
Przekraczanie traumy

Leczenie złożonego PTSD w oparciu
o terapię Systemu Wewnętrznej Rodziny (IFS)

Frank G. Anderson

Przekraczanie traumy

Leczenie złożonego PTSD w oparciu o terapię
Systemu Wewnętrznej Rodziny (IFS)

Z języka angielskiego przełożyła:
Maria Wasążanka

Miejsce Ludzi
Poznań 2023

Tytuł oryginału angielskiego: *Transcending Trauma. Healing Complex PTSD with Internal Family Systems Therapy*

Tłumaczenie z języka angielskiego: Maria Wasążanka

Redaktorka prowadząca: Ajka Duda

Konsultacja: Agnieszka Pietlicka

Redakcja i korekta: Katarzyna Mierzyńska

Projekt okładki: Katarzyna Dworaczyk

Skład: Maria Szymanowska-Tritt

Copyright © 2021 Frank Anderson

All rights reserved.

Copyright © for the Polish edition by Fundacja Miejsce Ludzi

Wszelkie prawa zastrzeżone. Nieautoryzowane rozpowszechnianie całości lub fragmentu niniejszej publikacji w jakiegokolwiek postaci jest zabronione. Wykonywanie kopii metodą kserograficzną, fotograficzną, a także kopiowanie książki na nośniku filmowym, magnetycznym lub innym powoduje naruszenie praw autorskich niniejszej publikacji.

Poznań 2023

Wydanie I

ISBN: 978-83-961870-8-6

Wydawnictwo Miejsce Ludzi

ul. Sienkiewicza 6/12

60-817 Poznań

Tel. +48 798 481 177

e-mail: office@miejsce-ludzi.com

www.miejsce-ludzi.com

we współpracy z DU sp. z o.o.

Druk i oprawa: Perfekt Gaul i Wspólnicy sp. j.

60-185 Skórzewo, ul. Skórzewska 63

Wydrukowano w Polsce – printed in Poland

Dla Austina, Logana i Michaela:
Gdzie życie się zaczyna, a miłość nigdy się nie kończy.

Spis treści

Przedmowa wydawczyni	9
Język inkluzywny	10
Przedmowa Richarda Schwartza	11
Podziękowania	16
Wstęp	17
Dział I: Trauma i IFS	20
Rozdział 1: Złożone PTSD a IFS	21
Rozdział 2: Różne rodzaje traumy	33
Rozdział 3: IFS – trwałe uzdrawianie zranień emocjonalnych	41
Rozdział 4: Jak włączyć IFS do własnego podejścia terapeutycznego?	48
Dział II: Technika IFS – praca z częściami ochronnymi	51
Rozdział 5: Początki – niezbędne kroki	52
Rozdział 6: Pierwsze trzy kroki – zidentyfikuj część docelową i pomóż jej się oddzielić od JA	57
Rozdział 7: Krok czwarty – energia JA i dostęp do wewnętrznej mądrości	68
Rozdział 8: Krok piąty i szósty – zaprzyjaźnij się z częścią oraz poznaj jej zadania i obawy	82
Rozdział 9: Praca z traumą – poza „6 P”	90
Dział III: Trauma i dysocjacja w ujęciu neuronaukowym	103
Rozdział 10: Neurobiologiczne aspekty PTSD	104
Rozdział 11: Praca z częściami ekstremalnymi w oparciu o neuronaukę	117
Dział IV: Trauma przywiązaniowa i relacyjna	124
Rozdział 12: Etapy i style przywiązania	125
Rozdział 13: IFS jako praca nad wewnętrzną więzią	130
Dział V: Typowe reakcje na traumę relacyjną	143
Rozdział 14: Wrażliwość	144
Rozdział 15: Reakcje na traumę	150
Rozdział 16: W poszukiwaniu ochrony na zewnątrz – stosowanie środków zaradczych	159
Rozdział 17: Cykle wstydu związane z traumą	166
Dział VI: Cechy traumy	179
Rozdział 18: Systemy, poważna trauma i polaryzacje	180
Rozdział 19: Trauma, emocje i strata	200
Rozdział 20: Części osoby prowadzącej terapię	206
Rozdział 21: Częste schorzenia współwystępujące	216
Rozdział 22: Trauma a farmakoterapia	225

Dział VII: Proces zdrowienia	230
Rozdział 23: Uzdrawianie zranień emocjonalnych	231
Rozdział 24: Właściwości procesu uzdrawiania	255
Rozdział 25: Przeszkody w procesie uzdrawiania	265
Rozdział 26: Duchowy wymiar uzdrawiania traumy	275
Bibliografia	281
Publikacje w języku polskim na temat IFS	287
O autorze	288
O wydawnictwie Miejsce Ludzi	290
Nasze książki	291
Recenzje	293

Wracam do siebie

*Jeszcze nie ma mnie
choć w sobie mieszkam
błąkam się po ścieżkach
jak cień w myślach, gdzieś*

*Tyle krętych dróg
plącze mi się w głowie
z drugiej strony powiek
bez tchu, dosyć już*

*Wracam do siebie, żeby znowu być
Można znów pisać
i otwieram drzwi*

*Jeszcze patrzę tak
jakby zmysły były
z dźwiękoszczelnej szyby
na świat
patrzę tak...
zbieram siebie w garść
trzeba mieć nadzieję
nią się w całość skleję
tak jak zbity dzban*

*Wracam do siebie, żeby znowu być
można znów pisać
i otwieram drzwi (...)¹*

– Janusz Onufrowicz

¹ Fragment tekstu piosenki, którą skomponował i wykonuje Kuba Badach (płyta *Oldschool* z 2017 r.).

Przedmowa polskiej wydawczynie

To, co mnie niemal natychmiast urzekło w IFS-ie, to wiara w istnienie mądrej, świętej (!) siły, która od zawsze zamieszkuje każdego z nas. Gdy po raz pierwszy uczestniczyłam w dyskusji na temat tego, czy JA naprawdę jest niezniszczalne, czy może w ekstremalnych warunkach odchodzi od człowieka, opuszcza jego ciało – zachowywałam się jak obrażona dziewczynka, która dowiaduje się, że Święty Mikołaj tak naprawdę nie istnieje. Nie chciałam w to uwierzyć.

A jednak. Niektórych życie tak doświadcza, że tracą kontakt z tą energią, a nawet fragmenty ich JA zostają skazane na wygnanie. Gdy sobie wyobrażam kogoś, kto – będąc bezbronnym, zależnym, pozbawionym wpływu – doznaje czegoś, co go przerasta, pojawiają mi się różne obrazy.

Jego JA:

- :: wychodzi z ciała i staje obok;
- :: opuszcza pomieszczenie, w którym dzieje się to, co się dzieje;
- :: wycofuje się poza mury domu lub nawet uchodzi gdzieś poza granice kraju.

A gdy los zadaje najbardziej okrutne ciosy, wtedy JA – żeby się nie rozpaść na kawałki, tak jak człowiek, który je przyjmuje, rozszczepia się na części – opuszcza naszą galaktykę i patrzy na wszystko z wysoka. Wówczas ta osoba, pozbawiona wewnętrznego przewodnika, *patrzy na świat, jakby zmysły były z dźwiękoszczelnej szyby*.

Podobnie jak Frank Anderson, autor publikacji, którą właśnie trzymasz w ręku, wybieram wierzyć, że nawet jeśli między JA a resztą systemu wewnętrznego danej istoty ludzkiej powstaje przepaść, to ono nie ulega zniszczeniu – **zawsze pozostajemy połączeni z nim nierozzerwalną więzią**, co zostało zilustrowane na okładce przez Kasię Dworaczyk. *Zawsze przynależymy do siebie, nawet jeśli nie jesteśmy tego świadomi, nawet jeśli świat wokół wmawia nam, że to nieprawda. Będziemy wracać do siebie, żeby znowu być.*

Zdaję sobie sprawę, że niekiedy utorowanie dostępu do tej uzdrawiającej energii może oznaczać *bląkanie się po ścieżkach* i lata świetlne wędrówki. Składam więc **pokłon tym wszystkim, którzy wyruszają w tę podróż**. Oby lektura książki Franka Andersona pomogła zarówno im, jak i przewodnikom lub przewodniczkom, którzy profesjonalnie zajmują się towarzyszeniem w tychże wędrówkach.

Agnieszka Pietlicka

Język inkluzywny

W 2008 roku Parlament Europejski przyjął wytyczne dotyczące języka inkluzywnego, czyli takiego, który bierze pod uwagę różnorodność płciową.

My także pragniemy uwzględniać wielorakość płci w języku stosowanym w naszych książkach, tekstach i dokumentach. Przestało nam wystarczać – choć tak właśnie było przez poprzednie lata – opatrywanie naszych publikacji przypisem z wyjaśnieniem, że pisząc „terapeuta”, mamy na myśli także terapeutki.

Odzwierciedlenie tej nowej perspektywy w językach słowiańskich bywa karkołomne, a my się dopiero uczymy tworzenia nowego kształtu wypowiedzi. W praktyce oznacza to, że zamierzamy: 1) wybierać sformułowania włączające wszelkie konstelacje płciowe („zespół” zamiast „pracownicy”); 2) używać w różnej kolejności zarówno żeńskiej, jak i męskiej formy („klientki i klienci”, „przedstawiciele i przedstawicielki”), 3) posługiwać się naprzemiennie jedną z tych form („trenerka”, „nauczyciel”).

Zapewne popełnimy błędy i niewykluczone, że zdarzy nam się zaproponować coś niedorzecznego. Trudno. Wiemy, co jest dla nas ważne: pragniemy współtworzyć świat, w którym jest miejsce dla wszystkich; zależy nam też, żeby nasze teksty możliwie dobrze się czytało. Wiemy również, że w żadnym razie nie chcemy podejmować radykalnych kroków.

