



UWAŻNIK

KWARTALNIK PSYCHOLOGICZNY

**PIERWSZY NUMER
JUŻ TU JEST.
NIE CHODZI
O GŁOŚNE
SŁOWA, CHODZI
O TRWAŁE
EFEKTY.**

OBJAW CZY KOMUNIKAT?
O SEKSUALNOŚCI JAKO
WSKAŹNIKU FUNKCJONOWANIA
PSYCHICZNEGO I RELACYJNEGO
PACJENTA.

TRENING ZASTĘPOWANIA
AGRESJI (ART) W PRACY Z
DOROSŁYMI
- MOŻLIWOŚCI, OGRANICZENIA
I ADAPTACJE KLINICZNE.

PROCES TWÓRCZY JAKO
PRZESTRZEŃ REGULACJI
EMOCJONALNEJ
- NEUROPSYCHOLOGICZNE
PODSTAWY ARTETERAPII.

WPŁYW DOŚWIADCZEŃ
TRAUMATYCZNYCH NA OBRAZ
CIAŁA - IMPLIKACJE KLINICZNE
DLA PRACY TERAPEUTYCZNEJ.

CZUJNOŚĆ, KONTROLA I POCZUCIE
WINY. MECHANIZMY
PRZYSTOSOWAWCZE PARTNERÓW
OSÓB UZALEŻNIONYCH.

KOMUNIKACJA O ŚMIERCI
I UMIERANIU
JAKO NARZĘDZIE WSPARCIA
PSYCHOSPOŁECZNEGO I JEJ
ZNACZENIE W PRAKTYCE POMOCOWEJ

REGULACJA TO NIE TYLKO WYCISZENIE.
JAK ROZPOZNAWAĆ HIPER-
I HIPOPOBUDZENIE W PRACY
POMOCOWEJ



SPIS TREŚCI

6 **OBJAW CZY KOMUNIKAT?**
O SEKSUALNOŚCI JAKO WSKAŹNIKU
FUNKCJONOWANIA PSYCHICZNEGO
I RELACYJNEGO PACJENTA.

37 **WPŁYW DOŚWIADCZEŃ
TRAUMATYCZNYCH NA
OBRAZ CIAŁA**
IMPLIKACJE KLINICZNE DLA PRACY
TERAPEUTYCZNEJ.

14 **TRENING ZASTĘPOWANIA
AGRESJI (ART) W PRACY Z
DOROSŁYMI**
MOŻLIWOŚCI, OGRANICZENIA I
ADAPTACJE KLINICZNE.

55 **CZUJNOŚĆ, KONTROLA I
POCZUCIE WINY**
MECHANIZMY PRZYSTOSOWAWCZE
PARTNERÓW OSÓB
UZALEŻNIONYCH.

28 **PROCES TWÓRCZY JAKO
PRZESTRZEŃ REGULACJI
EMOCJONALNEJ**
NEUROPSYCHOLOGICZNE
PODSTAWY ARTETERAPII.

65 **KOMUNIKACJA O ŚMIERCI I
UMIERANIU**
JAKO NARZĘDZIE WSPARCIA
PSYCHOSPOŁECZNEGO I JEJ
ZNACZENIE W PRAKTYCE
POMOCOWEJ



GOŚCINNIE



76 **REGULACJA TO NIE TYLKO WYCISZENIE**
JAK ROZPOZNAWAĆ HIPER- I HIPOPOBUDZENIE W PRACY POMOCOWEJ



SPIS TREŚCI

84 **BIBLIOGRAFIA** ZBIÓR INSPIRACJI



89 **KRZYŻÓWKA** SPRAWDŹ SWOJĄ WIEDZĘ PO PRZECZYTANIU "UWAŹNIKA"



91 **AUTORKI POLECAJĄ** KSIĄŻKI, KTÓRE REKOMENDUJEMY DLA GŁODNYCH WIEDZY





Stowarzyszenie Widzących Więcej

Wspieramy osoby dorosłe z rodzin dysfunkcyjnych, rodziny w kryzysie oraz dzieci i młodzież w sytuacjach zagrożenia wykluczeniem społecznym

UWAŻNIK.
KWARTALNIK PSYCHOLOGICZNY

ZESPÓŁ KWARTALNIKA

OLIWIA SZOPIŃSKA
KOORDYNATORKA ZESPOŁU

MARTYNA BUDZIŁO
OLIWIA SZOPIŃSKA
OPRAWA GRAFICZNA

ANNA DWOJNYCH-KAJKOWSKA
KOREKTA

PAULINA BĄCZYK
MARTYNA BUDZIŁO
WSPARCIE MERYTORYCZNE

ILUSTRACJE / OBRAZY

OBRAZY ORAZ GRAFIKI ZOSTAŁY
WYKONANE PRZEZ
BENEFICJENTÓW,
PODOPIECZNYCH
ORAZ SAMYCH
CZŁONKÓW
STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ,
A WŚRÓD NICH

MAŁGORZATA CIECHANOWSKA-FLORCZYK
PREZES STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ

JULIA PUSZCZEWICZ
PSYCHOLOG

I WIELE INNYCH...

PUBLIKOWANY PRZEZ
STOWARZYSZENIE WIDZĄCYCH WIĘCEJ

ZARZĄD STWW

MAŁGORZATA CIECHANOWSKA-FLORCZYK
PREZES STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ

ALEKSANDRA GUBAŁA
WICEPREZES STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ

PRZEMYSŁAW FLORCZYK
WICEPREZES STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ

AUTORZY

ALEKSANDRA GUBAŁA
STR. 6

MARIA SZLACHETKA
STR. 14

IWONA DEDA
STR. 28

KATARZYNA KACHNIARZ
STR. 37

EWELINA MAŁEK-KOZŁOWSKA
STR. 55

KLAUDYNA KUBIAK-CYBULSKA
STR. 65

KATARZYNA ALEKSANDRZAK
GOŚĆ SPECJALNY STR. 76



MAŁGORZATA CIECHANOWSKA-FLORCZYK

PREZES STOWARZYSZENIA WIDZĄCYCH WIĘCEJ

Widzieć więcej

Z ogromną radością przekazujemy w Wasze ręce pierwszy numer naszego kwartalnika. Dziękuję każdemu z Was - wszystkim, którzy sięgają po tę publikację, wspierają nasze działania oraz tworzą społeczność wokół naszej misji. Szczególne, najcieplejsze słowa wdzięczności kieruję do naszych Wolontariuszy. To Wasza energia, poświęcony czas i bezinteresowne zaangażowanie tworzą naszą organizację. Bez Was Stowarzyszenie Widzących Więcej po prostu by nie istniało.

