353. W. M. Kelley, *et al.*, *Finding the Self? An Event-Related fMRI Study*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 14, nr 5 (2002): 785–794. Patrz też: N. A. Farb, *et al.*, *Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 2, nr 4 (2007): 313–322; P. M. Niedenthal, *Embodying Emotion*, „Science" 316, nr 5827 (2007): 1002–1005; oraz J. M. Allman, *The Anterior Cingulate Cortex*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 935, nr 1 (2001): 107–117. [wróć]

354. J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006; www.mindandlife.org/about/history. [wróć]

355. A. Goldman i F. de Vignemont, *Is Social Cognition Embodied?*, „Trends in Cognitive Sciences" 13, nr 4 (2009): 154–159. Patrz też: A. D. Craig, *How Do You Feel–Now? The Anterior Insula and Human Awareness*, „Nature Reviews Neuroscience" 10 (2009): 59–70; H. D. Critchley, *Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration*, „Journal of Comparative Neurology" 493, nr 1 (2005): 154–166; T. D. Wager, *et al.*, *Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation*, „Neuron" 59, nr 6 (2008): 1037–1050; K. N. Ochsner, *et al.*, *Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 14, nr 8 (2002): 1215–1229; A. D'Argembeau, *et al.*, *Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 3, nr 3 (2008): 244–252; Y. Ma, *et al.*, *Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 9, nr 1 (2014): 73–80; R. N. Spreng, R. A. Mar i A. S. Kim, *The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 21, nr 3 (2009): 489–510; H. D. Critchley, *The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 101, nr 17 (2004): 6333–6334; oraz C. Lamm, C. D. Batson i J. Decety, *The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 19, nr 1 (2007): 42–58. [wróć]

356. J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*, New York: Guilford Press, 2012, s. 12. [wróć]

357. *Ibidem*, s. 19. [wróć]

358. *Ibidem*, s. 35. [wróć]

359. *Ibidem*, s. 50. [wróć]

360. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser i R. Glaser, *Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 56, nr 2 (1988): 239–245. [wróć]

361. D. A. Harris, *Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors*, „Torture" 17, nr 2 (2007): 134–155; M. Bensimon, D. Amir i Y. Wolf, *Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-traumatic Soldiers*, „Arts in Psychotherapy" 35, nr 1 (2008): 34–48; M. Weltman, *Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused*, „American Journal of Dance Therapy" 9, nr 1 (1986): 47–66; H. Englund, *Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi*,

„Social Science & Medicine” 46, nr 9 (1998): 1165–1174; H. Tefferi, *Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan*, 1996; D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement*, Sztokholm: Radda Barnen, 1996, s. 158–173; N. Boothby, *Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises*, [w:] *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, R. Apfel i B. Simon (red.), New Haven, Yale University Press, 1996, s. 149–164; S. Sandel, S. Chaiklin i A. Lohn, *Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace*, Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993; K. Callaghan, *Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence*, „Arts in Psychotherapy” 20, nr 5 (1993): 411–421; A. E. L. Gray, *The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture*, „American Journal of Dance Therapy” 23, nr 1 (2001): 29–43. [wróć]

362. A. M. Krantz i J. W. Pennebaker, *Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body*, „Whole Person Healthcare” 3 (2007): 201–229. [wróć]

363. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory*, Londyn: Oxford University Press, 1975. [wróć]

364. Rezultaty potwierdzono w następujących badaniach: J. D. Bremner, *Does Stress Damage the Brain?*, „Biological Psychiatry” 45, nr 7 (1999): 797–805; I. Liberzon, *et al.*, *Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli*, „Biological Psychiatry” 45, nr 7 (1999): 817–826; L. M. Shin, *et al.*, *Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic Investigation*, „Archives of General Psychiatry” 54, nr 3 (1997): 233–241; L. M. Shin, *et al.*, *Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse–Related PTSD: A PET Investigation*, „American Journal of Psychiatry” 156, nr 4 (1999): 575–584. [wróć]

365. Nie jestem pewien, czy ten termin wymyśliłem ja czy Peter Levine. Mam wideo, na którym on mówi, że to moja zasługa, ale większość z tego, czego się nauczyłem o pendulacji, wiem od niego. [wróć]

366. Nieliczne dane wskazują, że ekspozycja z pobudzaniem punktów akupunkturowych daje lepsze rezultaty niż strategie ekspozycyjne uwzględniające konwencjonalne techniki relaksacji (www.vetcases.com). D. Church, *et al.*, *Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study*, „Traumatology” 18, nr 3 (2012): 73–79; oraz D. Feinstein i D. Church, *Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions*, „Review of General Psychology” 14, nr 4 (2010): 283–295. [wróć]

367. T. Gil, *et al.*, *Cognitive Functioning in Post-traumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress” 3, nr 1 (1990): 29–45; J. J. Vasterling, *et al.*, *Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons*, „Neuropsychology” 16, nr 1 (2002): 5. [wróć]