Jesteśmy otwarte na Wasze rozmaite odczucia i reakcje, choć być może będą wśród Was takie osoby, które – gdyby nie ten wyjaśniający tekst – nawet by nie zauważyły wprowadzonej zmiany. Zdajemy sobie jednak sprawę, że mogą być też takie, które nie chciałyby być nazywane „coachką”, i takie, które słowo „widzka” po prostu rozśmieszy, a także takie, które poczną poruszenie na widok wyrazu „gościni”. Mamy w pamięci, że zanim w polityce pojawiła się pani Merkel, słowo *Kanzlerin*, czyli „kanclerka” brzmiało po niemiecku przynajmniej dziwnie, a dziś jest już całkiem swojskie.

Chcemy być częścią zmiany, której pragniemy dla tego świata.

Życzymy Wam przyjemnej lektury!

Zespół Fundacji i Wydawnictwa Miejsce Ludzi oraz DU sp. z o.o.

Przedmowa Richarda Schwartza

Początek mojej podróży w świat poznawania i eksplorowania części klientów, która zaowocowała powstaniem i rozwojem IFS¹, sięga czasów, gdy pracowałem jako terapeuta rodzinny. Korzystałem wtedy z podejścia strukturalnego. Nieżyjący już Salvador Minuchin, ojciec strukturalnej terapii rodzin, należał do terapeutycznej awangardy, która zrodziła się w opozycji do psychoanalizy i skłonności jej reprezentantów (określanej mianem wręcz obsesyjnej przez osoby skupione w tym nowatorskim gronie) do koncentrowania się na wytworach umysłu klientek i roztrząsaniu ich minionych historii. Motto strukturalnej terapii rodzin głosiło, że przeszłość nie jest istotna, ponieważ można wyeliminować objawy i zmodyfikować emocje dzięki przeorganizowaniu aktualnych relacji panujących w rodzinie.

Gdy więc tylko odkryłem, że klientki i klienci posiadają wewnętrzne rodziny złożone z części, skupiłem się na restrukturyzacji sposobów, w jakie te części aktualnie wchodzą ze sobą w interakcje, pomijając wszystko to, co wiązało się z przeszłością. Kiedy osoba, z którą pracowałem, docierała do swojej wygnanej i przerażonej młodej części, zachęcałem ją, by tuliła i pocieszała to wewnętrzne dziecko dopóty, dopóki ono nie poczuje się bezpiecznie i się nie uspokoi. Potem prosiłem, żeby przekazać strażnikom, że już mogą odpuścić. Klienci wprawdzie tuż po zakończeniu sesji czuli się o wiele lepiej, jednak ta zmiana nie była trwała. Dociekając przyczyny, dowiedziałem się, że części wciąż tkwiły zamrożone w traumatycznych doświadczeniach z przeszłości. Nie mogły w pełni wyzdrowieć, dopóki ich problem pozostawał nierozwiązany. To odkrycie sprawiło ogromny zawód tym moim częściom, które tak bardzo chciały wierzyć, że nie jest konieczne, bym zajmował się swoimi urazami psychicznymi, że wystarczy, jeśli od czasu do czasu przytulę moje wewnętrzne dzieci.

Jednak wśród moich części ochronnych znajdują się również strażnicy o naukowym zacięciu, którzy lubią brać pod uwagę dostępne dane i informacje. To oni pomogli mi zagłębić się w kwestię wpływu traumy na ludzkie życie – ten temat stał się wręcz moją obsesją. Przeczytałem wszystkie dostępne publikacje, a w szczególności prace Judith Herman. Ukoronowaniem tych starań było współautorstwo wydanej w 1996 roku

¹ IFS, czyli *Internal Family Systems*, to podejście terapeutyczne znane w Polsce jako System Wewnętrznej Rodziny, w skrócie SWR. Wszystkie przypisy, o ile nie zaznaczono inaczej, pochodzą od redaktorki prowadzącej.

książki pt. *The Mosaic Mind*², tam też bardzo szczegółowo opisałem pracę terapeutyczną z jednym z moich klientów, który otrzymał diagnozę: trauma złożona.

Moje dociekania doprowadziły mnie do prac Bessela van der Kolka, który bodaj najmocniej wpłynął na kulturową i psychoterapeutyczną świadomość rujnującego wpływu traumy i jej związków z pojawianiem się objawów psychiatrycznych, a także zrewolucjonizował sposób leczenia zaburzeń psychicznych. Prace van der Kolka i książki Judith Herman skłoniły mnie do jeszcze intensywniejszego zaangażowania się w poszukiwanie sposobów wyswabdzania części klientek i klientów z traumatycznych scen z przeszłości, w których zostały zamrożone. Kiedy wreszcie udało mi się skontaktować z Bessellem, ten wyraził zainteresowanie modelem IFS.

W 2012 roku moja narzeczona, Jeanne Cantazaro, zaproponowała przeprowadzkę do Bostonu, gdzie wcześniej studiowała. Przystałem na ten pomysł w dużej mierze kierowany nadzieją na bliższą współpracę z van der Kolkiem i skupioną wokół niego aktywną społecznością specjalistów w dziedzinie traumy. Jeszcze przed przeprowadzką otrzymałem od Bessela zaproszenie do udziału w organizowanej przez niego corocznie konferencji poświęconej traumie. Tam właśnie przedstawił mnie Frankowi Andersonowi, swojemu przystojnemu, pełnemu życia protegowanemu. Frank wykazał ogromny entuzjazm wobec IFS, kiedy więc kilka miesięcy później skontaktował się ze mną, prosząc o spotkanie, chętnie na to przystałem.

Pamiętam ten dzień, jakby to było dziś. Frank powiedział, że dzięki IFS różne kawałki układanki ułożyły się w jego głowie w całość. Mówił też o doskonałych rezultatach, jakie osiąga w gabinecie, stosując moje podejście. W pewnej chwili oświadczył: *Planuję poświęcić swoje życie zawodowe na to, by ci pomóc pokazać IFS całemu światu*. Nie muszę chyba dodawać, jak bardzo byłem zachwycony, widząc, że oto do mojego zespołu dołącza niesamowicie charyzmatyczny neuropsychiatra i ekspert w dziedzinie traumy – chociaż moja sceptyczna część nie omieszkała mi przypomnieć, że podobne słowa słyszałem wcześniej z ust innych ludzi, jednak ich deklaracje rzadko kiedy przekładały się na działania.

Nasza współpraca okazała się sukcesem, a Frank stał się jedną z czołowych postaci ruchu IFS. Poprzez swoje publikacje, prezentacje, a także udział w dyskusjach, jakie razem odbyliśmy – przyczynił się do dopracowania licznych aspektów IFS związanych z traumą, neurobiologią, farma-

² Regina A. Goulding, Richard C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors*, W.W. Norton & Co Inc., Nowy Jork 1995.

kologią czy funkcjonowaniem w roli rodzica. Jego kompetencje naukowe i sposób przekazywania wiedzy przydały społeczności IFS wiarygodności i zdobyły dla niej wielu nowych członków. Wspólnie z Frankiem i Martha Sweezy opracowaliśmy *Przewodnik po terapii IFS*³. To napisany w przyjazny sposób podręcznik, który pomaga korzystać z IFS w pracy z klientami stanowiącymi wyzwanie. Posłużył jako baza dla niniejszej książki.

Frank podróżuje po całym świecie, prowadząc swój autorski program szkoleniowy poświęcony stosowaniu IFS w leczeniu tramy oraz warsztaty na temat terapii Systemu Wewnętrznej Rodziny w kontekście funkcjonowania rodzicielskiego oraz aplikowania leków psychiatrycznych. Niedawno dołączył do zespołu Instytutu IFS, gdzie opracowuje szkolenia online, a także je prowadzi, w fantastyczny zresztą sposób. Wcześniej był mocno zaangażowany we współprowadzenie Fundacji na rzecz Przywództwa JA [*Foundation for Self Leadership*] – organizacji non-profit, która finansuje badania nad IFS, wspiera popularyzację tego podejścia i funduje związane z tym stypendia. Frank te swoje liczne działania doskonale łączy z prowadzeniem własnego gabinetu terapeutycznego – nie zaniedbując przy tym kontaktu z mężem oraz dwoma synami.

Wszystko to sprawia, że z ogromną wdzięcznością i ekscytacją piszę niniejszy wstęp do jego nowej książki, w której szczegółowo omawia bezpieczny i skuteczny sposób stosowania IFS wobec klientów, którzy ucierpieli z powodu doświadczenia traumy złożonej [*complex trauma*] lub rozwojowej [*developmental trauma*]⁴. Osoby te zazwyczaj mają silny wpływ na uaktywnienie się różnych części tych, którzy prowadzą terapię. Ze względu na wielokrotne, chroniczne nadużycia ze strony ludzi, od których te klientki i ci klienci byli w dzieciństwie zależni, i od których nie mogli uciec – ich strażacy bywają niezwykle ekstremalni w swych działaniach, a menedżerowie wyjątkowo sztywni i kontrolujący. W takich strauumatyzowanych systemach zamieszkują części, które nie ufają nikomu i ustawicznie testują terapeutkę, znajdując różnorodne sposoby, by ją ukarać, odrzucić lub zmanipulować, nawet jeśli ta pozostaje w kontakcie z energią JA.

³ Frank G. Anderson, Martha Sweezy, Richard C. Schwartz, *Przewodnik po terapii IFS*, przeł. A. Koluch-Horbowicz, Porozumiewajmy się, Poznań 2019. W oryginale występuje harwardzki system bibliograficzny, który zachowujemy w naszej publikacji. W przypadku tych pozycji, które są wymieniane przez Franka Andersona i zostały przetłumaczone na język polski, zamieszczamy dane bibliograficzne na dole strony, chcąc ułatwić czytelnikom i czytelniczkom dotarcie do książek, do których odwołuje się autor.

⁴ W całej publikacji pojawia się wiele kategorii traumy. Ze względu na to, że niektóre z nich nie występują w specjalistycznych rejestrach medycznych, a także w trosce o przejrzystość merytoryczną, będziemy podawać w nawiasach ich oryginalne brzmienie.