Za nami czas intensywnego rozwoju i przełomowych kroków. Od stycznia tego roku, po gruntownym remoncie, z dumą gościmy Was w nowej, większej przestrzeni Centrum Wsparcia DOM w Siemianowicach Śląskich. Tylko w tym roku wsparcie znalazło tam już ponad 400 osób, które regularnie uczestniczą w warsztatach, grupach wsparcia, treningach umiejętności społecznych oraz realizowanych przez nas projektach.

Ten rok to również intensywna praca projektowa i edukacyjna. Realizujemy trzy projekty dofinansowane: jeden w Łodzi, skoncentrowany na rozwoju wolontariatu, oraz dwa w Siemianowicach Śląskich, ukierunkowane na budowanie odporności psychicznej i umiejętności społeczne. Gdy oddajemy w Wasze ręce to pismo, mamy już na koncie trzy edycje Szkoły Trenerów Odporności Psychiczej, dwa zrealizowane kursy Interwencji Kryzysowej oraz trzy edycje Kursu TUS.

Nasza organizacja to nie tylko suche liczby, ale nie można o nich zapomnieć. W tym roku skończyliśmy siedem lat, które wniosły do naszego życia ponad 8 000 osób, które skorzystały z co najmniej jednej formy wsparcia w naszej organizacji - zdalnie lub na terenach miast, w których działają nasze zespoły wolontariackie.

Patrząc na ten dorobek, wchodzimy w kolejne miesiące z pełną energią, wdzięcznością i gotowością na więcej. Życzę Wam otwierającej głowę lektury!





Objaw czy komunikat?

Objaw czy komunikat? O seksualności jako wskaźniku funkcjonowania psychicznego i relacyjnego pacjenta.

Seksualność sama w sobie może być ujmowana na różne sposoby i dla każdej jednostki znaczyć coś całkowicie odmiennego. Światowa Organizacja Zdrowia (2002) definiuje seksualność jako kluczowy aspekt życia człowieka przez całą długość jego trwania, a w jej skład wchodzi: płeć, role i tożsamości płciowe (również te związane z płcią społecznokulturową), orientacja seksualna, erotyzm, przyjemność, intymność oraz reprodukcja. Stanowi więc ona integralny element funkcjonowania człowieka i pozostaje w ścisłym związku z jego zdrowiem psychicznym, emocjonalnym oraz jakością relacji interpersonalnych. Mimo rosnącej świadomości znaczenia tej sfery problemy seksualne wciąż często pozostają tematem pomijanym zarówno przez pacjentów, jak i specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Tymczasem objawy dotyczące funkcjonowania seksualnego mogą nie tylko powodować cierpienie i obniżać jakość życia, ale również stanowić ważny sygnał wskazujący na głębsze trudności psychiczne lub relacyjne.

Wielu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi jednocześnie doświadcza dysfunkcji seksualnych, jednak nie postrzega ich jako elementu ogólnego funkcjonowania psychicznego ani nie porusza tego tematu podczas psychoterapii (Jodko, Głowacz, Kokoszka, 2008). Pomijanie seksualności prowadzi do niepełnego rozumienia trudności pacjenta, zwłaszcza jego relacji partnerskich, ponieważ dysfunkcje seksualne mogą stanowić ważny wskaźnik stanu psychicznego i jakości relacji, nawet jeśli sam pacjent nie uznaje ich za istotny problem. Autorzy sugerują, że zaburzenia seksualne mogą być jednym z objawów szerszego zespołu nerwicowego, współwystępującego z lękiem, depresją i trudnościami w radzeniu sobie ze stresem. Podkreślana jest również potrzeba aktywnego uwzględniania tematyki seksualności w procesie diagnostycznym i psychoterapeutycznym oraz edukowania terapeutów i pacjentów na temat związku między funkcjonowaniem seksualnym a zdrowiem psychicznym. Do tożsamyh wniosków dojść można, analizując poznawczy model dysfunkcji seksualnych (Oettingen, 2013), który zakłada, że o przebiegu reakcji seksualnej decydują nie tylko czynniki biologiczne, lecz przede wszystkim sposób interpretowania doświadczeń seksualnych. Dysfunkcja seksualna nie jest postrzegana jako izolowany objaw, ale jako efekt wzajemnego oddziaływania myśli, emocji, reakcji fizjologicznych i zachowań, które



ALEKSANDRA GUBAŁA

Wiceprezes Stowarzyszenia Widzących Więcej, psycholog-seksuolog w trakcie szkoły psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym.



tworzą mechanizm podtrzymujący problem. Według Oettingen trudność często rozpoczyna się od sytuacji, która zostaje oceniona jako zagrażająca lub świadcząca o własnej niesprawności seksualnej. W konsekwencji pojawiają się negatywne myśli automatyczne, takie jak „na pewno zawiodę”, „muszę się sprawdzić” czy „partner mnie oceni”.

„Pomijanie seksualności prowadzi do niepełnego rozumienia trudności pacjenta, zwłaszcza jego relacji partnerskich”

Myśli te wywołują lęk, napięcie i nadmierną koncentrację na własnym funkcjonowaniu zamiast na doznaniach erotycznych i kontakcie z partnerem. W efekcie dochodzi do pogorszenia reakcji seksualnej, co zostaje odebrane jako potwierdzenie wcześniejszych przekonań i wzmacnia błędne koło dysfunkcji. Istotnym elementem modelu są również głębsze przekonania i schematy poznawcze dotyczące własnej wartości, ról płciowych, seksualności oraz relacji z innymi ludźmi.

