

Grażyna Bogucka

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
Warszawa

Uraz psychiczny i radzenie sobie z nim — modele teoretyczne

Psychological Trauma and Coping with It — Theoretical Models

Słowa kluczowe: radzenie sobie, mechanizmy obronne, uraz psychiczny, *libido*, uszkodzenie słuchu.

Key words: coping, defense mechanisms, psychic trauma, *libido*, hearing impairment.

Streszczenie

W artykule przedstawiono przegląd podstawowych modeli przeżywania urazu psychicznego i sposobów radzenia sobie z nim. Autorka przyjęła założenie, że sytuacja utraty słuchu przez osobę dorosłą jest dla niej wstrząsem — tak samo wstrząsem dla rodziców jest diagnoza niedosłuchu u dziecka. Przyjęto, że emocje negatywne i uruchomienie mechanizmów obronnych są naturalną odpowiedzią człowieka w sytuacji przeżywania wstrząsu, a proces radzenia sobie z sytuacją trudną jest procesem wieloetapowym i rozłożonym w czasie. W pracy omówiono też rolę psychologa w przechodzeniu pacjenta przez poszczególne etapy traumy.

Summary

The author reviews models of undergoing and coping with a trauma. In the report she have assumed that the patient is a hearing impaired adult and that the fact of onset of the handicap is a shock comparable with the one parents face with the diagnosis of the child's deafness. Negative feelings and mobilization of defense mechanisms are a natural reaction to shock. Process of coping with a difficult situation is a long one and requires slow step by step consideration to overcome the problems. The role of a psychologist in supporting the patients in particular stages of trauma is discussed.

W 1980 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło nową jednostkę chorobową do obowiązującego w USA systemu klasyfikacji diagnozy zaburzeń psychiatrycznych, tzw. PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) — zespół zaburzeń po stresie urazowym. Jako podstawowe kryterium

PTSD przyjęto „obecność w doświadczeniu jednostki zdarzenia lub sytuacji nie mieszczących się w granicach normalnych ludzkich przeżyć”. Do zdarzeń tych zaliczono: poważne zagrożenie życia lub fizycznej integralności jednostki, poważne zagrożenie lub zranienie doznane przez dzieci, współmałżonka lub innych bliskich krewnych czy przyjaciół, destrukcję domu lub społeczności, oglądanie osoby, która niedawno lub aktualnie doznała poważnego zranienia lub została zabita w wyniku wypadku lub przemocy. Biorąc pod uwagę problemy, z jakimi spotyka się psycholog w pracy z osobami niesłyszącymi i niedosłyszającymi, można powiedzieć, że

- diagnoza niedosłuchu u dziecka jest dla rodzica wstrząsem (traumą),
- wstrząsem też jest utrata słuchu dla osoby dorosłej.

Strukturą osobowości odpowiedzialną za radzenie sobie z traumą i sytuacjami trudnymi jest *ego*, gdyż to właśnie funkcje *ego* skupiają się wokół związków z rzeczywistością. W sytuacji traumy *ego* jest odpowiedzialne za wycofanie *libido* z obsadzonego nim obiektu.

Dziecko oczekiwane — to, którego obraz formowali sobie rodzice w czasie ciąży — nie narodziło się. Czas oczekiwania był wystarczająco długi, aby ukochany obiekt został obsadzony *libido*. Teraz, kiedy obiekt został utracony, *libido* powinno być wycofane ze swoich przywiązań do tego obiektu. Ale, według Freuda, człowiek nigdy nie porzuca pozycji *libido* z chęcią, nawet gdy ma w zasięgu inny, równie gratyfikujący obiekt. Aby wycofać *libido*, niezbędny jest zatem duży nakład energii. Dlatego też rodzice muszą skonfrontować się z bólem i cierpieniem wynikającym z uświadomienia sobie straty. Jest to warunek konieczny zamknięcia „żałoby”. Nieprawidłowy jej przebieg wynika z niepodjęcia, odroczenia lub zatrzymania procesu przeżywania utraty.

W literaturze dotyczącej tej problematyki wyróżnianych jest kilka modeli dotyczących radzenia sobie ze zdarzeniami traumatycznymi.