Specjalizacja medyczna, jaką jest psychiatria, stawia takim osobom przerażające i patologizujące diagnozy: zaburzenie osobowości z pogranicza, dysocjacyjne zaburzenie osobowości, afektywna choroba dwubiegunowa itp. To sprawia, że części ochronne terapeuty są szczególnie skore, by wkroczyć do akcji, przysłaniając jego JA. Ponieważ klientki i klienci z doświadczeniem traumy relacyjnej [*relational trauma*] są niezwykle wrażliwi na możliwość bycia porzuconym, przyczynia to się do jeszcze większej eskalacji ich objawów. Łatwo wtedy popaść w błędne koło, w którym części ochronne obu zgromadzonych w gabinecie terapeutycznym osób będą stopniowo intensyfikować swoją ekspresję, co często prowadzi do retraumatyzacji klienta. Pojawia się w nim poczucie, że oto został ponownie zdradzony.

Osobom prowadzącym terapię, a także ich klientom i klientkom potrzebna jest więc nienacechowana patologizowaniem mapa, dzięki której będą w stanie w miarę bezpiecznie poruszać się po tym polu minowym – w sposób prowadzący do uzdrowienia i nabrania sprawczości. Podejście IFS oferuje takie narzędzie. Zanim powstała ta książka, trzeba było samodzielnie wykreślać mapę ułatwiającą pracę z osobami dotkniętymi złożonym PTSD⁵, czerpiąc z bardziej ogólnych źródeł dotyczących zarówno IFS, jak i traumy. Publikacja autorstwa Franka Andersona stanowi nieoceniony zasób – dostarcza terapeutom pierwszy kompleksowy przewodnik leczenia złożonego PTSD w perspektywie IFS. Ogromne doświadczenie Franka w pracy z tą grupą klientów, jak również jego wykształcenie w dziedzinie neuropsychiatrii, pozwala mu wyczerpująco zaprezentować neuronaukowe spojrzenie na leczenie traumy oraz stosowanie leków psychiatrycznych.

Autor – w oparciu o własne doświadczenia związane ze swoimi częściami, które uaktywniają się podczas terapii strauatyzowanych klientek i klientów, w otwarty i przejrzysty sposób przedstawia znaczenie, jakie ma dla procesu współczująca i nieprzerwana obecność osoby prowadzącej terapię. Wskazuje przy tym na potrzebę identyfikowania i uzdrawiania tych własnych części, które taką obecność utrudniają, szczególnie w obliczu prowokacji ze strony klientki. Jestem pełen podziwu dla tego, jak dalece Frank odsłania swoją wrażliwość, umożliwiając czytelniczkom i czytelnikom wgląd w przebieg jego własnej podróży, podczas której tak wiele się nauczył, uzdrawiając swój system wewnętrzny. Dzięki temu ta książka tętni życiem.

⁵ W oryginale: *complex PTSD*. Złożony zespół stresu pourazowego (od ang. *complex post-traumatic stress disorder*) stanowi skutek wielokrotnie doznawanych zdarzeń traumatycznych i charakteryzuje się połączeniem objawów typowych dla zespołu stresu pourazowego z symptomami charakterystycznymi dla zaburzeń osobowości. Ta jednostka kliniczna została wprowadzona przez WHO w 2018 roku do 11. edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD).

Frank wniósł ogromny wkład w upowszechnianie IFS, do czego jego nowa książka przyczynia się w absolutnie wyjątkowy sposób, rzucając snop światła na wędrówkę, jaką jest proces leczenia złożonego PTSD – drogę, która nierzadko prowadzi przez obszary mroczne i niejasne.

Richard Schwartz,
twórca Terapii Systemu Wewnętrznej Rodziny (IFS)

Podziękowania

Przede wszystkim pragnę podziękować Lindzie Jackson z PESI Publishing, która wierzyła, że jestem w stanie napisać tę książkę, zanim jeszcze ja sam w to uwierzyłem. Dziękuję też Erikowi J. Martinowi za jego pomoc w zredagowaniu tej publikacji. Ten niezwykle utalentowany pisarz błyskawicznie zidentyfikował mój sposób posługiwania się językiem mówionym i wsparł mnie w przekładaniu go na słowo pisane tak, by zachować naturalność i swobodę. Jestem ogromnie wdzięczny, że Erik pojawił się na mojej drodze! Dziękuję także Jenessie Jackson, która wzięła czynny udział w finalnym procesie redakcyjnym, nadając całej książce przejrzystości; a także Amy Rubenzer, która nie szczędziła kreatywności, opracowując projekt okładki i układ graficzny poszczególnych stron.

Jestem wdzięczny Besselowi van der Kolkowi i innym osobom pracującym w Centrum Trauma [*Trauma Centre*]. Zostałem przyjęty do ich grona i właśnie od nich dowiedziałem się, jak towarzyszyć temu, co niewyrażalne. Dziękuję moim klientkom i klientom – to oni nauczyli mnie, jaką siłę i odporność ma ludzki duch, wzbogacając mój rozwój, zarówno zawodowy, jak i osobisty. Wyrazy wdzięczności kieruję również do mojego mentora i przyjaciela – Dicka Schwartza, twórcy Systemu Wewnętrznej Rodziny (IFS). Jestem w głębi serca przekonany, że nam obu było pisane, by się spotkać. To, że Dick zaprosił mnie do współudziału w tej niezwykle podróży, jaką jest upowszechnianie IFS w świecie, jest dla mnie prawdziwym zaszczytem. Dick Schwartz to człowiek niezwykle oddany poszukiwaniu sposobów na uzdrawianie ludzkiej psychiki – stanowi dla mnie nieustanne źródło inspiracji.

Dziękuję też rodzicom, którzy wciąż są obecni w moim życiu i widzą mnie takim, jakim jestem. Akceptują to, co nas dzieli, i niezależnie od wszystkiego darzą mnie miłością. Jestem wam obojgu wdzięczny na wieki. Dziękuję Austinowi – jesteś dla mnie darem od życia, a twoja niewinność, humor i sposób kwestionowania wszystkiego, co Cię otacza, pomaga mi rozwijać się bardziej niż mógłbym to sobie kiedykolwiek wymarzyć. Dziękuję Loganowi, z którym wędrujemy ścieżkami wzajemnie równoległymi, aczkolwiek niezależnymi od siebie. Na zakończenie dziękuję Michaelowi, mojemu nieoczekiwanemu partnerowi życiowemu. Twoja cicha, spokojna, stała i mądra obecność, bezwarunkowa miłość i wsparcie, są doprawdy szczególne. Nasz kontakt stanowi kwintesencję uzdrawiania w relacji i przez relację. Kocham Cię całym sercem.

Wstęp

Jestem wyznawcą fundamentalnej i uniwersalnej prawdy: **trauma blokuje miłość i kontakt**, a uzdrowienie istniejących w nas zranień umożliwia dostęp do miłości i dobra – naszych wrodzonych jakości. Mam głębokie przekonanie, że każdy człowiek posiada wewnętrzną mądrość, która służy mu jako swoisty kompas i daje poczucie prawdy. Łączność z tymi wewnętrznymi zasobami pozwala żyć w sposób harmonijny i autentyczny. Trauma, naruszając tę łączność, nadwątła zdolność do swobodnego nawiązywania więzi z innymi ludźmi. Aby przetrwać, odłączamy się od siebie samych, tracimy kontakt z tym, co prawdziwe, unikamy wrażliwości i trzymamy się na dystans od wspólnoty z otaczającymi nas ludźmi.

Proces uzdrawiania sprawia, że klienci sięgający po nasze terapeutyczne wsparcie są w stanie w naturalny i organiczny sposób nawiązywać kontakt ze swoimi wewnętrznymi przymiotami. Dzięki temu mogą odbudować połączenie ze sobą, doświadczyć miłości do siebie, przekroczyć przeżyta traumę oraz rozwijać zdolność do wchodzenia w bliższe i głębsze relacje z innymi ludźmi.

Dlaczego powstała ta książka

Biorąc pod uwagę moje własne doświadczenie traumy, nie ma nic dziwnego w tym, że większość swojej kariery zawodowej poświęciłem na pomaganie osobom, które zmagają się z konsekwencjami różnorodnych nadużyć. Przez ostatnie 29 lat miałem szczęście współpracować z Besselem van der Kolkiem – jego podejście i sposób pracy są mi bardzo bliskie. Bessel, jako prawdziwy wizjoner, konsekwentnie przesuwa granice tradycyjnej terapii, wspierając, promując i badając nowe, innowacyjne sposoby leczenia tych, których cierpienie nie daje się wyrazić słowami.

Dicka Schwartz, twórcę modelu IFS, spotkałem na jednej z dorocznych konferencji poświęconych traumie, organizowanych przez Bessela van der Kolka. Natychmiast między nami zaiskrzyło. Poczułem, że moje ciało przenika niezwykle, wszechogarniający impuls. W tym samym momencie Dick spytał: *Frank, czujesz to?* Tak, czułem, i instynktownie wiedziałem, że jestem tu po to, by pomóc mu w jego dziele. Mam ogromny podziw dla Dicka, który nieustraszenie dzieli się prawdą o IFS z ludźmi na całym świecie. Odczuwam wielką wdzięczność, że pozwolił mi dołączyć do siebie. Odmieniło to moje życie osobiste, umożliwiając nie tylko lepsze zrozumienie

siebie samego, ale przede wszystkim skuteczniejsze wspieranie klientów. Stałem się gorliwym orędownikiem IFS, przekonany, że jest to najbardziej kompleksowe podejście do leczenia traumy złożonej oraz poważnych urazów psychicznych, których skutkiem jest wysoki stopień dysocjacji. IFS to także paradygmat życiowy – ci, którzy go obierają, prowadzą bardziej świadome życie, nastawione na nawiązywanie relacji z sobą samym oraz otwarte okazywanie współczucia. .