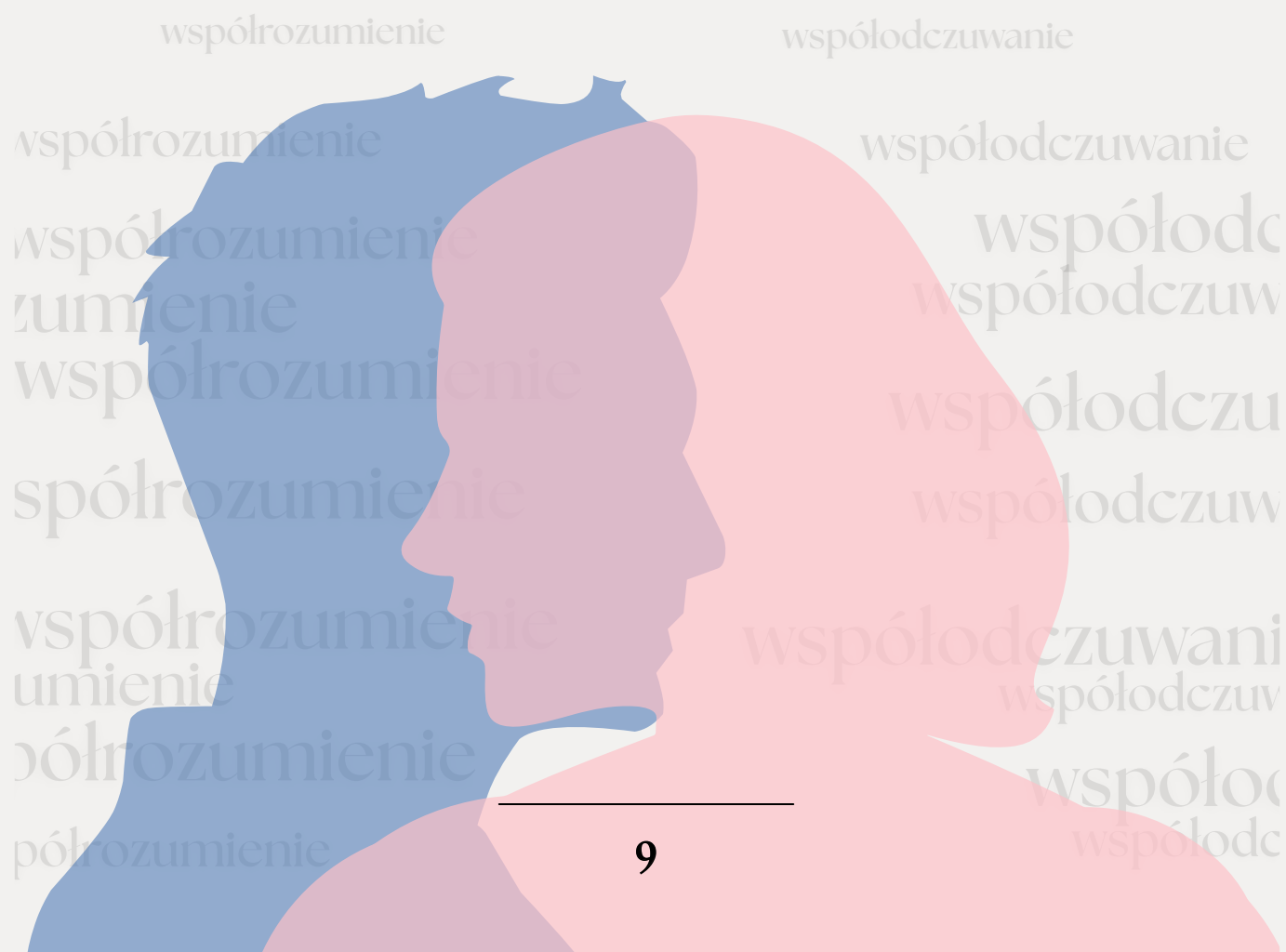
Mogą one kształtować sposób interpretowania sytuacji intymnych i zwiększać podatność na występowanie dysfunkcji. Model ten ma szczególne znaczenie dla rozumienia seksualności jako wskaźnika funkcjonowania psychicznego i relacyjnego. Pokazuje bowiem, że

dysfunkcje seksualne są często odzwierciedleniem sposobu myślenia o sobie, przeżywanych emocji, jakości relacji partnerskiej oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Z tego względu objawy seksualne mogą dostarczać cennych informacji diagnostycznych i powinny być uwzględniane w procesie psychoterapii jako element szerszego obrazu funkcjonowania pacjenta, a nie jedynie jako odrębny problem wymagający leczenia.

Satysfakcja seksualna pozostaje również w ścisłym związku z funkcjonowaniem relacyjnym partnerów i nie stanowi wyłącznie efektu prawidłowego przebiegu reakcji seksualnej. Komorowska-Pudło (2014) wykazała, że wyższa satysfakcja seksualna współwystępuje z większym zadowoleniem z małżeństwa, wyższą oceną więzi małżeńskiej oraz większą satysfakcją z wyboru współmałżonka. Szczególne znaczenie mają jakość komunikacji, wzajemne wsparcie, poczucie intymności oraz umiejętność rozwiązywania konfliktów. U kobiet silniejszy związek z satysfakcją seksualną wykazano w zakresie współodczuwania i współrozumienia partnera, natomiast u mężczyzn przede wszystkim w obszarze współrozumienia. Dodatkowo wyższa satysfakcja seksualna wiązała się z większym podobieństwem partnerów, silniejszym poczuciem bliskości oraz możliwością realizowania własnych celów w związku. Można odnieść to do

fundamentalnego wniosku, iż jakość życia seksualnego odzwierciedla jakość funkcjonowania całej relacji, a nie jedynie sprawność seksualną partnerów. Wnioski Komorowskiej-Pudło znajdują potwierdzenie w licznych badaniach międzynarodowych. Quinn-Nilas (2020) i współpracownicy wykazali, że satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku zmieniają się równolegle w czasie – osoby, u których wzrasta satysfakcja seksualna, zwykle doświadczają również poprawy jakości relacji, natomiast spadek satysfakcji w jednej z tych sfer wiąże się z pogorszeniem drugiej. Co więcej, wysoki poziom satysfakcji seksualnej może chronić przed późniejszym spadkiem satysfakcji ze związku.

Nie sposób wspominać o funkcjonowaniu psychicznym pacjentów bez uwzględnienia doświadczenia traumy. Objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD), takie jak nadmierne pobudzenie, unikanie, zaburzenia regulacji emocji czy trudności w budowaniu poczucia bezpieczeństwa, często przekładają się na obniżone pożądanie seksualne, unikanie bliskości, trudności z odczuwaniem przyjemności oraz pogorszenie jakości relacji partnerskich. Współczesne badania wskazują, że seksualność powinna stanowić integralny element procesu diagnostycznego i terapeutycznego osób po doświadczeniu traumy, ponieważ może odzwierciedlać zarówno nasilenie objawów psychopatologicznych, jak i postępy w procesie zdrowienia.



JAK MOŻE TWORZYĆ SIĘ NIEPRAWIDŁOWY SPOSÓB INTERPRETOWANIA DOŚWIADCZEŃ SEKSUALNYCH?



Analiza Veilleux i wsp. (2021) dotycząca interwencji w zakresie zdrowia seksualnego u młodych osób z zaburzeniami psychicznymi podkreśla, że seksualność pozostaje jednym z najbardziej zaniedbanych obszarów opieki psychiatrycznej.

“Co więcej, wysoki poziom satysfakcji seksualnej może chronić przed późniejszym spadkiem satysfakcji ze związku.”