368. W badaniach neuroobrazowych osoby z PTSD w odpowiedzi na słowa o zabarwieniu neutralnym deaktywowały w mózgu rejon odpowiedzialny za mowę – tzw. pole Broki. Innymi słowy, spadek aktywności pola Broki jaki obserwowaliśmy u pacjentów z PTSD (patrz rozdział 3) występował nie tylko w odpowiedzi na traumatyczne wspomnienia ale i wtedy, gdy polecaliśmy im skupiać się na neutralnych słowach. To oznacza, że pacjentom po przeżytej traumie trudniej wyrazić to, co czują i myślą o zwyczajnych zdarzeniach. W grupie PTSD spadała też aktywność przyśrodkowej kory przedczołowej (mPFC), fragmentu płata czołowego, który – jak widzieliśmy – przekazuje świadomość własnego „ja" i tłumi aktywność ciała migdałowatego – mózgowego czujnika dymu. Przez to trudniej im było hamować reakcję strachu w odpowiedzi na proste zadanie językowe oraz trudniej było skupić uwagę na codziennym życiu. Patrz: K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce i D. J. Taylor, *Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information In Post-traumatic Stress Disorder*, „Psychiatry Research: Neuroimaging" 163(2), 2008: 156–170. [wróć]

369. J. Breuer i S. Freud, *The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena*, [w:] *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londyn: Hogarth Press, 1893. [wróć]

370. D. L. Schacter, *Searching for Memory*, Nowy Jork: Basic Books, 1996. [wróć]

371. F. Shapiro, *EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, Nowy Jork: Basic Books, 2004. [wróć]

372. B. A. van der Kolk, *et al.*, *A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance*, „Journal of Clinical Psychiatry" 68, nr 1 (2007): 37–46. [wróć]

373. J. G. Carlson, *et al.*, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Traumatic Stress" 11, nr 1 (1998): 3–24. [wróć]

374. J. D. Payne, *et al.*, *Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task*, „Sleep" 29 (2006): A373. [wróć]

375. B. A. van der Kolk i C. P. Ducey, *The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD*, „Journal of Traumatic Stress" 2, nr 3 (1989): 259–274. [wróć]

376. M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, tłum. Laurence Garey, Cambridge, MA: MIT Press, 1999. [wróć]

377. R. Greenwald, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?*, „Dreaming" 5, nr 1 (1995): 51–55. [wróć]

378. R. Cartwright, *et al.*, *REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression*, „Psychiatry Research" 121, nr 2 (2003): 159–167. Patrz też: R. Cartwright, *et al.*, *Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers*, „Psychiatry Research" 81, nr 1 (1998): 1–8. [wróć]

379. R. Greenberg, C. A. Pearlman i D. Gampel, *War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep*, „British Journal of Medical Psychology" 45, nr 1 1972): 27–33. Ramon Greenberg i Chester Pearlman, podobnie jak nasze laboratorium odkryli, że straumatyzowani weterani wojenni wybudzają się natychmiast po wejściu w fazę REM. Wiele osób, które doświadczyły traumy „pomaga" sobie w zasypianiu alkoholem, w ten sposób pozbawiają się jednak wszystkich korzyści ze śnienia (integracji i przemian wspomnień), a co za tym idzie nie mogą rozwiązać problemu swojego PTSD. [wróć]

380. B. van der Kolk, *et al.*, *Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans*, „American Journal of Psychiatry" 141, nr 2 (1984): 187–190. [wróć]

381. N. Breslau, *et al.*, *Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults*, „Biological Psychiatry" 39, nr 6 (1996): 411–418. [wróć]

382. R. Stickgold, *et al.*, *Sleep-Induced Changes in Associative Memory*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 11, nr 2 (1999): 182–193. Patrz też: R. Stickgold, *Of Sleep, Memories and Trauma*, „Nature Neuroscience" 10, nr 5 (2007): 540–542; oraz B. Rasch, *et al.*, *Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation*, „Science" 315, nr 5817 (2007): 1426–1429. [wróć]

383. E. J. Wamsley, *et al.*, *Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation*, „Current Biology" 20, nr 9 (11 maja 2010): 850–855. [wróć]

384. R. Stickgold, *Sleep-Dependent Memory Consolidation*, „Nature" 437 (2005): 1272–1278. [wróć]

385. R. Stickgold, *et al.*, *Sleep-Induced Changes in Associative Memory*, „Journal of Cognitive Neuroscience" 11, nr 2 (1999): 182–193. [wróć]

386. J. Williams, *et al.*, *Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis*, „Consciousness and Cognition" 1, nr 2 (1992): 172–185. Patrz też: Stickgold, *et al.*, *Sleep-Induced Changes in Associative Memory*, *op. cit.* [wróć]