Napisałem tę książkę w nadziei, że pomoże ona osobom zajmującym się prowadzeniem terapii – poprzez zastosowanie IFS – uniknąć pułapek i blokad, które często pojawiają się w związku z leczeniem złożonego zespołu stresu pourazowego (C-PTSD) i traumy relacyjnej. Wyposażone w wiedzę płynącą z tego podejścia będą mogły lepiej i skuteczniej wspomagać swoich klientów i klientki w nauce przyjmowania, uznawania i wspierania pozytywnych intencji ekstremalnych objawów, jakie towarzyszą traumie. Nabierając umiejętności identyfikowania i łagodnego traktowania własnych części aktywujących się podczas pracy z klientem, będą potrafiły bardziej skutecznie uzyskiwać dostęp do utrudniających mu życie zranień i je uzdrawiać.

W książce omawiam poszczególne rodzaje traumy, analizując różnice pomiędzy perspektywą IFS a tradycyjnym, fazowym podejściem do jej leczenia. Pokazuję też, w jaki sposób włączać IFS do innych modeli terapeutycznych oraz jak pracować ze strażnikami w kontekście traumy, by udzieli dostępu do chronionych przez nich zranień. Prezentuję także wiedzę z obszaru neuronauki, odnosząc ją do modelu IFS. Wspólnie przyjrzymy się neurobiologicznym aspektom PTSD i dysocjacji. Zastanowimy się także, w jaki sposób neuronauka może wspierać podejmowanie decyzji terapeutycznych w obliczu ekstremalnych objawów oraz odkryjemy szczególne podejście do traumy przywiązaniowej [*attachment trauma*], proponowane przez IFS. Będziemy się przyglądać zaniedbaniom, wrażliwości, wstydu oraz najczęstszy reakcjom przystosowawczym wynikającym z doznanej traumy relacyjnej w kontekście funkcjonowania różnych części – krytycznych, znieczulających, unikających, pasywnych, zażywających substancje psychoaktywne, skupionych na dbaniu o innych, a także tym przejętym od sprawców¹.

Przyjrzymy się również różnorodnym zranieniom oraz rodzajom odciążania, związanym z traumą złożoną lub ekstremalną [*extreme trauma*].

¹ W oryginale: *perpetrator parts*. Słowo *preparator* oznacza kogoś, kto popełnił przestępstwo lub dopuścił się przemocy, i na język polski najczęściej tłumaczone jest jako „sprawca”. W książce będziemy posługiwać się zamiennie sformułowaniami: „części sprawcy/sprawczyni” i „części autora/autorki przemocowych czynów”.

Omówimy najczęściej napotymane przeszkody utrudniające zdrowienie oraz sposoby ich skutecznego przezwyciężania, które umożliwiają faktyczne uwalnianie doświadczanego dotąd bólu. W książce przedstawiam przykłady z własnej praktyki, odnosząc się do moich osobistych doświadczeń oraz proponuję ćwiczenia kliniczne, wspierające proces uczenia się.

Przytaczając wiedzę z dziedziny neuronauki, którą uważam za istotną w kontekście modelu IFS, robię to z własnej perspektywy – w oparciu o osobiste podejście do tego obszaru nauki. Spodziewam się jednak, że w miarę rozwoju badań nad IFS uda się bardziej dogłębnie wyjaśnić mechanizmy wpływu tego rodzaju terapii na mózg i układ nerwowy człowieka. W ostatnich latach ta dziedzina wiedzy została w istotny sposób poszerzona za sprawą odkryć łączących neuronaukę z psychoterapią. Dzięki nim psychoterapia zyskuje większą wiarygodność w oczach społeczności naukowej i medycznej, a także przestaje być postrzegana jako dziedzina „miękką”. W miarę wypracowywania przez naukę coraz bardziej adekwatnych wyjaśnień zjawisk zachodzących podczas psychoterapii na szczeblu neuronalnym, będziemy mogli coraz lepiej wykorzystywać tę wiedzę do podejmowania decyzji terapeutycznych oraz rozwijania potencjału uzdrawiania osób, które mają za sobą przytłaczające doświadczenia życiowe.

Będąc zarówno psychiatrą oraz terapeutą, jak i człowiekiem, który przeżył doświadczenie traumy, pozostaję z nadzieją, że ta publikacja wskaże nową – opartą na IFS – ścieżkę wychodzenia z traumy relacyjnej [*transcend relational trauma*]. Witam wszystkich, którzy dołączają do mnie w tej pasjonującej podróży. Dziękuję wam za to i życzę, żeby była ona dla was treściwa i wartościowa.



Dział I

Trauma i IFS

Rozdział 1

Złożone PTSD a IFS

Trauma relacyjna

Już na samym początku chciałbym postawić sprawę jasno: nie jestem zwolennikiem podziału na „my i oni”, przejawiającego się w tego typu komunikatach: *Ja jestem lekarzem, a ty pacjentką; Zajmuję się leczeniem, a ty zostałeś uszkodzony; Jestem ekspertem w kwestii traumy, ty zaś masz za sobą traumatyczną historię.* Każdy z nas kiedyś (wcześniej lub później) doznał pewnego rodzaju traumy. Wszyscy nosimy w sobie głęboko skrywane zranienia, starając się ze wszelkich miar ujarzmić ból, który wywodzi się z tych właśnie doświadczeń. Co więcej – każdemu z nas zdarza się doświadczyć niewspółmiernie silnej reakcji emocjonalnej, gdy jakaś sytuacja dotknie takiej rany z przeszłości. Wierzę także, że każda istota ludzka ma w sobie to, co w IFS nazywamy JA [*Self*], które stanowi nasz rdzeń, naszą esencję – taki wewnętrzny kompas wyposażony w wewnętrzną wrodzoną mądrość i zdolność uzdrawiania.

Złożone PTSD – w swej najbardziej podstawowej postaci – oznacza naruszenie relacyjne [*relational violation*], wystawiające na szwank zaufanie i poczucie bezpieczeństwa, a także ograniczające dostęp do energii JA. Uzdrawienie traumy relacyjnej przywraca kontakt z naszym naturalnym rdzeniem, dzięki czemu jesteśmy w stanie kochać i ponownie łączyć się z innymi ludźmi. Powszechnie znamy przecież tę istotną różnicę pomiędzy byciem samemu a byciem samotnym, pomiędzy miłym spędzaniem czasu we własnym towarzystwie a poczuciem izolacji i głębokiej tęsknoty za kontaktem z drugą osobą. Ludzie o silniejszym rysie introwertycznym lubią

spędzać czas sami – dzięki temu są w stanie na nowo osiągnąć spokojne, wyciszone wewnętrzne połączenie. To coś zupełnie innego niż ból, izolacja czy stan rozłączenia z innymi ludźmi, które towarzyszą traumie relacyjnej i spowodowanym przez nią ranom (takim jak cierpienie i poczucie zdrady wynikające z odrzucenia, przemocy werbalnej lub seksualnej).

Na czym polega zawilość złożonego PTSD?

Szereg przyczyn składa się na to, że praca z osobą dotkniętą złożonym PTSD stanowi wyjątkowe wyzwanie. Jedną z nich jest kwestia nastawienia do terapii. To naturalne, że ktoś, kto ucierpiał z powodu powtarzającej się traumy relacyjnej, ma problem z bliskością, zaufaniem i poczuciem bezpieczeństwa w związkach z innymi ludźmi. Jednocześnie taki właśnie człowiek szuka dla siebie pomocy. Zgłasza się do gabinetu terapeutycznego z niewypowiedzianą intencją nawiązania bliskiej relacji, ty zaś masz nadzieję, że ten nowy klient poczuje się na tyle bezpiecznie, by podzielić się z tobą swoimi najgłębszymi przemyśleniami, uczuciami i obawami, dzięki czemu będziesz w stanie pomóc mu skutecznie przepracować doświadczenie zdrady relacyjnej.

Takie oczekiwanie to niemal pewna gwarancja porażki. Dlaczego? Ponieważ założenie, że ktoś, kto ucierpiał w kontekście relacji, będzie w stanie (bez większych reperkusji) przed obcym człowiekiem obnażyć swoje wnętrze, jest nierealne. W takich okolicznościach powtórne odtworzenie i przeżycie traumy staje się niemal pewnikiem.

Praca nad traumą relacyjną nieuchronnie dotyka ran klientki, a także może rezonować z osobistą historią i zranieniami terapeuty, uaktywniając jego własne zmagania z kwestiami bliskości i intymności. Jeśli zajmujesz się prowadzeniem terapii, warto pamiętać, że z dużą dozą prawdopodobieństwa istnieją w tobie opiekuńcze części, których źródłem była rana relacyjna. Zapewne wybór właśnie takiej, a nie innej profesji wynikał z osobistej próby uporania się z własną historią dotyczącą relacji. Wspieranie innych ludzi w ich trudnościach często wydaje się bezpieczniejsze niż skupianie się na własnych, a dodatkowo udzielanie komuś pomocy przynosi karmiące poczucie czynienia dobra. W relacji terapeutycznej jednak nie może być mowy o tym, by korzyści czerpały obie strony. Choć prowadzenie psychoterapii to zawód szlachetny i dający wiele satysfakcji, warto pamiętać, że w przypadku traumy relacyjnej istnieje duże prawdopodobieństwo uaktywnienia się bolesnych zaszłości z historii obu stron. A to może poważnie utrudnić spełnienie terapeutycznej intencji polegającej na wspieraniu procesu zdro-

wienia drugiego człowieka. Nie jest to wprawdzie cel nie do osiągnięcia, jednak zwykle stanowi on o wiele poważniejsze wyzwanie niż moglibyśmy się tego spodziewać.