I. MODEL KLINGERA

Klinger uważał, że nagłe uniemożliwienie osiągnięcia celu, uniemożliwienie działania lub utrata obiektu są częstymi doświadczeniami w życiu ludzi i zwierząt. Z tego założenia wywiódł wniosek, że istnieją ogólne, częściowo zdeterminowane biologicznie wzorce przystosowania się do tego typu zdarzeń. Według Klinger pierwszą reakcją na zablokowanie osiągnięcia celu jest podwyższenie poziomu mobilizacji, zwiększenie intensywności działań (zazwyczaj dość chaotycznych). W przypadku pacjentów Ośrodka „Cochlear Center” — zarówno dorosłych pacjentów z ubytkiem słuchu postlingwalnym jak i rodziców dzieci niesłyszących — behawioralnymi objawami tej fazy jest tzw. chodzenie po lekarzach, szukanie pomocy u bioenergoterapeutów, „uzdrowicieli”, spe-

cialistów od akupunktury, masażu i w końcu oczekiwanie na Boską interwencję. W tym czasie świadomość pochłonięta jest obrazami nie zrealizowanych pragnień i planów związanych z utraconym celem. Człowiek traci szerszą perspektywę — wydaje mu się, iż życie jest stracone i pozbawione sensu.

II faza — to faza agresji. Główną aktywnością, jaką przejawia w tym okresie osoba przeżywająca traumę, jest poszukiwanie winnych zaistniałej sytuacji. Dominujące emocje to złość i protest. Czasami występuje regresja do wcześniejszych form zachowania.

III faza — to faza depresji. Jej głównymi objawami są smutek i apatia. W relacjach pacjentów można odnotować takie wypowiedzi, jak: „nic mi się wtedy nie chciało robić”, „po prostu nie mogłem iść do pracy, nie mogłem rozmawiać z kolegami” (wypowiedź ojca dotycząca jego reakcji na otrzymaną diagnozę).

IV faza — „odbicie się od dna”. Podczas tej fazy następuje przeformułowanie celów; wybór nowych ważnych dla jednostki wartości i ogólna adaptacja do nowej sytuacji.

Według autora patologia łączy się z nazbyt szybkim przechodzeniem przez te fazy lub z trwałym zatrzymaniem się w obrębie jednej z nich.

II. MODEL SHONZA

Shonz opisał swój model dla losowych, nieodwracalnych zdarzeń. Według tego autora pierwszą reakcją na informację o takim zdarzeniu jest szok. W stanie szoku ludzie charakteryzują się jasnością i przytomnością myślenia i wykazują dużą sprawność w działaniu. Fakt tragedii nie dociera do nich, czują pewne oddalenie od rzeczywistości, sprawiają wrażenie odrealnionych. Dopiero po pewnym czasie dociera do nich poczucie nieszczęścia. Towarzyszy mu poczucie bezradności, dezorganizacji i paniki (faza spotkania z tragedią). Następuje teraz znaczne pogorszenie się funkcjonowania poznawczego; człowiek jest niezdolny do planowania działań, do przeprowadzania rozumowań i angażowania się w proces rozwiązywania problemów. Ciągłe przeżywanie jest jednak emocjonalnie wyczerpujące: pojawiają się różne formy unikania myślenia o traumatycznym zdarzeniu, przerwy w intensywnym jego przeżywaniu (faza wycofania się). Jednostka zaprzecza istnieniu stanu kryzysowego. Potem występuje powtórne wzbudzenie silnych, negatywnych emocji związanych ze zdarzeniem traumatycznym; nawracają emocje rozpacz i rozgoryczenia. Kiedy emocje stają się trudne do zniesienia — podmiot powraca do fazy wycofania.

Z praktyki i obserwacji prowadzonej w Ośrodku wynika, że bardzo często faza wycofania się przejawia się również w wymiarze fizycznym. Pacjent ogranicza swoją przestrzeń życiową do obszaru domu, pokoju czy nawet łóżka, ogranicza swoje kontakty ze znajomymi do minimum lub zrywa je zupełnie.

W wypowiedziach ojców dotyczących tego okresu słyszymy: „Bezwzględnie to był olbrzymi stres. Byłem zszokowany absolutnie. Pamiętam, że nie pojechałem do pracy w ten dzień. Po prostu nie byłem w stanie — wie pani — pojechać do pracy i rozmawiać”. Ojciec-pediatra (opowiada o swojej reakcji po otrzymaniu diagnozy o niedosłuchu dziecka): „Ja mogę tylko powiedzieć, że przez pierwszy okres, przez pierwszych kilka miesięcy miałem szalone trudności. Przede wszystkim w pracy. Ja... każde dziecko, które było rówieśnikiem Agaty, ...ja nie mogłem zbadać, nie mogłem ocenić. Bo patrzyłem na to dziecko i widziałem moją Agatę. I to była szalona trudność”.