387. M. P. Walker, *et al.*, *Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving*, „Cognitive Brain Research" 14 (2002): 317–324. [wróć]

388. R. Stickgold, *EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action*, „Journal of Clinical Psychology" 58 (2002): 61–75. [wróć]

389. Istnieje wiele badań na temat tego, jak ruchy gałek ocznych pomagają przetwarzać i przekształcać traumatyczne wspomnienia. M. Sack, *et al.*, *Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)– Results of a Preliminary Investigation*, „Journal of Anxiety Disorders" 22, nr 7 (2008): 1264–1271; B. Letizia, F. Andrea i C. Paolo, *Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder*, „The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences" 19, nr 4 (2007): 475–476; P. Levin, S. Lazrove i B. van der Kolk, *What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, „Journal of

Anxiety Disorders" 13, nr 1–2 (1999): 159–172; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, *On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies*, „Traumatology" 15, nr 2 (2009): 81–95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, L. Rudy, *High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD*, „The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences" 17, nr 4 (2005): 526–532; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato i N. Kato, *Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder*, „Neuroscience Research" 65, nr 4 (2009): 375–383; M. Pagani, G. Hogberg, D. Salmaso, D. Nardo, O. Sundin, C. Jonsson i T. Hallstrom, *Effects of EMDR Psychotherapy on 99mTc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Post-Traumatic Stress Disorder*, „Nuclear Medicine Communications" 28 (2007): 757–765; H. P. Sondergaard and U. Elofsson, *Psychophysiological Studies of EMDR*, „Journal of EMDR Practice and Research" 2, nr 4 (2008): 282–288. [wróć]

390. Akupunktura i akupresura są szeroko stosowane przez lekarzy zorientowanych na traumę i coraz częściej stanowią przedmiot badań naukowych jako metody terapii klinicznego PTSD. M. Hollifield, *et al.*, *Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial*, „Journal of Nervous and Mental Disease" 195, nr 6 (2007): 504–513. Badania wykorzystujące fMRI do pomiaru wpływu akupunktury na obszary mózgu związane ze strachem wskazują, że akupunktura prowadzi do szybkiej stabilizacji tych obszarów mózgu. K. K. Hui, *et al.*, *The Integrated Response of the Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI*, „NeuroImage" 27 (2005): 479–496; J. Fang, *et al.*, *The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation*, „Human Brain Mapping" 30 (2009): 1196–1206. D. Feinstein, *Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training" 47, nr 3 (2010): 385–402; D. Church, *et al.*, *Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial*, „Journal of Nervous and Mental Disease" 201 (2013): 153–160; D. Church, G. Yount i A. J. Brooks, *The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial*, „Journal of Nervous and Mental Disease" 200 (2012): 891–896; R. P. Dhond, N. Kettner i V. Napadow, *Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain*, „Journal of Alternative and Complementary Medicine" 13 (2007): 603–616; K. K. Hui, *et al.*, *Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects*, „Human Brain Mapping" 9 (2000): 13–25. [wróć]

391. M. Sack, J. W. Hopper i F. Lamprecht, *Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation*, „Biological Psychiatry" 55, nr 3 (2004): 284–290. Patrz też: H. Cohen, *et al.*, *Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder*, „Biological Psychiatry" 44, nr 10 (1998): 1054–1059; H. Cohen, *et al.*, *Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover*, „European Neuropsychopharmacology" 17, nr 6 (2007):

464–477; oraz H. Wahbeh i B. S. Oken, *Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback" 38, nr 1 (2013): 57–69. [wróć]

392. J. W. Hopper, *et al.*, *Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder*, „Journal of Psychosomatic Research" 60, nr 1 (2006): 83–90. [wróć]

393. Wskazują na to również eksperymenty Arieha Shaleva z Hadassah Medical School w Jerozolimie i Rogera Pitmana z Harvardu: A. Y. Shalev, *et al.*, *Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study*, „American Journal of Psychiatry" 157, nr 2 (2000): 255–261; R. K. Pitman, *et al.*, *Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans*, „Archives of General Psychiatry" 44, nr 11 (1987): 970–975; A. Y. Shalev, *et al.*, *A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder*, „Archives of General Psychiatry" 55, nr 6 (1998): 553–559. [wróć]

394. P. Lehrer, Y. Sasaki i Y. Saito, *Zazen and Cardiac Variability*, „Psychosomatic Medicine" 61, nr 6 (1999): 812–821. Patrz też: R. Sovik, *The Science of Breathing: The Yogic View*, „Progress in Brain Research" 122 (1999): 491–505; P. Philippot, G. Chapelle i S. Blairy, *Respiratory Feedback in the Generation of Emotion*, „Cognition & Emotion" 16, nr 5 (2002): 605–627; A. Michalsen, *et al.*, *Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program*, „Medcal Science Monitor" 11, nr 12 (2005): 555–561; G. Kirkwood *et al.*, *Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence*, „British Journal of Sports Medicine" 39 (2005): 884–891; K. Pilkington, *et al.*, *Yoga for Depression: The Research Evidence*, „Journal of Affective Disorders" 89 (2005): 13–24; oraz P. Gerbarg i R. Brown, *Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees*, „Current Psychiatry" 4 (2005): 55–67. [wróć]