Autorzy wykazali, że młodzi pacjenci z zaburzeniami psychicznymi częściej doświadczają trudności związanych z obrazem własnego ciała, poczuciem atrakcyjności, budowaniem bliskich relacji oraz komunikowaniem potrzeb emocjonalnych i seksualnych. Jednocześnie w praktyce klinicznej rzadko otrzymują możliwość rozmowy o seksualności lub wsparcie w tym zakresie. Znaczenie seksualności jako wskaźnika procesu zdrowienia po traumie potwierdzają również badania Wells i wsp. (2019), którzy oceniali wpływ terapii poznawczo-procesowej (Cognitive Processing Therapy – CPT) na funkcjonowanie seksualne kobiet z PTSD po doświadczeniu traumy interpersonalnej. Autorzy wykazali, że zakończenie terapii wiązało się nie tylko z redukcją objawów PTSD, lecz również z istotną poprawą funkcjonowania seksualnego. U uczestniczek zaobserwowano mniejsze

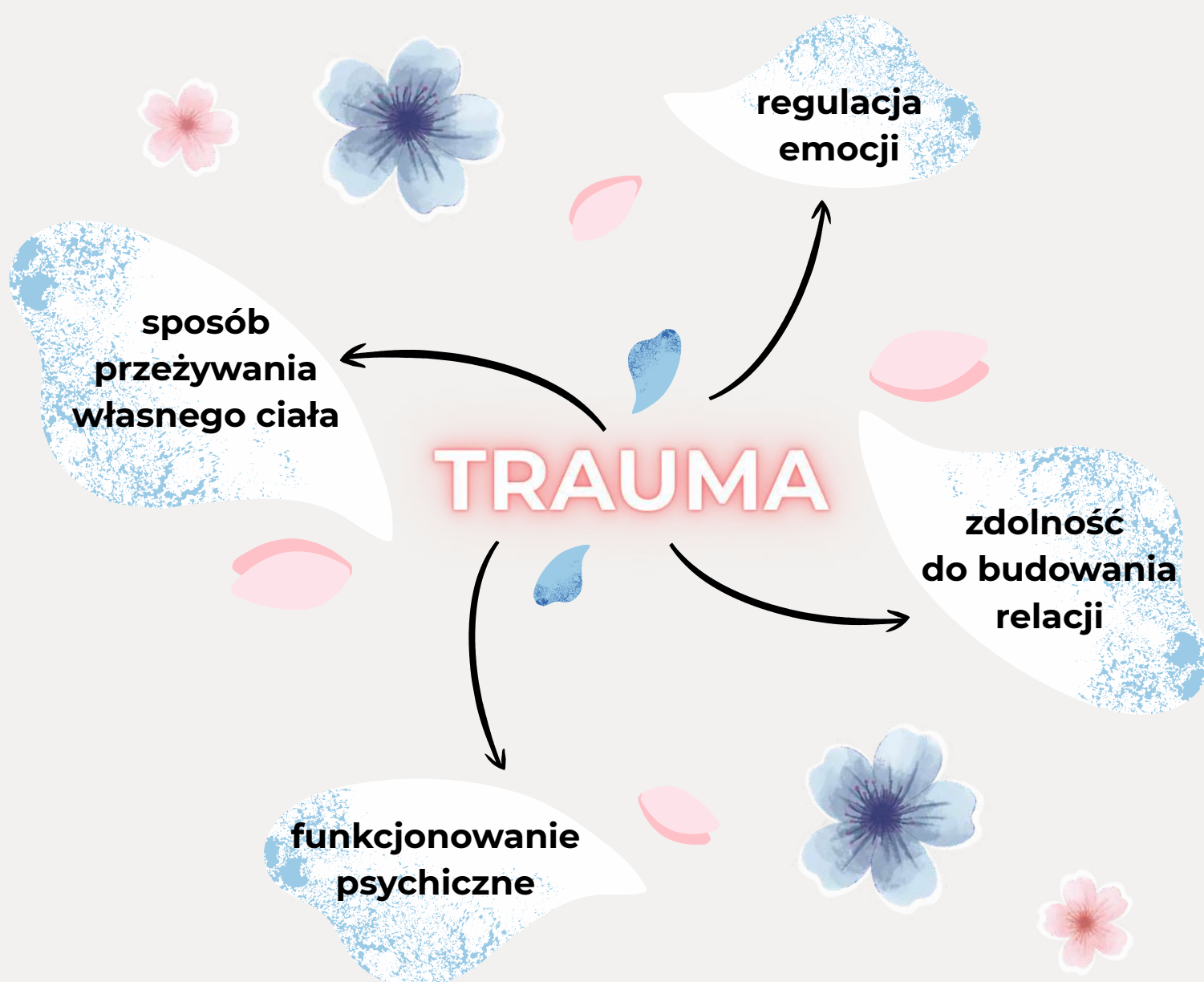
unikanie kontaktów intymnych, większą satysfakcję seksualną oraz większą zdolność do budowania bliskości emocjonalnej z partnerem. Prowadzi to więc do wniosku, że poprawa funkcjonowania seksualnego nie jest jedynie skutkiem zmniejszenia objawów psychicznych, lecz odzwierciedla odbudowę poczucia bezpieczeństwa, zaufania oraz integracji doświadczeń emocjonalnych z własnym ciałem. Podobną konkluzję wysunął van Woudenberg i wsp. (2023), analizując wpływ intensywnej terapii skoncentrowanej na traumie na funkcjonowanie seksualne osób z PTSD. Badanie wykazało, że redukcja objawów stresu pourazowego współwystępowała z poprawą satysfakcji seksualnej, większą zdolnością do przeżywania bliskości oraz zmniejszeniem lęku związanego z intymnością. Oznacza to, iż trauma wpływa nie tylko na funkcjonowanie psychiczne, ale także na sposób przeżywania własnego ciała, regulację emocji oraz zdolność do budowania relacji opartych na zaufaniu. W tym ujęciu seksualność staje się ważnym wskaźnikiem stopnia integracji emocjonalnej i skuteczności procesu terapeutycznego.

Seksualność stanowi istotny element ludzkiego dobrostanu, dlatego jej świadome uwzględnianie w procesie diagnostycznym i terapeutycznym może dostarczyć cennych informacji o trudnościach, zasobach oraz przebiegu zdrowienia pacjenta.