Pragnienie wspierania innych w skuteczniejszej nawigacji podczas skomplikowanej podróży, jaką jest wychodzenie z traumy relacyjnej, to jedna z podstawowych przesłanek, które skłoniły mnie do napisania tej książki. Jestem wdzięczny za to, że mogę czerpać z własnych doświadczeń, ponieważ w wyniku terapii własnej oraz bliskiej współpracy z moimi klientami i klientkami udało mi się uleczyć pokaźną część osobistej traumy.

Praca z traumą bywa wyzwaniem, zwłaszcza gdy dotyka własnej historii terapeuty czy terapeutki. Trudności przysparza także to, że w trakcie procesu mogą wystąpić różne poważne objawy lub ekstremalne reakcje. U wielu klientów pojawiają się myśli samobójcze. Niektóre klientki w poszukiwaniu ukojenia mogą się samookaleczać. Często zdarza się nadużywanie substancji psychoaktywnych. Bywają ataki paniki, depresja, dysocjacja i poczucie wstydu. **Ekstremalne doświadczenia gwarantują pojawienie się ekstremalnych reakcji.**

Często w trakcie terapii doświadczona w dzieciństwie trauma przywiązaniowa aktywuje się na nowo, budząc desperacką potrzebę kontaktu oraz wywołując lęk przed bliskością lub panikę związaną z porzuceniem i utratą. Na skutek traumy relacyjnej nieuchronnie pojawiają się również problemy z granicami. Moje doświadczenie pokazuje, że u osób prowadzących terapię objawiają się one dwojako – jako **za dużo** lub **za mało**. W pierwszym przypadku może dojść do nadmiernej kompensacji. Terapeutka, chcąc uratować klienta, będzie mu **oferować zbyt wiele** i proponować działania wkraczające poza ramy terapii. W drugim przypadku może stać się **szttywna i kontrolująca**, aby w ten sposób chronić się przed zalaniem przez spragnione bliskości części klientki.

Również w kontekście symptomów trauma rzadko bywa prosta i oczywista. Wiele osób zмага się nie tylko z objawami PTSD, ale także z depresją, lękiem, atakami paniki, uzależnieniami, zaburzeniem dwubiegunowym, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, a nawet z psychozą. Często dotyczą ich różne schorzenia – o te, które mają podłoże biologiczne, należy odpowiednio zadbać. Dzięki tym klientom będzie łatwiej skutecznie zajmować się emocjonalnymi skutkami przeżytych naruszeń i nadużyć. Wszystkie te czynniki uwypuklają skomplikowany charakter procesu leczenia C-PTSD. Do nas – jako terapeutek i terapeutów – należy nieustanne monitorowanie własnych reakcji, które często uruchamia taki właśnie proces.

Zestawienie wybranych czynników komplikujących pracę terapeutyczną w przypadku złożonego PTSD:

- :: pułapki związane z relacją terapeutyczną;
- :: aktywacja części osoby prowadzącej terapię;
- :: występowanie ekstremalnych objawów i reakcji po stronie klienta;
- :: odtworzenie się wczesnej traumy przywiązaniowej;
- :: zmagania dotyczące granic;
- :: współistniejące schorzenia.

Towarzyszenie klientkom i klientom w obliczu przerażających wspomnień

Niezależnie od przyjętego modelu terapeutycznego praca z kimś, kto właśnie szczegółowo opisał przerażającą historię przeżytej przez siebie traumy seksualnej, fizycznej, werbalnej, emocjonalnej lub wynikającej z zaniedbania, stanowi nie lada wyzwanie. Wypowiedziane na głos zdania: *Nigdy nie zapomnę, jak leżała na podłodze, z twarzą w kałuży krwi; Wtedy pomyślałem, że zaraz umrę; Dusiłam się, z trudem łapałam powietrze, a on na mnie leżał;* albo *Słyszałem każdy strzał i za każdym razem myślałem, że ja będę następny* – zawsze budzą niepokój i są wstrząsające dla tego, kto ich słucha. Odbieranie i przetwarzanie straszliwych wspomnień klientki bądź klienta jest trudne, niezależnie od stopnia doświadczenia w leczeniu traumy. Nigdy nie zapomnę słów, które Bessel van der Kolk wypowiedział wiele lat temu, podczas zebrania zespołu w jego Ośrodku Leczenia Traumatycznej Pamięci: *Osoby, które przetrwały traumę, nie boją się najgorszego scenariusza. One go już po prostu znają, bo przeżyły to, co jest nie do pomyślenia.* To bardzo trafne stwierdzenie.

Spójrzmy prawdzie w oczy: jest to praca niezwykle wymagająca, ale przynosząca również ogromną satysfakcję. Jestem przekonany, że jej swista atrakcyjność ma osobiste podłoże. Dotyczy to także mnie samego. Jednocześnie towarzyszenie komuś, kto w naszej obecności opisuje i ponownie przeżywa ekstremalnie trudne zdarzenia, nie jest łatwe i często uruchamia nasze własne traumatyczne zranienia. Choć nie mogę sobie rościć prawa do tego, by stawiać się za jakiś wzór, podzielę się tu pewną refleksją: im dalej jest posunięty proces uzdrawiania mojej własnej traumy, tym łatwiej mi pracować z klientami, gdy pomagam im przetwarzać ich okrutne doświadczenia. Łatwiej mi przychodzi być obecnym i współczującym, a także nie

ulegać empatycznemu zalaniu, co wcześniej niekiedy się zdarzało. IFS tak bardzo wsparł mnie w uporaniu się z ogromem mojej traumatycznej historii i wyegzorcyzmowaniu nawiedzających mnie demonów, że dziś jestem w stanie skuteczniej pomagać klientkom, nie przejmując ich zranień, ani też nie ulegając pokusie ich ratowania. Chcę to powiedzieć zupełnie jasno: dotarcie do tego stanu – bardziej bezpiecznego, spokojnego i klarownego – wymagało ode mnie kilku lat intensywnej terapii własnej. Odciażyłem wiele moich ran i doszedłem do ładu z licznymi negatywnymi doświadczeniami, dzięki czemu teraz bardziej potrafię przysłużyć się dobru moich klientów.

Wyjątkowy wkład IFS

Terapia IFS wyrasta z podejścia systemowego i teorii wielorakiego umysłu. Jej podstawową przesłanką jest wiara w to, że każdy człowiek posiada coś, co określamy jako **JA** (rdzeń, dusza, wewnętrzny przywódca). Nie jest konieczne, by je w jakiś sposób rozwijać czy pielęgnować – przychodzimy wraz z nim na świat. W naszym systemie wewnętrznym oprócz **JA** istnieją też **części**, czyli różne aspekty osobowości. One także towarzyszą nam od urodzenia, niosą pozytywne intencje i nie są oznaką patologii. W obliczu doświadczanej traumy części są zmuszone, by przyjąć ekstremalną, ochronną rolę lub dźwigać w sobie bolesne doświadczenia.

IFS oferuje jedyny w swoim rodzaju sposób pracy z traumą, moim zdaniem – najbardziej kompletny ze wszystkich, które poznałem. Angażuje sferę **poznawczą**, co pomaga odkryć zniekształcone myśli i przekonania, a potem je wypuścić; włącza **ciało**, wspierając ruch i rozładowując doznania fizyczne; oraz facylituje uwalnianie bolesnych **uczuć** (poczucia samotności, braku własnej wartości czy bycia niegodnym miłości), uzdrawiając rany niesione przez części. IFS pomaga oswobodzić części z ich ekstremalnych ról i zasypać powstałą w następstwie traumy przepaść oddzielającą je od **JA**. Sprawia, że części są w stanie odbudować zaufanie do przywództwa **JA**, a także płynnie powrócić do systemu i zintegrować się z nim. IFS uwzględnia aspekt duchowy i proponuje ludzkie, niepatologizujące, pełne miłości i płynącej z serca otwartości podejście do uzdrawiania bólu wynikającego z wielokrotnych naruszeń relacyjnych. Osobiście mogę potwierdzić moc i skuteczność tego podejścia. Stawać się częścią tego rozwiązania, z miłością i współczuciem – to w pełni odpowiada temu, kim jestem i kim chcę być w świecie i dla świata.

Słownik terminów IFS¹

<p>„5 P” 5 P’s</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>presence</i> 2. <i>patience</i> 3. <i>persistence</i> 4. <i>perspective</i> 5. <i>playfulness</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. obecność 2. cierpliwość 3. wytrwałość 4. umiejętność patrzenia z różnych perspektyw 5. humor
<p>„6 F” 6 F’s</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>find</i> 2. <i>focus</i> 3. <i>flesh out</i> 4. <i>feel</i> 5. <i>befriend</i> 6. <i>fears</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. poszukaj części 2. pójdź w głąb 3. poznaj szczegóły 4. poczuj 5. zaprzyjaźnij się 6. poznaj obawy
<p>„8 C” 8 C’s</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>curiosity</i> 2. <i>calm</i> 3. <i>compassion</i> 4. <i>clarity</i> 5. <i>connectedness</i> 6. <i>confidence</i> 7. <i>courage</i> 8. <i>creativity</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ciekawość 2. spokój 3. współczucie 4. jasność 5. połączenie 6. pewność siebie 7. odwaga 8. kreatywność

¹ Niektóre z definicji zostały zaczerpnięte z *Przewodnika po terapii IFS* (przypis autora).
Zobacz: F. Anderson, R. Schwartz, M. Sweezy, *Przewodnik po terapii IFS*, s. 15, op. cit.