395. B. Cuthbert *et al.*, *Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation*, „Journal of Experimental Psychology" 110 (1981): 518–546. Patrz też: S. B. S. Khalsa, *Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies*, „Indian Journal of Physiology and Pharmacology" 48 (2004): 269–285; M. M. Delmonte, *Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review*, „International Journal of Psychosomatics" 33 (1986): 9–12; I. Becker, *Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine*, [w:] *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, t. 19, P. R. Muskin PR (red.), Waszyngton: American Psychiatric Press, 2008; L. Bernardi, *et al.*, *Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity*, „Journal of Hypertension" 19, nr 12 (2001): 2221–2229; R. P. Brown i P. L. Gerbarg, *Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model*, „Journal of Alternative and Complementary Medicine" 11 (2005): 189–201; R. P. Brown i P. L. Gerbarg, *Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines*, „Journal of Alternative and Complementary Medicine" 11 (2005): 711–717; C. C. Streeter, *et al.*, *Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study*, „Journal of Alternative and Complementary Medicine" 13 (2007): 419–426; oraz C. C. Streeter, *et al.*, *Effects of Yoga Versus Walking on Mood,*

Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study, „Journal of Alternative and Complementary Medicine" 16 (2010): 1145–1152. [wróć]

396. Pozytywny wpływ jogi w licznych schorzeniach potwierdzają dziesiątki artykułów naukowych. Poniżej wymieniłem tylko kilka z nich: S. B. Khalsa, *Yoga as a Therapeutic Intervention*; P. Grossman, *et al.*, *Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis*, „Journal of Psychosomatic Research" 57 (2004): 35–43; K. Sherman, *et al.*, *Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial*, „Annals of Internal Medicine" 143 (2005): 849–856; K. A. Williams, *et al.*, *Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain*, „Pain" 115 (2005): 107–117; R. B. Saper, *et al.*, *Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial*, „Alternative Therapies in Health and Medicine" 15 (2009): 18–27; J. W. Carson, *et al.*, *Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study*, „Journal of Pain and Symptom Management" 33 (2007): 331–341. [wróć]

397. B. A. van der Kolk, *et al.*, *Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD*, „Journal of Clinical Psychiatry" 75, nr 6 (czerwiec 2014): 559–565. [wróć]

398. Kalifornijska firma HeartMath tworzy zmyślne urządzenia i gry komputerowe, które są nie tylko zabawą ale i pomagają ludziom wypracować lepszą HRV. Jak dotąd nikt nie zbadał, czy proste urządzenia, takie jak te wytwarzane przez HeartMath mogą łagodzić objawy PTSD, ale to bardzo prawdopodobne (patrz: www.heartmath.org). [wróć]

399. W chwili pisania tej książki na iTunes dostępne są 24 aplikacje, które podobno mają pomagać w zwiększaniu HRV; to m.in. emWave, HeartMath i GPS4Soul. [wróć]

400. B. A. van der Kolk, *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1071, nr 1 (2006): 277–293. [wróć]

401. S. Telles, *et al.*, *Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind*, „International Journal of Psychophysiology" 14, nr 3 (1993): 189–198. Patrz też: P. L. Gerbarg, *Yoga and Neuro-Psychoanalysis*, [w:] *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension*, Frances Sommer Anderson (red.), Nowy Jork, Analytic Press, 2008, s. 127–150. [wróć]

402. D. Emerson i E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body*, Berkeley, North Atlantic Books, 2011. [wróć]

403. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Nowy Jork, Hartcourt, 1999. [wróć]

404. „Interocepcja" to naukowy termin dla tej podstawowej zdolności do wyczuwania swojego „ja". Badania neuroobrazowe u osób straumatyzowanych wielokrotnie wykazywały nieprawidłowości w rejonach mózgu związanych z fizyczną samoświadomością, szczególnie w obszarze wyspy. J. W. Hopper, *et al.*, *Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery*, „Journal of Traumatic Stress" 20, nr 5 (2007): 713–725. Patrz też: I. A. Strigo, *et al.*, *Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with*

Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence, „Biological Psychiatry" 68, nr 5 (2010): 442–450; G. A. Fonzo, *et al.*, *Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder*, „Biological Psychiatry" 68, nr 5 (2010): 433–441; P. A. Frewen, *et al.*, *Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates*, „Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy" 2, nr 2 (2010): 145–157; K. Felmingham, *et al.*, *Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Post-traumatic Stress Disorder*, „Psychological Medicine" 38, nr 12 (2008): 1771–1780; A. N. Simmons, *et al.*, *Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence*, „Biological Psychiatry" 64, nr 8 (2008): 681–690; R. J. L. Lindauer, *et al.*, *Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial*, „Psychological Medicine" 38, nr 4 (2008): 543–554 oraz A. Etkin i T. D. Wager, *Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia*, „American Journal of Psychiatry" 164, nr 10 (2007): 1476–1488. [wróć]