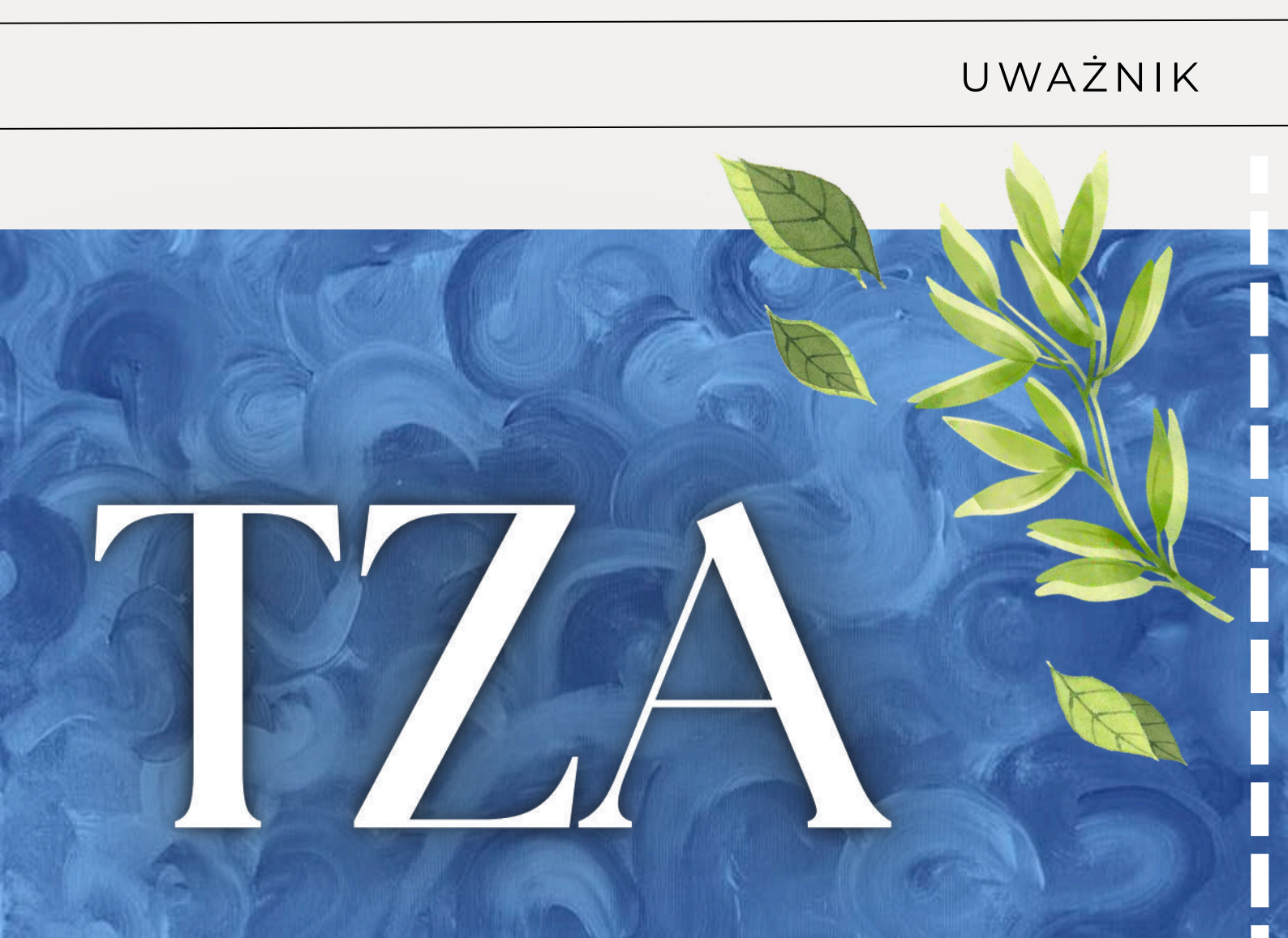
Tworzenie bezpiecznej, opartej na zaufaniu przestrzeni do rozmowy o seksualności pozwala nie tylko lepiej zrozumieć doświadczenia pacjenta, ale również wspiera budowanie bardziej kompleksowej i skutecznej pomocy psychologicznej.

Warto zatem, aby terapeuci z otwartością i wrażliwością podejmowali ten temat, traktując seksualność jako integralny element zdrowia psychicznego, a nie obszar pozostający daleko poza gabinetem.

Na co może wpływać trauma?







TZA

Trening Zastępowania Agresji (ART) w pracy z dorosłymi - możliwości, ograniczenia i adaptacje kliniczne.

Abstrakt

Trening Zastępowania Agresji (*Aggression Replacement Training* – ART) to jeden z najczęściej wykorzystywanych programów oddziaływań ukierunkowanych na redukcję zachowań agresywnych oraz rozwój kompetencji społecznych. Choć metoda została pierwotnie opracowana z myślą o dzieciach i młodzieży przejawiających trudności wychowawcze, w ostatnich latach coraz częściej znajduje zastosowanie również w pracy z osobami dorosłymi, zwłaszcza w środowisku penitencjarnym oraz resocjalizacyjnym. Celem niniejszego artykułu jest analiza możliwości wykorzystania programu ART w pracy z dorosłymi, ze szczególnym uwzględnieniem jego potencjału klinicznego, ograniczeń oraz koniecznych adaptacji zwiększających skuteczność oddziaływań. Przedstawiono teoretyczne podstawy metody, strukturę programu oraz mechanizmy odpowiadające za zmianę zachowania uczestników. Omówiono również wyniki najnowszych badań dotyczących

efektywności ART w populacji osób dorosłych, wskazujące na redukcję nasilenia agresji, poprawę kontroli emocjonalnej oraz rozwój kompetencji interpersonalnych, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na ograniczoną skuteczność programu wobec agresji pośredniej, trudności związane z utrzymaniem motywacji uczestników oraz konieczność uwzględniania uwarunkowań kulturowych i klinicznych. W artykule podkreślono, że skuteczność ART zależy nie tylko od zgodności realizacji programu z jego założeniami, lecz również od jakości przygotowania trenerów oraz długości udziału w programie.

Słowa kluczowe: Trening Zastępowania Agresji, ART, agresja, resocjalizacja, umiejętności społeczne, osoby dorosłe

Założenia teoretyczne Treningu Zastępowania Agresji

Trening Zastępowania Agresji (*Aggression Replacement Training* – ART) jest ustrukturyzowanym programem oddziaływań psychologicznych opracowanym przez Arnolda P. Goldsteina i Barry'ego Glicka jako metoda ograniczania zachowań agresywnych poprzez rozwijanie kompetencji psychospołecznych uczestników. Program wywodzi się z nurtu poznawczo-behawioralnego i integruje założenia teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury, treningu umiejętności społecznych oraz poznawczych modeli regulacji emocji



MARIA SZLACHETKA

Psycholożka i seksuolożka w trakcie kształcenia. Na co dzień pracuje gabinetowo z osobami dorosłymi oraz udzielając wsparcia psychologicznego w przedszkolu. Trenerka Treningu Zastępowania Agresji (TZA), z doświadczeniem w prowadzeniu Treningu Umiejętności Społecznych (TUS). W pracy łączy podejście oparte na aktualnej wiedzy psychologicznej z uwagą na indywidualną historię i potrzeby każdej osoby.



i rozwoju moralnego. W przeciwieństwie do interwencji koncentrujących się wyłącznie na redukcji agresji, ART zakłada zastępowanie zachowań nieadaptacyjnych repertuarem nowych, adaptacyjnych sposobów reagowania w sytuacjach trudnych.