<p>CIĘŻARY <i>burdens</i></p>	<p>Wchłonięte przez część przekonania, np. <i>Nie zasługuję na miłość, Jestem bezwartościowy</i>, oraz intensywne, związane z traumą stany emocjonalne, np. przerażenie, zawstydzenie, wściekłość, odczucia fizyczne, a także powtórne przeżywanie zdarzenia w rozmaitych formach sensorycznych (<i>flashback</i>).</p>
<p>CZĘŚCI <i>parts</i></p>	<p>Znajdujące się w każdym z nas, funkcjonujące niezależnie stany psychiczne lub podoosobowości. Wyróżniamy trzy kategorie części:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wygnańcy (zranione części); 2. menedżerowie (części proaktywne); 3. strażacy (części reaktywne). <p>Części są bytami odrębnymi od JA.</p>
<p>DOSTĘP BEZPOŚREDNI <i>direct access</i></p>	<p>Metoda służąca porozumiewaniu się z częściami, będąca alternatywą dla komunikacji wewnętrznej (wglądu); wykorzystywana, gdy część jest sklejo- na, a JA klientki niedostępne. Terapeuta zwraca się wtedy wprost do tej części i prowadzi z nią rozmowę².</p>
<p>ENERGIA JA <i>Self-energy</i></p>	<p>Kwintesencja JA klienta. Jakości, które terapeuta pomaga skierować ku jego wewnętrznym częściom oraz relacjom z innymi osobami.</p>

² W *Przewodniku po terapii IFS* pojawia się szersza definicja tego terminu: „(...) może zapytać w sposób otwarty [*explicitly*] (np. „Czy mogę porozmawiać bezpośrednio z tą częścią? Dlaczego chcesz, aby John pił?”). A kiedy klient odrzuca ideę części i mówi: „To nie jest jakaś część, to ja”, terapeuta może zacząć rozmowę z nią, nie ujawniając wprost [*implicitly*], że rozmawia bezpośrednio z tą częścią. Bezpośredni dostęp często stosuje się w pracy z dziećmi (Krause, 2013), chociaż niektóre z nich potrafią używać komunikacji wewnętrznej”, s. 17, op. cit.

<p>INTEGRACJA <i>integration</i></p>	<p>Jeden z etapów procesu odciażania. Po uzdrowieniu wygnańca przywołujemy strażników, proponując im uwolnienie się od pełnionej dotychczas ochronnej roli.</p>
<p>JA <i>Self</i></p>	<p>Wrodzona esencja każdego człowieka, wprowadzająca równowagę, harmonię i pozbawione osądów jakości: ciekawość, troskę, kreatywność, odwagę, spokój, połączenie, jasność i współczucie. JA to stan istnienia, który nie może zostać wytworzony ani zniszczony.</p>
<p>JA W ROLI ŚWIADKA <i>witnessing</i></p>	<p>Etap procesu odciażania, w którym część pokazuje JA klienta swoje doświadczenia lub o nich opowiada w sposób, który pozwoli jej poczuć, że została w pełni dostrzeżona, usłyszana i uznana.</p>
<p>KOMUNIKACJA WEWNĘTRZNA (WGLĄD) <i>internal communication</i> <i>(in-sight)</i></p>	<p>Podstawowa technika, jaką posługuje się terapeutka, by pomóc klientce komunikować się z swoimi częściami. JA klientki słucha tego, co mówi część, i rozmawia z nią. Jeśli strażnicy blokują ten sposób komunikacji, używamy dostępu bezpośredniego.</p>
<p>MENEDŻER (CZĘŚĆ PROAKTYWNA) <i>manager</i> <i>(preventive part)</i></p>	<p>Jeden z dwóch typów części ochronnych. Celem menedżerów jest trzymanie wygnańców w ukryciu, w trosce o to, by nie dopuścić do ponownego dotknięcia zranienia. Menedżerowie to między innymi te części, które unikają konfliktów, intelektualizują, nieprzerwanie działają, zamartwiają się, albo w sposób szczególny przykładają się do pracy.</p>

<p>NOWY SCENARIUSZ <i>do-over</i></p>	<p>Etap procesu odciążania, który następuje po tym, gdy wygnaniec podzielił się z JA wszystkim tym, czym chciał się podzielić. JA dołącza do wskazanego przez wygnańca miejsca w przeszłości, ofiarowując mu nowe, korektywne³ doświadczenie.</p>
<p>OBCIĄŻONA <i>burdened</i></p>	<p>Stan, w jakim jest część niosąca: negatywne przekonania, np. <i>Nie zasługuję na miłość, Jestem bezwartościowa</i>; trudne intensywne uczucia, np. przerażenie, panika, wstyd, wściekłość lub doznania fizyczne, np. wspomnienia zapisane w ciele, wizualne flashbaki.</p>
<p>ODKLEJENIE (ODDZIELENIE) <i>unblending</i> (<i>separating</i>)</p>	<p>Stan psychicznej dyferencjacji, w którym części są obecne, jednak pozostają oddzielone od JA; nie dominują nad nim, ani go nie zalewają.</p>
<p>ODZYSKANIE <i>retrieval</i></p>	<p>Etap procesu odciążania, który następuje po tym, kiedy wygnana część została już zidentyfikowana i poznana przez JA, a następnie po przeżyciu doświadczenia korektywnego, stworzonego przez JA, może bezpiecznie opuścić przeszłość i zacząć funkcjonować w bezpiecznym miejscu w teraźniejszości.</p>

³ W oryginale: *corrective experience*. W polskiej wersji posługujemy się zamiennie terminami "korektywne doświadczenie" i "doświadczenie korygujące".

<p>POLARYZACJA <i>polarization</i></p>	<p>Konflikt, który występuje zwykle (ale nie wyłącznie) pomiędzy dwoma strażnikami skłóconymi o sposób ochrony (często tego samego) wygnańca. W przypadku przeżytej traumy polaryzacja może przybrać ekstremalny wymiar i powodować ogromne koszty, zaś jej rozwiązanie staje się możliwe, gdy JA uzna i doceni działania obu części.</p>
<p>PROCES ODCIĄŻANIA <i>unburdening process:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>witnessing</i> 2. <i>do-over</i> 3. <i>retrieval</i> 4. <i>unload</i> 5. <i>invitation</i> 6. <i>integration</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. JA w roli świadka 2. nowy scenariusz 3. odzyskanie 4. puszczenie/rozładowanie⁴ 5. zaproszenie nowych jakości 6. integracja⁵
<p>PROPOZYCJE DLA CZĘŚCI OCHRONNYCH <i>invitation to protective parts</i></p>	<p>Mają one na celu uzyskanie od części ochronnych pozwolenia na dostęp do zranionej części. Strażnikom oferujemy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pomoc w zadbanie o to, by nie doszło do przytłoczenia systemu; 2. możliwość wybrania sobie nowej roli; 3. uzdrowienie zranienia.

⁴ W zamieszczanej w innych publikacjach strukturze procesu odciążania ten etap nosi nazwę „odciążenie” [*unburdening*]. Zobacz: *Przewodnik po terapii IFS*, s. 18, op. cit.

⁵ Ten etap bywa również nazywany „powrotem do strażników” [*protectors check-in*], ibidem, s. 19.

<p>PRZYTŁOCZENIE <i>overwhelm</i></p>	<p>Fundamentalny lęk towarzyszący osobom, które doznały traumy. Sposób na zapobiegnięcie jego wystąpieniu stanowi treść jednej z propozycji, jaką składamy częściom ochronnym – możemy zwrócić się z prośbą bezpośrednio do części, która nosi w sobie trudne emocje, by nie przytłoczyła nimi systemu. Dzięki temu część ochronna będzie bardziej skłonna, aby zezwolić na dostęp do rany wymagającej uzdrowienia.</p>
<p>PUSZCZENIE/ROZŁADOWANIE <i>unloading</i></p>	<p>Etap procesu odciążania, w którym zraniona część – dzięki temu, że znajduje się w bezpiecznej terażniejszości – może wypuścić przekonania, uczucia i doznania fizyczne, jakie wchłonęła w siebie w efekcie traumatycznych zdarzeń.</p>
<p>SKLEJENIE⁶ <i>blended</i></p>	<p>Stan, w którym jakaś część przejmuje zarządzanie systemem, stając się nieodróżnialną od innej części i/lub od JA.</p>

⁶ W oryginale: *blended*, co oznacza „zmieszana”. W polskiej terminologii IFS przyjęty się sformułowania „część jest sklejona” i „sklejenie”. Ze względu na ich rozpowszechnienie będziemy się tutaj nimi posługiwać, a także konsekwentnie dla nazwania stanu przeciwnego, czyli *unblended*, dosłownie: „roz mieszana” – pojęciem „odklejona”, „odklejenie”. Jednocześnie mamy świadomość, że w polskich tłumaczeniach publikacji odnoszących się do IFS, np. w pozycji autorstwa Janiny Fisher pt. *Terapia osób, które przetrwały traumy złożone*, tłum. M. Moskał, WUJ, Kraków 2019, pojawia się termin „odmieszany”, „odmieszać się”.