405. J. C. Nemiah i P. E. Sifneos, *Psychosomatic Illness: A Problem in Communication*, „Psychotherapy and Psychosomatics" 18, nr 1–6 (1970): 154–160. Patrz też: G. J. Taylor, R. M. Bagby i J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997. [wróć]

406. A. R. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness*, Nowy Jork: Random House, 2000, s. 28. [wróć]

407. B. A. van der Kolk, *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 1071, nr 1 (2006): 277–293. Patrz też: B. K. Holzel, *et al.*, *How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective*, „Perspectives on Psychological Science" 6, nr 6 (2011): 537–559. [wróć]

408. B. K. Holzel, *et al.*, *Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density*, „Psychiatry Research: Neuroimaging" 191, nr 1 (2011): 36–43. Patrz też: B. K. Holzel, *et al.*, *Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience" 5, nr 1 (2010): 11–17; oraz S. W. Lazar, *et al.*, *Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness*, „NeuroReport" 16 (2005): 1893–1897. [wróć]

409. R. A. Goulding i R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors*, Nowy Jork: Norton, 1995, s. 4. [wróć]

410. J. G. Watkins i H. H. Watkins, *Ego States*, Nowy Jork: Norton, 1997. Jung nazywa części osobowości archetypami i kompleksami; schematy psychologii poznawczej oraz literatura na temat dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości określają je mianem „alter ego". Patrz też: J. G. Watkins i H. H. Watkins, *Theory and Practice of Ego State Therapy: A Short-Term Therapeutic Approach*, „Short-Term Approaches to Psychotherapy" 3(1979): 176–220; J. G. Watkins i H. H. Watkins, *Ego States and Hidden Observers*, „Journal of Altered States of

Consciousness” 5, nr 1 (1979): 3–18; oraz C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion*, New Haven CT: Yale University Press, 1960. [wróć]

411. W. James, *The Principles of Psychology*, Nowy Jork: Holt, 1890, s. 206. [wróć]

412. C. Jung, *Collected Works*, t. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1955/1968), s. 330. [wróć]

413. C. Jung, *Collected Works*, t. 10, *Civilization in Transition*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/1964), s. 540. [wróć]

414. *Ibidem*, s. 133. [wróć]

415. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind*, Nowy Jork: Basic Books, 1985, s. 90. [wróć]

416. *Ibidem*, s. 356. [wróć]

417. M. Minsky, *The Society of Mind*, Nowy Jork: Simon & Schuster, 1988, s. 51. [wróć]

418. R. A. Goulding i R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, Nowy Jork: Norton, 1995, s. 290. [wróć]

419. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis i K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, Nowy Jork: WW Norton, 2006; R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (publikacja własna, 2013). [wróć]

420. R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy*, Nowy Jork: Guilford Press, 1995. [wróć]

421. *Ibidem*, s. 34. [wróć]

422. *Ibidem*, s. 19. [wróć]

423. R. A. Goulding i R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, *op. cit.*, s. 63. [wróć]

424. Co można by przetłumaczyć jako „mieszanie” lub „kupażowanie” – przyp. tłum. [wróć]

425. J. G. Watkins w 1997 r. przytoczył to jako przykład personifikacji depresji: „Musimy wiedzieć, czym jest wyobrażeniowe poczucie depresji i kto, która postać, na nią cierpi”. [wróć]

426. Richard Schwartz, kontakty osobiste. [wróć]

427. R. A. Goulding i R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, *op. cit.*, s. 33. [wróć]

428. A. W. Evers, *et al.*, *Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial*, „Pain” 100, nr 1–2 (2002): 141–153; E. K. Pradhan, *et al.*, *Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients*, „Arthritis & Rheumatology” 57, nr 7 (2007): s. 1134–1142; J. M. Smyth, *et al.*, *Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial*, „JAMA” 281, nr 14 (1999): 1304–1309; L. Sharpe, *et al.*, *Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis*, „Rheumatology” (Oxford) 42, nr 3 (2003): 435–441; H. A. Zangi, *et al.*, *A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases:*

A Randomised Controlled Trial, „Annals of the Rheumatic Diseases" 71, nr 6 (2012): 911–917. [wróć]