Podstawowym założeniem programu jest przekonanie, że zachowania agresywne nie stanowią wyłącznie efektu impulsywności lub wysokiego pobudzenia emocjonalnego, lecz są konsekwencją współwystępowania deficytów w trzech wzajemnie powiązanych obszarach funkcjonowania: regulacji emocji, kompetencji społecznych oraz rozumowania moralnego.

„...nowe wzorce zachowania są nabywane poprzez obserwację modeli, ćwiczenie w bezpiecznych warunkach oraz otrzymywanie informacji zwrotnej.”

Osoby stosujące przemoc często nie dysponują alternatywnymi strategiami rozwiązywania konfliktów, mają trudności z rozpoznawaniem własnych stanów emocjonalnych oraz interpretują zachowania innych w sposób zniekształcony, przypisując im wrogie intencje. W konsekwencji agresja staje się dla nich najbardziej dostępną i utrwaloną strategią osiągania celów lub redukcji napięcia.

Mechanizm zmiany proponowany przez ART opiera się na modelowaniu zachowań, odgrywaniu ról, wielokrotnym ćwiczeniu nowych umiejętności oraz systematycznym wzmacnianiu zachowań pożądanых. Zgodnie z teorią społecznego uczenia się nowe wzorce zachowania są nabywane poprzez obserwację modeli, ćwiczenie w bezpiecznych warunkach oraz otrzymywanie informacji zwrotnej. Dzięki temu uczestnicy stopniowo zwiększają repertuar zachowań prospołecznych, które mogą zastąpić wcześniejsze reakcje agresywne.

Jednocześnie ART zakłada, że trwała zmiana zachowania nie jest możliwa bez modyfikacji procesów poznawczych. Znaczna część osób przejawiających zachowania agresywne wykazuje charakterystyczne zniekształcenia poznawcze, takie jak minimalizowanie własnej odpowiedzialności, obwinianie otoczenia, katastrofizacja czy usprawiedliwianie przemocy jako jedynej skutecznej metody rozwiązania konfliktu. Program koncentruje się zatem na rozwijaniu bardziej dojrzałego rozumowania moralnego oraz zwiększaniu zdolności do przyjmowania perspektywy drugiej osoby.

Program podkreśla również znaczenie procesów regulacji emocji. Coraz częściej agresję postrzega się jako efekt trudności w rozpoznawaniu, tolerowaniu

i konstruktywnym wyrażaniu emocji, zwłaszcza gniewu. W tym ujęciu trening nie ogranicza się do uczenia kontroli zachowania, lecz rozwija umiejętność identyfikowania sygnałów narastającego napięcia, stosowania technik samoregulacji oraz świadomego wyboru sposobu reagowania.

Struktura programu ART

Klasyczny Trening Zastępowania Agresji obejmuje trzy wzajemnie uzupełniające się komponenty: Trening Kontroli Złości, Trening Umiejętności Prospołecznych oraz Trening Wnioskowania Moralnego.

Program prowadzony jest zazwyczaj w formie grupowej, co umożliwia wykorzystanie mechanizmów

uczenia społecznego, wzajemnego modelowania zachowań oraz udzielania informacji zwrotnej. Chociaż klasyczna wersja ART została opracowana jako program obejmujący około 30 sesji realizowanych przez 10 tygodni, współcześnie spotyka się liczne modyfikacje dostosowane do specyfiki placówki, liczby uczestników czy celu oddziaływań. Jak wskazuje przegląd przeprowadzony przez Ensafdar i in. (2019), skracanie programu może jednak prowadzić do obniżenia jego skuteczności, co sugeruje, że zachowanie odpowiedniej intensywności oddziaływań stanowi jeden z kluczowych warunków osiągnięcia trwałych efektów.

Trening Kontroli Złości

nauka rozpoznawania
i kontroli własnych emocji

Trening Umiejętności Prospołecznych

rozwój refleksyjności oraz
odpowiedzialności za własne
decyzje

Trening Wnioskowania Moralnego

strategie rozwiązywania
konfliktów bez przemocy



Możliwości zastosowania ART w pracy z dorosłymi – potencjał kliniczny i resocjalizacyjny

Początkowo Trening Zastępowania Agresji był projektowany jako program przeznaczony dla młodzieży wykazującej zachowania agresywne, jednak z czasem jego założenia zostały zaadaptowane do pracy z osobami dorosłymi. Szczególne znaczenie ART zyskał w obszarze resocjalizacji osób skazanych za przestępstwa z użyciem przemocy, gdzie podstawowym celem oddziaływań jest ograniczenie ryzyka ponownego naruszenia norm społecznych oraz zwiększenie zdolności jednostki do funkcjonowania w sposób prospołeczny – zgodny z wymaganiami społecznymi.

“ART może wpływać nie tylko na kontrolę zachowania, ale również na procesy emocjonalne leżące”

Program wpisuje się w stosowany wobec sprawców przestępstw nurt oddziaływań kognitywno-behawioralnych, których skuteczność opiera się na modyfikowaniu czynników związanych z powstawaniem i utrwalaniem zachowań przemocowych.

W kontekście resocjalizacyjnym istotne jest założenie ART, zgodnie z którym agresja wynika częściowo

z wyuczonych wzorców zachowania oraz deficytów kompetencji psychospołecznych. Zachowanie agresywne traktowane jest jako sposób reagowania możliwy do zmodyfikowania poprzez naukę alternatywnych strategii. Podejście to pozostaje zgodne z modelem ryzyka-potrzeby-odpowiedzialności (Risk-Need-Responsivity Model), według którego skuteczne oddziaływania wobec sprawców przestępstw powinny koncentrować się na czynnikach związanych z ryzykiem ponownego popełnienia czynu oraz indywidualnych potrzebach uczestnika.

Badania wskazują, że ART może być wartościowym narzędziem w pracy z osobami dorosłymi przejawiającymi zachowania agresywne. W badaniu Cześnik i in. (2024), obejmującym osoby skazane przebywające w polskich zakładach karnych, wykazano zmniejszenie poziomu odczuwanego gniewu, mniejszą gotowość do zachowań agresywnych fizycznych i agresji werbalnej. Odnotowano także zmniejszenie się liczby kar dyscyplinarnych stosowanych na terenie zakładu karnego. Po odbyciu treningu osoby skazane wykazywały także niższy poziom wrogości. Wyniki sugerują, że ART może wpływać nie tylko na kontrolę zachowania, ale również na procesy emocjonalne leżące u podłoża agresji.