<p>STRAŻAK (reaktywna/ekstremalna część) <i>firefighter</i> (<i>reactive/extreme part</i>)</p>	<p>Część ochronna (drugi typ), która zwykle pojawia się w chwili, gdy ból emocjonalny wygnańca zostanie uaktywniony. Strażacy reagują w sposób ekstremalny, często przesadzony i raczej nie mają na względzie dobra innych. Zrobią wszystko, by ugasić ten ból. Ich przykładowe strategie to: samobójstwo, samookaleczenie, nadużywanie alkoholu, objadanie się, atak wściekłości, zawstydzanie i dysocjacja.</p>
<p>WYGNANIEC (ZRANIONA CZĘŚĆ) <i>exiles</i> (<i>wounded part</i>)</p>	<p>Część, która niesie w sobie bolesne przekonania, uczucia lub doznania fizyczne powstałe w efekcie traumatycznych lub przytłaczających doświadczeń. Wygnańcy czują się samotni i niekochani. Są przepełnieni wstydem i poczuciem braku wartości. Ludzie zużywają ogromną ilość wewnętrznej energii, by utrzymać te zranione części z dala od świadomości.</p>
<p>ZAKTUALIZOWANIE WIEDZY CZĘŚCI <i>updating</i></p>	<p>Proces polegający na zapoznaniu z dzisiejszym JA części (ochronnej lub wygnanej), która do tej pory pozostawała w połączeniu z JA z przeszłości.</p>
<p>ZAPROSZENIE DLA WYGNAŃCÓW <i>invitation for exiles</i></p>	<p>Etap procesu odciązania, w którym wygnańcy mogą wybrać, jakie nowe jakości chcieliby zaprosić, aby wypełnić przestrzeń, która powstała po wypuszczeniu ciężaru.</p>

Rozdział 2

Różne rodzaje traumy

Trauma traumie nierówna. Nie traktujemy każdego urazu psychicznego w taki sam sposób. Poniżej przedstawiam krótki opis różnych rodzajów, czy też kategorii traumy. Na ogół ludzie doświadczają jakiegoś pojedynczego traumatycznego wydarzenia¹ lub tego, co jest nazywane ostrą reakcją na stres² (ASD). W większości przypadków istnieje duża szansa, że objawy całkowicie ustąpią w przeciągu trzydziestu dni. Jednak w przypadku osób, które już wcześniej doznały wielu traumatycznych zdarzeń, zwiększa się ryzyko, że doświadczą one traumy przewlekłej [*chronic trauma*] i wystąpią u nich charakterystyczne dla PTSD symptomy towarzyszące im dłużej niż miesiąc. Gdy czyjeś traumatyczne doświadczenia wiążą się z powtarzającymi się naruszeniami relacyjnymi z dzieciństwa, może u tej osoby dojść do traumatycznego zaburzenia rozwoju (DTD) lub traumy przywiązaniowej. Gdy objawy (bądź tego typu naruszenia) utrzymują się lub pojawiają w wieku dorosłym – zwykle skutkuje to zdiagnozowaniem u takiego człowieka złożonego zespołu stresu pourazowego (C-PTSD) lub traumy relacyjnej. W bardziej ekstremalnych okolicznościach i w przypadku historii pełnej poważnych i/lub powtarzających się urazów i nadużyć, do których doszło na wczesnym etapie życia, zazwyczaj rozpoznaje się dysocjacyjne zaburzenie

¹ W oryginale: *single traumatic event*. W rozpowszechnionej w Polsce klasyfikacji urazów psychicznych mowa jest o będącej następstwem pojedynczego zdarzenia „traumie typu I”, zwanej również „traumą prostą”.

² W oryginale: *acute stress disorder*. W polskiej psychiatrii i psychologii ASD występuje pod dwiema nazwami: „ostra reakcja na stres” lub „ostre zaburzenie stresowe”.

osobowości (DID). Wiąże się ono z funkcjonowaniem wielu różnych części, które są od siebie niezależne i działają w oderwaniu od siebie nawzajem.

Trauma prosta lub ostra reakcja na stres (ASD)

Trauma jednorazowa [*single-incident trauma*] lub ostra trauma [*acute trauma*] zwykle stanowią skutek pojedynczego zdarzenia traumatycznego [*traumatic event*], na przykład wypadku samochodowego, nagłej śmierci bliskiej osoby, napadu, rabunku lub poważnej choroby. Obserwowane objawy – natrętne obrazy, negatywny afekt, dysocjacja, unikanie, odrętwienie oraz pobudzenie – są podobne do tych, którymi charakteryzuje się chroniczne PTSD. Jednak w przypadku ostrej reakcji na stres stanowią one wyraz naturalnej, fizjologicznej adaptacji do przeżytego zdarzenia i zazwyczaj ustępują w ciągu miesiąca (SAMHSA, 2014). Badanie prowadzone w 24 krajach wykazało, że ponad 70 procent osób doświadcza w życiu co najmniej jednego traumatycznego zdarzenia, zaś aż 30,5 procent przeżyło tego typu urazy przynajmniej czterokrotnie (Benjet i in., 2016).

Postępowanie zalecane w przypadku ostrej reakcji stresowej na wydarzenie traumatyczne różni się od podejścia przyjmowanego wobec traumy przewlekłej lub złożonego PTSD. Koncentrujemy się na zapewnieniu takiej osobie bezpiecznego i wspierającego otoczenia, w którym będzie ona mogła w sposób naturalny przetworzyć swoje doświadczenia. Objawy PTSD pojawiające się w trakcie pierwszego miesiąca po traumatycznym zdarzeniu są rzeczą całkowicie normalną, zaś w podejściu IFS nie mamy na dziś żadnego konkretnego protokołu pracy z traumą ostrą. Zdarzyło mi się jednak być świadkiem skuteczności IFS w tego typu przypadkach, szczególnie wtedy, gdy klienci mogli uzyskać dostęp do energii JA. To właśnie JA zapewnia częściom bezpieczne, wspierające środowisko – ból nie jest dźwigany samotnie i zmniejsza się ryzyko, że części przyjmą ekstremalne role. **W przypadku traumy ostrej obecność JA jest w stanie zapobiec rozwinięciu się części ochronnych i wysłaniu zranień na banicję.**

Cenioną i powszechnie znaną metodą leczenia ostrego zaburzenia stresowego jest EMDR³. Działanie tej metody zostało poparte wystarczającą liczbą badań, by potwierdzić słuszność jej stosowania w przypadku traumy ostrej (Buydens, Wilenski, Hensley, 2014). W przeszłości pracę z ostrymi urazami, szczególnie jeśli były one grupowym doświadczeniem, powszechnie prowadzono za pomocą debriefingu psychologicznego (CISD). Skutecz-

³ *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* – odwracanie i przetwarzanie za pomocą ruchu gałek ocznych.

ność tego podejścia została jednak zakwestionowana. Obecnie obowiązujący wcześniej protokół jest poddawany ponownej ocenie, która ma na celu stwierdzenie, jaki zakres przetwarzania po zdarzeniu traumatycznym może przynosić korzystne skutki (Wessely, Deahl, 2003). Komplikacją może być bowiem zarówno zbyt wiele rozmów na temat tego, co się zdarzyło, jak i zbyt mało; a pewne leki – na przykład benzodiazepiny – nie powinny być podawane, gdyż mogą zakłócać normalny przebieg przetwarzania wspomnienia i zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia chronicznego PTSD (Guina i in., 2015). Pojawiające się ostatnio doniesienia badawcze wskazują z kolei, że zaaplikowanie sterydów w fazie ostrej traumy może powstrzymać rozwój przewlekłego PTSD (Rasmusson i in., 2017).

PTSD lub trauma przewlekła

Istnieje kilka czynników przesądzających o tym, czy u danej osoby istnieje ryzyko przekształcenia się naturalnych objawów charakterystycznych dla reakcji na traumatyczne doświadczenie w chroniczne PTSD. Są to między innymi: historia wcześniejszej traumy, a także wszelkie zaburzenia w obszarze zdrowia psychicznego oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych i genetyczne obciążenie PTSD. Poniżej przedstawiam kryteria, które pomagają rozpoznać objawy wskazujące na wystąpienie zespołu stresu postraumatycznego. Zostały one zaczerpnięte z Protokołu Udoskonalającego Leczenie [*Treatment Improvement Protocol*], opracowanego w ramach działalności wydziału ds. spraw związanych ze zdrowiem psychicznym i nadużywaniem substancji psychoaktywnych (SAMSHA 2014)⁴:

- 1) Wystawienie na kontakt ze śmiercią, poważnym uszkodzeniem ciała lub przemocą seksualną albo zagrożenie tymi czynnikami.
- 2) Występowanie intruzywnych symptomów powiązanych z traumatycznym zdarzeniem.
- 3) Uporczywe unikanie bodźców kojarzonych z traumatycznym zdarzeniem.
- 4) Negatywne, powiązane z tym zdarzeniem, zmiany poznawcze i zmiany nastroju.
- 5) Wyrażna, powiązana z tym zdarzeniem, zmiana poziomu pobudzenia i stopnia reaktywności.
- 6) Utrzymywanie się tych anomalii przez okres dłuższy niż trzydzieści dni.

⁴ Więcej: www.samhsa.gov [dostęp: 28.02.2023].

-
- 7) Objawy powodują klinicznie istotny dystres lub upośledzenie funkcjonowania w obszarze społecznym, zawodowym lub jakimkolwiek innym mającym szczególne znaczenie.
 - 8) Objawy nie są powiązane z fizjologicznym działaniem substancji psychoaktywnych ani z żadnym innym schorzeniem.

Jak wiadomo PTSD może być skutkiem wielorakich urazów psychicznych, takich jak wypadek samochodowy, utrata bliskiej osoby, gwałt podczas randki, bycie świadkiem traumatycznego zdarzenia, którego doświadczyła inna osoba, a także konsekwencją życia w świecie dotkniętym globalną pandemią. Ów syndrom może przerodzić się w stan chroniczny, stając się następstwem szokującej jednorazowej sytuacji, lub wystąpić po kilku poważnych i wzajemnie ze sobą powiązanych trudnych wydarzeniach.

Złożone PTSD lub trauma relacyjna

Traumę, której istotą są wielokrotnie się powtarzające się trudne wydarzenia o charakterze relacyjnym, nazywamy złożonym PTSD albo traumą relacyjną. Według Judy Herman, autorki klasycznej już pozycji *Trauma and Recovery*⁵, złożone PTSD to skutek ekspozycji na powtarzające się lub długotrwałe formy traumy interpersonalnej, często pojawiające się w okolicznościach, w których ucieczka nie jest możliwa z przyczyn fizycznych, psychicznych, rodzinnych, środowiskowych, społecznych albo związanych ze stopniem dojrzałości.

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Stresem Pourazowym (ISTSS) utworzyło grupę zadaniową w celu zdefiniowania i opracowania wytycznych do leczenia złożonego PTSD. Przyjęta przez nią definicja złożonego zespołu stresu pourazowego obejmuje podstawowe objawy PTSD, które występują wraz z zaburzeniami zdolności samoregulacji, objawiającymi się w pięciu obszarach:

- 1) trudnościach w regulowaniu emocji;
- 2) problemach w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji;
- 3) dysregulacji uwagi oraz zaburzeniach świadomości (np. dysocjacja);
- 4) negatywnie nacechowanym systemie przekonań;
- 5) niepokoju somatycznym i dezorganizacji (Cloitre i in., 2012).