429. Pesso Boyden System Psychomotor. Patrz: www.pbsp.com. [wróć]

430. D. Goleman, *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*, Random House Digital, 2006. [wróć]

431. A. Pesso, *PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor*, [w:] *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies*, S. Caldwell (red.), Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997; A. Pesso, *Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training*, Nowy Jork: New York University Press, 1969; A. Pesso, *Experience in Action: A Psychomotor Psychology*, Nowy Jork: New York University Press, 1973; A. Pesso i J. Crandell (red.), *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor*, Cambridge, MA: Brookline Books, 1991; M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals*, Nowy Jork: Ballantine Books, 2005; M. van Attekum, *Aan Den Lijve*, Netherlands: Pearson Assessment, 2009; oraz A. Pesso, *The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience*, [w:] *Handbook of Body-Psychotherapy/Handbuch der Körperpsychotherapie*, H. Weiss i G. Marlock (red.), Stuttgart: Schattauer, 2006. [wróć]

432. L. Pessoa i R. Adolphs, *Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance*, „Nature Reviews Neuroscience" 11, nr 11 (2010): 773–783. [wróć]

433. H. H. Jasper, P. Solomon i C. Bradley, *Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children*, „American Journal of Psychiatry" 95 (1938): 641–658; P. Solomon, H. H. Jasper i C. Braley, *Studies in Behavior Problem Children*, „American Neurology and Psychiatry" 38 (1937): 1350–1351. [wróć]

434. Martin Teicher z Harvard Medical School przeprowadził szeroko zakrojone badania, które udowadniają istnienie nieprawidłowości w płacie skroniowym u dorosłych, którzy byli wykorzystywani w dzieciństwie: M. H. Teicher *et al.*, *The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews" 27, nr 1–2 (2003): 33–44; M. H. Teicher *et al.*, *Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients*, „Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences" 5, nr 3 (1993): 301–306; M. H. Teicher, *et al.*, *Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most*, „American Journal of Psychiatry" (2012). [wróć]

435. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*, Nowy Jork: Norton, 2014. [wróć]

436. J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback*, Nowy Jork: WW Norton, 2005. Patrz też: R. J. Davidson, *Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience*, „Cognition and Emotion" 12, nr 3 (1998): 307–330; oraz R. J. Davidson, *et al.*, *Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion*, „Current Opinion in Neurobiology" 9 (1999): 228–234. [wróć]

437. J. Kamiya, *Conscious Control of Brain Waves*, „Psychology Today", kwiecień 1968, 56–60. Patrz też: D. P. Nowlis i J. Kamiya, *The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity*, „Psychophysiology" 6, nr 4 (1970): 476–484 oraz D.

Lantz i M. B. Sterman, *Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training*, „Epilepsia" 29, nr 2 (1988): 163–171. [wróć]

438. M. B. Sterman, L. R. Macdonald i R. K. Stone, *Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy*, „Epilepsia" 15, nr 3 (1974): 395–416. Niedawna metaanaliza 87 badań wykazała, że neurofeedback prowadzi do znaczącego zmniejszenia częstości ataków padaczkowych u ok. 80 procent epileptyków, którzy uczestniczyli w takim szkoleniu. Gabriel Tan, *et al.*, *Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy*, „Clinical EEG and Neuroscience" 40, nr 3 (2009): 173–179. [wróć]

439. To część tego samego obwodu samoświadomości, który opisywałem w rozdziale 5. Alvaro Pascual-Leone wykazał, na jakiej zasadzie, po czasowym, wykorzystującym przezczaszkową stymulację magnetyczną (TMS) wyłączeniu obszaru tuż ponad przyśrodkową korą przedczołową, ludzie mogą czasowo nie rozpoznawać się w lustrze. J. Pascual-Leone, *Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom*, „Journal of Adult Development" 7*,* nr 4 (2000): 241–254. [wróć]

440. www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback. [wróć]

441. S. Rauch, *et al.*, *Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery*, „Archives of General Psychiatry" 53 (1996): 380–387. W trzech innych badaniach wykorzystujących nową technikę neuroobrazowania – magnetoencefalografię (MEG) wykazano, że osoby z PTSD wykazują nadmierną aktywację prawej kory skroniowej: C. Catani, *et al.*, *Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience" 259, nr 6 (2009): 340–351; B. E. Engdahl, *et al.*, *Post-traumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?*, „Journal of Neural Engineering" 7, nr 6 (2010): 066005; A. P. Georgopoulos, *et al.*, *The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap*, „Journal of Neural Engineering" 7. nr 1 (2010): 016011. [wróć]

442. Za pośrednictwem skali CAPS (Clinician Administered PTSD). [wróć]

443. Pomiar kwestionariuszem IASC (Inventory of Altered Self-Capacities) Johna Briere'a. [wróć]

444. Rytmy alfa obserwowane w tylnych i środkowych obszarach mózgu generowane są przez sieci wzgórzowo-korowe, rytmy beta wydają się powstawać w lokalnych obwodach korowych, zaś rytm theta w obszarze czołowo-pośrodkowym (jedyny rytm theta w ludzkim mózgu, który uznaje się za normę) hipotetycznie jest generowany w układzie przegrodowo-hipokampalnym. Najnowszy przegląd można znaleźć tu: J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's And Neurotherapy*, Amsterdam: Elsevier, 2009. [wróć]