Jednocześnie efekty programu wymagają ostrożnej interpretacji. Chociaż ogólny poziom agresji u uczestników uległ zmniejszeniu, zaobserwowano spadek agresji bezpośredniej przy jednoczesnym wzroście znaczenia agresji pośredniej (Cześnik i in., 2024). Może to wskazywać, że ograniczenie jawnych zachowań agresywnych nie zawsze oznacza pełną zmianę sposobu funkcjonowania interpersonalnego. Z perspektywy klinicznej istotna jest więc nie tylko redukcja agresji, ale również analiza jakościowej zmiany sposobu reagowania.

Potencjał resocjalizacyjny ART wynika także z możliwości oddziaływania na czynniki związane z ryzykiem powrotu do przestępstwa. Sprawcy przemocy często wykazują trudności w przewidywaniu konsekwencji własnych działań, przyjmowaniu perspektywy innych osób oraz interpretowaniu sytuacji społecznych. Trening Wnioskowania Moralnego wspiera rozwój refleksyjności i odpowiedzialności za decyzje, natomiast Trening Umiejętności Społecznych dostarcza strategii rozwiązywania konfliktów bez przemocy.

W literaturze podkreśla się również znaczenie ART jako programu wspierającego proces readaptacji społecznej. Ograniczenie zachowań agresywnych jest szczególnie istotne w przypadku osób opuszczających instytucje

penitencjarne, ponieważ zdolność regulowania emocji, komunikowania potrzeb oraz rozwiązywania konfliktów wpływa na możliwość utrzymania relacji interpersonalnych, podjęcia zatrudnienia i funkcjonowania w środowisku społecznym. W tym ujęciu ART nie powinien być rozumiany wyłącznie jako metoda kontroli agresji, lecz jako forma treningu kompetencji umożliwiających bardziej adaptacyjne uczestnictwo w życiu społecznym.

Przykładem analizy skutków zastosowania programu jest badanie Hornsvelda i in. (2015), przeprowadzone wśród młodych mężczyzn, sądowo skierowanych do udziału w Treningu. Zmodyfikowana wersja ART była realizowana w formie 15-tygodniowego programu terapeutycznego. Autorzy zaobserwowali zmniejszenie poziomu agresji fizycznej, wrogości oraz gniewu po zakończeniu interwencji, jednak siła uzyskanych efektów była słaba. Wyniki wyraźnie wskazały, iż istotnym czynnikiem ograniczającym skuteczność programu była niska motywacja części uczestników oraz przedwczesne kończenie udziału w treningu. Szczególnie trudności z utrzymaniem uczestnictwa obserwowano u osób charakteryzujących się wyższym poziomem cech psychopatycznych oraz bardziej utrwalonym stylem antyspołecznym. Wskazuje to, że zastosowanie ART w pracy z osobami dorosłymi wymaga uwzględnienia nie tylko diagnozy zachowań agresywnych, ale

również poziomu gotowości do zmiany. Program może być mniej skuteczny u osób, które uczestniczą w nim wyłącznie ze względu na zewnętrzny przymus, bez wewnętrznej motywacji do modyfikacji własnego funkcjonowania. W praktyce klinicznej oznacza to konieczność poprzedzenia treningu odpowiednią diagnozą oraz pracą nad zaangażowaniem uczestnika w proces zmiany.

Warto również podkreślić, że ART może znajdować zastosowanie nie tylko w pracy ze sprawcami przemocy, ale również w innych grupach klinicznych, w których obecne są trudności związane z impulsywnością, regulacją emocji i funkcjonowaniem interpersonalnym.

Elementy programu mogą być wykorzystywane między innymi w pracy z osobami przejawiającymi zachowania agresywne w relacjach partnerskich, pacjentami z trudnościami kontroli impulsów, szczególnie w zakresie treningu rozpoznawania emocji, komunikacji i rozwiązywania konfliktów.

Jednocześnie należy zachować ostrożność w generalizowaniu efektów ART na wszystkie populacje osób dorosłych. Najwięcej badań dotyczących skuteczności programu prowadzono wśród mężczyzn, zwłaszcza osób osadzonych lub objętych nadzorem sądowym.



Ogranicza to możliwość jednoznacznego wnioskowania o skuteczności programu w innych grupach, takich jak kobiety, osoby bez historii przestępczej czy pacjenci z określonymi diagnozami klinicznymi. Z tego względu coraz większe znaczenie zyskuje podejście zakładające elastyczną adaptację programu do specyfiki odbiorców.

„ART to nie tylko metoda kontroli agresji, lecz także forma treningu kompetencji umożliwiających uczestnictwo w życiu społecznym.”

Ograniczenia Treningu Zastępowania Agresji oraz znaczenie adaptacji klinicznych i kulturowych

Pomimo licznych doniesień wskazujących na skuteczność Treningu Zastępowania Agresji zastosowanie programu w pracy z osobami dorosłymi wiąże się z szeregiem ograniczeń. Analiza dostępnych badań wskazuje, że efektywność ART nie jest jednolita, a uzyskiwane rezultaty zależą od wielu czynników związanych zarówno z charakterystyką uczestników, jak i sposobem implementacji programu. Ograniczenia te dotyczą między innymi trwałości efektów, specyfiki redukowanych zachowań agresywnych, motywacji uczestników, jakości realizacji treningu oraz konieczności dostosowania

programu do określonych grup odbiorców.

Jednym z istotnych ograniczeń ART jest fakt, że zmniejszenie zachowań agresywnych nie zawsze oznacza pełną zmianę funkcjonowania interpersonalnego. W badaniu przeprowadzonym przez Cześniki in. (2024) w populacji osób skazanych zaobserwowano, że udział w treningu wiązał się ze zmniejszeniem ogólnego poziomu agresji oraz gotowości do podjęcia zachowań agresywnych. Jednocześnie autorzy wskazali na zmianę charakteru przejawianej agresji – obniżeniu agresji bezpośredniej towarzyszył wzrost znaczenia agresji pośredniej. Wynik ten może sugerować, że uczestnicy częściowo nauczyli się ograniczać jawne zachowania agresywne, jednak nie zawsze doszło do pełnej internalizacji alternatywnych sposobów rozwiązywania konfliktów.

Celem interwencji ukierunkowanych na agresję nie powinno być wyłącznie zahamowanie zachowania, lecz rozwój bardziej adaptacyjnych strategii regulacji emocji i funkcjonowania społecznego. Jeżeli trening koncentruje się głównie na kontroli ekspresji złości, bez pogłębionej pracy nad rozwojem moralności oraz adaptacyjnymi alternatywami zachowań, istnieje ryzyko, że zmiana będzie miała jedynie chwilowy charakter. Może to wskazywać na potrzebę łączenia ART z dodatkowymi oddziaływaniami terapeutycznymi.