III. MODEL TAYLOR

Powyższe modele koncentrowały się na emocjonalnych składnikach doświadczeń traumatycznych. Proces przystosowania się do nagłych i traumatycznych zdarzeń polegał w tych modelach na odzyskiwaniu równowagi w obrębie zaburzonej sfery emocjonalnej. Taylor z kolei kładzie nacisk na znaczenie sfery poznawczej w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami — poprzez ukierunkowany wysiłek poznawczy związany z odpowiednim przetwarzaniem informacji o sobie i o innych.

Proces przystosowania — według Taylor — wiąże się z trzema rodzajami aktywności poznawczej:

- 1) poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie, jak doszło do choroby i jakie jest jej znaczenie dla przebiegu dalszego życia (chęć zrozumienia swojej sytuacji);
- 2) poszukiwaniem czynników umożliwiających wpływanie na objawy choroby — np. poprzez diety, odpoczynek, spacer;
- 3) przetwarzanie informacji o sobie i o innych ludziach tak, aby umocnić się w poczuciu własnej wartości. Wzmocnienie poczucia własnej wartości zachodzi na drodze porównań społecznych. U osób opisywanych przez Taylor obserwowano tendencję do porównywania w dół — należy tu podkreślić, że regułą sterującą ludzkim zachowaniem w sytuacjach nie obciążonych stresem czy innymi ekstremalnymi warunkami jest reguła „porównywania w górę”. W badaniach Taylor pacjentki porównywały swoje problemy z sytuacją innych pacjentek, ale w takich obszarach, gdzie mogły uzyskać przewagę. Kobiety starsze uważały, że są w lepszej sytuacji niż młodsze (bo miały szczęśliwą młodość), mężatki uważały, że są w lepszej sytuacji niż panny (bo znalazły już partnera życiowego). Podobne zabiegi podejmują również pacjenci Ośrodka. Obserwują oni innych pacjentów i do swych porównań wybierają takich, którzy np. mają większy ubytek słuchu, nie mają tak dobrych korzyści z aparatów, jak podmiot przy porównywalnej wadze słuchu. Racjonalizacja jest skuteczna również w przypadku, gdy

pacjenci używają argumentów przeciwstawnych. I tak np. pacjent postlingwalny porównuje się z osobą, która nie słyszy od urodzenia („Ja przynajmniej miałem taki czas, kiedy słyszałem. [...] Mogę mówić, a to mi zapewnia lepsze dogadanie się z ludźmi”). W przypadku, gdy mamy do czynienia np. z dzieckiem, u którego stwierdzono wadę wrodzoną, słyszymy od rodziców, że dziecku został oszczędzony cios przeżywania utraty słuchu.

*

Przedstawione tu modele akcentują wpływ urazu psychicznego na różne sfery funkcjonowania człowieka; model Klingera i model Shonza odwołują się bardziej do emocjonalnego funkcjonowania człowieka w sytuacji nagłych, nieodwracalnych wydarzeń o negatywnym zabarwieniu. Taylor opisuje sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją na poziomie poznawczym. W rzeczywistości człowiek odpowiada „całym sobą” na sytuacje trudne i traumatyczne, dlatego też w praktyce bardzo trudno jest oddzielić te sfery. Niezależnie od preferencji psychologa w odwoływaniu się do określonej koncepcji teoretycznej jego zadaniem jest pomoc w przejściu przez poszczególne etapy borykania się z negatywnymi emocjami i w ustalaniu nowych, satysfakcjonujących dla pacjenta celów.

Psycholog przez postawę empatycznego zrozumienia pozwala pacjentowi skonfrontować się z bólem i stratą. W pierwszej fazie zazwyczaj ogranicza się to do tzw. aktywnego słuchania; psycholog umożliwia osobie przeżywającej uraz psychiczny nazwanie i wyrażenie uczuć; słucha okazując zrozumienie. Następne fazy zakładają większą aktywność psychologa w kontakcie z pacjentem.

Warto podkreślić fakt, że to pacjent, a nie psycholog, określa swoje cele i podejmuje decyzje — psycholog jest osobą go wspierającą i służącą wiedzą psychologiczną w rozwiązywaniu dylematów dotyczących wyboru decyzji i określenia celów.

Bibliografia

- Sędek G., 1991: Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa; 289-317.
- Kofta M., 1993: *Teoria ego*. W: *Osobowość*. Red. T. Szustrowa, Warszawa; 158-186.
- Lis-Turlejska M., 1993: Radzenie sobie ze skutkami psychologicznymi skrajnie traumatycznych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne* 4.
- Taylor S. E., 1984: Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne* 6/7.