445. H. Benson, *The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology*, „Trends in Neurosciences" 6 (1983): 281–284. [wróć]

446. Tobias Egner i John H. Gruzelier, *Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance*, „Neuroreport"

14 nr 9 (2003): 1221–1224; David J. Vernon, *Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback" 30, nr 4 (2005): 347–364. [wróć]

447. *Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup–Is It All in Their Minds?*, Bio-Medical.com, 2 czerwca 2011, http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/. [wróć]

448. M. Beauregard, *Brain Wars*, Nowy Jork: Harper Collins, 2013, s. 33. [wróć]

449. J. Gruzelier, T. i Vernon, *Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance*, „Progress in Brain Research" 159 (2006): 421–431. Patrz też: D. Vernon i J. Gruzelier, *Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance*, [w:] *Mind-Body and Relaxation Research Focus*, B. N. De Luca (red.), Nowy Jork: Nova Science, 2008, s. 149–164. [wróć]

450. Patrz na przykład: M. Arns, *et al.*, *Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis*, „Clinical EEG and Neuroscience" 40, nr 3 (2009): 180–189; T. Rossiter, *The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback" 29, nr 2 (czerwiec 2004): 95–112; T. Rossiter, *The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback" 29, nr 4 (2004): 233–243; oraz L. M. Hirshberg, S. Chiu i J. A. Frazier, *Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective*, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America" 14, nr 1 (2005): 1–19. [wróć]

451. Więcej na temat qEEG można znaleźć na www.thebrainlabs.com/qeeg.shtml. [wróć]

452. N. N. Boutros, M. Torello i T. H. McGlashan, *Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence*, „Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences" 15 (2003): 145–154. [wróć]

453. W rozdziale 17. widzieliśmy jak ważne jest pielęgnowanie stanu spokojnej, stabilnej samoobserwacji, którą IFS nazywa stanem „bycia w sobie". Dick Schwartz twierdzi, że przy odpowiedniej dozie wytrwałości każdy może go osiągnąć i naprawdę widziałem, jak pomagał to zrobić osobom bardzo straumatyzowanym. Osobiście nie jestem aż tak wykwalifikowany i wielu z moich bardzo straumatyzowanych pacjentów panikuje albo zablokowuje się, gdy dochodzimy do poruszających kwestii. Inni czują się ciągle tak pozbawieni kontroli, że trudno im znaleźć jakiekolwiek wiążące poczucie własnego „ja". W większości ośrodków psychiatrycznych osoby z takimi problemami dostają leki stabilizujące nastrój. Czasem to działa, ale wielu pacjentów traci przy tym napęd i motywację. W naszym randomizowanym, kontrolowanym badaniu na temat neurofeedbacku chorzy z przewlekłą traumą uzyskiwali ok. 30 procent złagodzenia objawów PTSD oraz znaczącą poprawę funkcji wykonawczych i kontroli emocji (van der Kolk *et al.*, złożone 2014). [wróć]

454. Straumatyzowane dzieciaki z upośledzeniem integracji sensorycznej potrzebują programów opracowanych specjalnie pod kątem ich potrzeb. Obecnie wysiłki

nad ich opracowaniem koordynuje moja koleżanka z Trauma Center – Elizabeth Warner oraz Adele Diamond z University of British Columbia. [wróć]

455. R. J. Castillo, *Culture, Trance, and the Mind-Brain*, „Anthropology of Consciousness" 6, nr 1 (marzec 1995): 17–34. Patrz też: B. Inglis, *Trance: A Natural History of Altered States of Mind*, Londyn: Paladin, 1990; N. F. Graffin, W. J. Ray i R. Lundy, *EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility*, „Journal of Abnormal Psychology" 104, nr 1 (1995): 123–131; D. L. Schacter, *EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis*, „Biological Psychology" 5, nr 1 (1977): 47–82; oraz M. E. Sabourin, *et al.*, *EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence*, „International Journal of Psychophysiology" 10, nr 2 (1990): 125–142. [wróć]

456. E. G. Peniston i P. J. Kulkosky, *Alpha-Theta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder*, „Medical Psychotherapy" 4 (1991): 47–60. [wróć]

457. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon i D. L. Trudeau, *EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research*, „Journal of Neurotherapy" 12, nr 1 (2008): 5–43. [wróć]

458. R. C. Kessler, *Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society*, „Journal of Clinical Psychiatry" 61, dodatek nr 5 (2000): 4–14. Patrz też: R. Acierno, *et al.*, *Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships*, „Journal of Anxiety Disorders" 13, nr 6 (1999): 541–563; oraz H. D. Chilcoat i N. Breslau, *Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders*, „Addictive Behaviors" 23, nr 6 (1998): 827–840. [wróć]