⁵ W Polsce książka Judith Herman ukazała się pod tytułem: *Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego*, przeł. M. Reimann, Czarna Owca, Warszawa 2020.

Bessel van der Kolk i inni badacze określają ten syndrom mianem DESNOS, co stanowi skrót od *disorder of extreme stress not otherwise specified*⁶ (Pelcovitz i in., 1997).

W niniejszej książce skupimy się właśnie na tym rodzaju traumy. To uraz psychiczny, z którym najczęściej zgłaszają się do nas klientki i klienci. Jest on trudny do uzdrowienia i potrafi łatwo uruchamiać części osoby prowadzącej terapię. Kiedy jednak proces leczenia przyniesie pomyślne rezultaty, może dojść do ogromnej zmiany w życiu naszych klientów. Uważam, że IFS – ze względu na zdolność niesienia ulgi i uzdrawiania zranionych części, dźwigających skutki wielokrotnych relacyjnych urazów – doskonale odpowiada na potrzeby tego typu pracy.

Trauma rozwojowa

Traumę rozwojową można postrzegać na dwa sposoby, z których jeden jest bardziej rozpowszechniony i szeroko uznawany. Chodzi tu o traumę relacyjną lub złożoną, której dana osoba doświadczyła w dzieciństwie, nazywaną również postraumatycznym zaburzeniem rozwojowym [*developmental trauma disorder*, DTD]⁷. Takie podejście do traumy rozwojowej opiera się na wynikach badań przeprowadzonych przez towarzystwo ubezpieczeniowe *Kaiser Permanente* i amerykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDCP), dotyczących niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE). 11 procent respondentów donosiło o doświadczeniu nadużyć emocjonalnych w dzieciństwie, 30 procent o nadużyciach fizycznych, zaś kolejne 20 procent o nadużyciach seksualnych (Felitti i in., 1998). Ponadto – 24 procent respondentów wychowywało się w rodzinie, w której nadużywano alkoholu, 19 procent zgłosiło chorobę psychiczną u członka rodziny, 13 procent było świadkiem maltretowania swojej matki, a 5 procent donosiło o nadużywaniu narkotyków w swojej rodzinie pochodzenia. Te bardzo niepokojące i wysokie liczby wskazują, że tego rodzaju doświadczenia są o wiele bardziej powszechne, niż uprzednio sądzono.

Vincente Felitti i jego zespół odkryli też silną korelację pomiędzy wynikiem ACE danej osoby a negatywnymi zdarzeniami w jej dalszym życiu, typu: depresja, próby samobójcze, alkoholizm, narkomania, liczne przygody seksualne, przemoc domowa, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej

⁶ Ten termin jest tłumaczony w polskim piśmiennictwie jako „zaburzenia związane z ekstremalnym stresem, nieokreślone inaczej”. Zobacz: Radosław Tomalski, Igor J. Pietkiewicz, *Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości*, [w] *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2020, 20 (1), ss. 54–60.

⁷ Bessel van der Kolk, *Strach ucieleśniony*, przeł. M. Załoga, Czarna Owca, Warszawa 2018.

oraz choroby przenoszone drogą płciową. Ponadto osoby z wyższym wynikiem ACE były narażone na zwiększone ryzyko chorób serca, raka, cukrzycy, złamań kończyn i schorzeń wątroby. Ten alarmujący raport jest zgodny z opinią Gabora Maté, autora książki *Kiedy ciało mówi nie*⁸, który utrzymuje, że większość problemów zdrowotnych, zarówno w domenie zdrowia psychicznego, jak i fizycznego, ma swoje źródło w traumie.

Inny sposób podejścia do traumy rozwojowej polega na zadaniu pytania: *Na jakim etapie rozwoju miało miejsce zdarzenie traumatyczne?* W ten sposób kierujemy uwagę na to, jak traumatyczne doświadczenie wpłynęło na rozwój mózgu, występujące objawy i postawioną diagnozę psychiatryczną. Martin Teicher, dyrektor Programu Badań nad Biopsychiatrią Rozwojową na wydziale medycznym Uniwersytetu Harvarda, wraz z pracownikami swojego laboratorium, wykazał, że doświadczenie maltretowania we wczesnym okresie życia powoduje zmiany w strukturze i funkcjach mózgu, zależne od charakteru urazów oraz etapu rozwojowego dziecka. Badaczki i badacze zidentyfikowali okresy krytyczne [*sensitive periods*], w których pewne regiony mózgu są szczególnie podatne na różnego rodzaju traumy. Wykazali na przykład, że nadużycia werbalne mają związek ze zmianami w korze słuchowej oraz ekspresji werbalnej, natomiast bycie świadkiem przemocy domowej koreluje ze zmianami w korze wzrokowej i układzie limbicznym. Ich badania pokazują, w jaki sposób różne rodzaje traumy w zależności od wieku wpływają na określone obszary mózgu i wywołują dane objawy oraz zaburzenia psychiczne (Teicher, Samson, 2016).

Kolejnym pionierem badań nad traumą rozwojową jest Bruce Perry, twórca Neurosekwencyjnego Modelu Terapii, który służy analizie sposobu, w jaki trauma, bądź doznane zaniedbania, modyfikują biologię mózgu i wpływają na poznawczy, behawioralny, emocjonalny, społeczny i fizjologiczny rozwój dziecka. Identyfikując obszary mózgu, na które najsilniej wpływają poszczególne rodzaje urazów doświadczanych na konkretnych etapach rozwojowych, możemy zapoczątkować opracowywanie interwencji zorientowanych na pracę z mózgiem. Będą one pomocne w leczeniu i być może doprowadzą do zniwelowania fizjologicznych zaburzeń powstałych w efekcie konkretnych zdarzeń traumatycznych. Należy pamiętać, że nigdy nie przestajemy się rozwijać. Traumatyczna strata będzie miała zupełnie inny wpływ na dwunastoletnie dziecko niż na osobę dorosłą w wieku trzydziestu czy sześćdziesięciu lat – mózg, ciało oraz zdolność do przetwarzania emocji są zróżnicowane i zależne od etapu rozwoju.

8 Gabor Maté, *Kiedy ciało mówi nie*, przeł. P. Cieślak, Czarna Owca, Warszawa 2022.

Trauma ekstremalna

Ostatnia kategoria to trauma ekstremalna lub poważny uraz psychiczny, w efekcie którego doszło do wysokiego stopnia dysocjacji. Osobiście postrzegam dysocjację jako **zaburzenie tworzące spektrum** [*spectrum disorder*], na którym mamy do czynienia z różnymi częściami, począwszy od tych najłagodniejszych, jak chociażby część powodująca zawieszanie się, aż po najbardziej ekstremalne – są to te części, które funkcjonują jako odrębne byty, czemu towarzyszy brak wspólnej pamięci wydarzeń oraz świadomości upływającego czasu, jak ma to miejsce w przypadku DID. W kontekście traumy części dysocjujące często są szczególnie ekstremalne, ponieważ postrzegają to, co się wydarza, w kategoriach życia lub śmierci. W efekcie sięgają po najbardziej radykalne sposoby: odłączanie, wycofanie lub odrętwienie. Wszystkie te mechanizmy służą przetrwaniu (więcej na ten temat pojawi się w dziale III niniejszej książki).

Dla wielu terapeutów kontakt z klientką cierpiącą na DID bywa przytłaczający i oszałamiający. Taka osoba to mistrzyni w budowaniu zamieszania i niejasności. Często od samego początku wnosi ogromny i spektakularny zamęt, a następnie zgłasza, jeden po drugim, liczne i na pozór nierozstrzygalne dylematy. W takim przypadku należy trzymać się zasad IFS i nie dać się wciągnąć w dramatyzowanie sytuacji, pamiętając, że jedne z części w systemie chronią, inne niosą zranienia, zaś gdzieś wewnątrz, w głębi, jest energia JA, która pomaga uleczyć ból.

Na kolejnej stronie przedstawiam zestawienie różnych typów traumy.

<p>Ostra reakcja na stres:</p>	<ul style="list-style-type: none"> :: ustępuje w ciągu miesiąca od chwili zdarzenia; :: ponowne przeżywanie, unikanie i/lub odrętwienie oraz nadmierne pobudzenie to typowe mechanizmy adaptacyjne; :: podanie benzodiazepin zwiększa prawdopodobieństwo rozwinięcia się chronicznego PTSD.
<p>PTSD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> :: objawy utrzymują się przez okres dłuższy niż trzydzieści dni; :: intruzywne obrazy, unikanie, negatywne przekonania, podwyższone pobudzenie i reaktywność; :: pierwsze doświadczenie traumatyczne sprawia, że system uwrażliwia się i staje się bardziej podatny na wystąpienie zespołu stresu pourazowego.
<p>Złożone PTSD albo trauma relacyjna:</p>	<ul style="list-style-type: none"> :: powtarzająca się ekspozycja na przemoc interpersonalną przy jednoczesnym braku możliwości ucieczki; :: podstawowe objawy PTSD oraz: trudności z regulacją emocji, problemy relacyjne, zmiany w zakresie uwagi i świadomości, przekonania nacechowane negatywnie, somatyzację; :: znane również pod nazwą DESNOS
<p>Trauma rozwojowa:</p>	<ul style="list-style-type: none"> :: trauma relacyjna w dzieciństwie albo posttraumatyczne zaburzenie rozwojowe (DTD); :: etap rozwojowy, na jakim miała miejsce trauma; :: dotknięte zaburzeniem regiony mózgu korelują z obserwowanymi objawami.
<p>Trauma ekstremalna lub dysocjacyjna:</p>	<ul style="list-style-type: none"> :: dysocjacyjne zaburzenie osobowości (DID) :: zagrożenie życia i ucieczka; :: objawy dysocjacyjne stanowią spektrum.