459. S. L. Fahrion *et al.*, *Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 16, nr 3 (czerwiec 1992): 547–552; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood i Z. Taintor, *Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1*, „International Journal of Addiction" 11, nr 6 (1976): 1085–1089; R. F. Kaplan, *et al.*, *Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls*, „Journal of Studies on Alcohol" 46 (1985): 122–127; Y. Lamontagne *et al.*, *Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study*, „Canadian Psychiatric Association Journal" 22, nr 6 (październik 1977): 301–310; Saxby i E. G. Peniston, *Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms*, „Journal of Clinical Psychology" 51, nr 5 (1995): 685–693; W. C. Scott, *et al.*, *Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population*, „American Journal Drug and Alcohol Abuse" 31, nr 3 (2005): 455–469; oraz D. L. Trudeau, *Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents*, „Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America" 14, nr 1 (styczeń 2005): 125–136. [wróć]

460. E. G. Peniston, *EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Post-traumatic Stress Disorder*, „Clinical

Biofeedback and Health" 9 (1986): 35–41. [wróć]

461. Eugene G. Peniston i Paul J. Kulkosky, *Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder*, „Medical Psychotherapy" 4, nr 1 (1991): 47–60. [wróć]

462. Podobne efekty potwierdziła siedem lat później inna grupa badaczy: W. C. Scott, *et al.*, *Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population*, „American Journal of Drug and Alcohol Abuse" 31, nr 3 (2005): 455–469. [wróć]

463. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze i R. L. Cannon, *Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency*, [w:] *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications*, T. Budzynski *et al.* (red.), Amsterdam, Elsevier, 1999, s. 241–268; F. D. Arani, R. Rostami i M. Nostratabadi, *Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients*, „Clinical EEG and Neuroscience" 41, nr 3 (2010): 170–177; F. Dehghani-Arani, R. Rostami i H. Nadali, *Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback" 38, nr 2 (2013): 133–141; J. Luigjes, *et al.*, *Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Overview and Future Prospects*, „Tijdschrift voor psychiatrie" 55, nr 11 (2012): 841–852. [wróć]

464. S. Othmer, *Remediating PTSD with Neurofeedback*, 11 października 2011, www.hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf. [wróć]

465. F. H. Duffy, *The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion*, „Clinical Electroencephalography" 31, nr 1 (2000): v–viii. [wróć]

466. Thomas R. Insel, *Faulty Circuits*, „Scientific American" 302, nr 4 (2010): 44–51. [wróć]

467. T. Insel, *Transforming Diagnosis*, blog szefa narodowego instytutu zdrowia psychicznego, 29 kwietnia 2013, http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml [wróć]

468. J. W. Buckholtz i A. Meyer-Lindenberg, *Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk For Mental Illness*, „Neuron" 74, nr 4 (2012): 990–1004. [wróć]

469. F. Collins, *The Symphony Inside Your Brain*, Blog szefa narodowych instytutów zdrowia, 5. listopada 2012, www.directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphonyinside-your-brain. [wróć]

470. F. Butterfield, *David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans*, „New York Times", 10 października 1998. Więcej na ten temat można znaleźć pod adresem: www.nechv.org/ historyatnechv.html. [wróć]

471. P. Healy, *The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles*, „New York Times", 11 listopada 2009. Więcej o projekcie Doerriesa na: www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview. [wróć]

472. S. Krulwich, *The Theater of War*, „New York Times", 11 listopada 2009. [wróć]

473. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997. [wróć]

474. Plutarch, *Lives*, t. 1 (Digireads.com, 2009), 58. [wróć]

475. M. Z. Seitz, *The Singing Revolution*, „New York Times", 14 grudnia 2007. [wróć]

476. Więcej na temat Urban Improv można znaleźć na: www.urbanimprov.org. [wróć]

477. Serwis internetowy Trauma Center oferuje pełny, możliwy do pobrania schemat programu Urban Improv dla klas czwartych, który mogą wykorzystywać nauczyciele w całym kraju: www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php. [wróć]

478. Więcej na temat Possibility Project można znaleźć na: www.the-possibility-project.org/. [wróć]

479. Więcej na temat Shakespeare in the Courts można znaleźć na: www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts. [wróć]

480. C. Kisiel, *et al.*, *Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children*, „Journal of School Violence" 5, nr 2 (2006): 19–36. [wróć]

481. Liderami ze strony Urban Improv i Trauma Center byli: Amie Alley, Margaret Blaustein, Toby Dewey, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin Smith, Faith Soloway, Joseph Spinazzola. [wróć]

482. H. Epstein i T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience*, Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007; H. Epstein, *Tina Packer Builds a Theater*, Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010. [wróć]

483. Przekład Leona Ulricha – przyp. red. [wróć]