OGRANICZENIA ART



**powierzchowna
zmiana zachowań
agresywnych**

**indywidualizacja
programu**

**nieprawidłowe
skracać
programu**

**kompetencje
trenerów**

**trudności
organizacyjne
i systemowe**

**brak motywacji
wewnętrznej
uczestników**

**trudności w kulturowym
dopasowaniu
programu**

**różny stopień
opanowania programu**

Kolejnym ograniczeniem związanym ze skutecznością programu jest stopień opanowania przez uczestników nauczanych umiejętności. Ukończenie programu nie zawsze oznacza rzeczywiste przyswojenie wszystkich kompetencji rozwijanych podczas treningu (Cześnik i in., 2024). U części uczestników poziom efektywności programu pozostawał niski, a niemal połowa badanych nie osiągnęła pełnego opanowania materiału. Może to sugerować, że sama ekspozycja na techniki ART nie jest wystarczająca do uzyskania trwałej zmiany zachowania. Konieczne może być dalsze ćwiczenie umiejętności, ich wzmacnianie w środowisku naturalnym oraz zapewnienie uczestnikom możliwości korzystania ze wsparcia po zakończeniu formalnego programu.

Znaczącym czynnikiem ograniczającym skuteczność ART jest również motywacja uczestników. Problem ten szczególnie wyraźnie widoczny jest w pracy z osobami kierowanymi na trening w sposób obligatoryjny, np. w ramach wykonywania kary. W badaniu Hornsveld i in. (2015) część uczestników nie ukończyła programu pomimo formalnego zobowiązania do udziału w zajęciach. Autorzy podkreślają, że brak zaangażowania uczestnika może znacząco ograniczać możliwość osiągnięcia efektów programu, ponieważ jego skuteczność wymaga aktywnego uczestnictwa, gotowości do

autorefleksji oraz praktycznego wykorzystywania nowych umiejętności.

ART może być mniej skuteczne jako samodzielna interwencja wobec osób całkowicie pozbawionych gotowości do współpracy. W takich przypadkach zasadne może być wcześniejsze zastosowanie metod zwiększających zaangażowanie uczestnika, takich jak elementy dialogu motywującego, psychoedukacja dotycząca konsekwencji zachowań agresywnych czy indywidualna praca nad rozpoznaniem kosztów utrwalonych strategii funkcjonowania.

Istotnym ograniczeniem pozostaje również kwestia organizacji i jakości wdrażania programu. Majcherczyk (2011), krytycznie analizując funkcjonowanie programów resocjalizacyjnych w polskim systemie penitencjarnym, wskazuje, że trudności w realizacji ART nie zawsze wynikają z ograniczeń samej metody, lecz często z problemów systemowych. Autor zwraca uwagę na niewystarczającą liczbę certyfikowanych trenerów, trudności organizacyjne związane z przygotowaniem kadry oraz stopniowe obniżanie standardów realizacji programu.

Wynika z tego, że skuteczność ART zależy nie tylko od samego modelu teoretycznego, ale również od kompetencji osób prowadzących trening oraz zachowania

integralności programu. Nieprawidłowe skracanie programu, pomijanie części komponentów lub realizowanie zajęć bez odpowiedniego przygotowania może ograniczać możliwość uzyskania zakładanych rezultatów. Ensafdarani in. (2019), analizując wyniki 11 badań dotyczących skuteczności różnych wersji ART, wskazują, że programy skrócone mogą charakteryzować się niższą efektywnością.

“...brak zaangażowania uczestnika może znacząco ograniczać możliwość osiągnięcia efektów programu”

W jednym z analizowanych badań ograniczenie czasu trwania treningu do 16 godzin wiązało się z brakiem istotnych efektów terapeutycznych, co sugeruje znaczenie odpowiedniej intensywności i kompleksowości oddziaływania.

Kolejnym obszarem wymagającym uwzględnienia jest konieczność adaptacji kulturowej programu. Chociaż podstawowe mechanizmy leżące u podłoża agresji mogą mieć charakter uniwersalny, sposób rozumienia emocji, konfliktów interpersonalnych oraz społecznie akceptowanych form ekspresji różni się w zależności od kontekstu kulturowego. Almakhamreh i in. (2020) analizowali możliwość zastosowania ART w społeczeństwie arabskim, wskazując, że skuteczna

implementacja wymagała dostosowania programu do lokalnych norm społecznych i doświadczeń uczestników. Autorzy podkreślają, że adaptacja nie powinna oznaczać rezygnacji z podstawowych założeń programu, lecz modyfikację sposobu jego przekazywania tak, aby odpowiadał specyfice danej grupy. W badaniu dotyczącym studentów jordańskich uczestnicy wskazywali, że udział w mieszanych grupach treningowych umożliwił im lepsze rozumienie perspektywy osób odmiennej płci, zwiększył tolerancję wobec różnic oraz przyczynił się do poprawy kontroli emocjonalnej i empatii. Wyniki te wskazują, że odpowiednio zaplanowana adaptacja może zwiększać skuteczność ART poprzez większe dopasowanie treści do realnych doświadczeń uczestników.

W odniesieniu do pracy z osobami dorosłymi oznacza to konieczność indywidualizacji programu. Grupa sprawców przemocy w zakładzie karnym będzie wymagała innych modyfikacji niż osoby uczestniczące w treningu w celach profilaktycznych. Szczególne znaczenie może mieć uwzględnienie takich czynników jak poziom funkcjonowania poznawczego, obecność zaburzeń psychicznych, doświadczenia traumatyczne, poziom motywacji oraz kontekst społeczny uczestników.

Podsumowując, ograniczenia ART nie podważają jego wartości jako narzędzia, lecz wskazują na konieczność stosowania go w sposób świadomy i zgodny z aktualną wiedzą kliniczną oraz wynikami badań. Program wydaje się najbardziej efektywny wtedy, gdy jest realizowany kompleksowo, przez odpowiednio przygotowanych trenerów, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb uczestników oraz możliwością dalszego utrwalania zdobytych kompetencji.

Dyskusja i wnioski

Trening Zastępowania Agresji stanowi kompleksowy program oddziaływań psychologicznych, który wykracza poza prostą redukcję zachowań agresywnych, obejmując rozwój kompetencji społecznych, regulacji emocji oraz modyfikację sposobu interpretowania sytuacji interpersonalnych. Jego główną wartością jest wielowymiarowe podejście zakładające, że trwała zmiana wymaga nie tylko kontroli zachowania, lecz także rozwijania alternatywnych strategii reagowania.

Analiza dostępnych badań wskazuje, że ART może być wartościowym narzędziem w pracy z osobami dorosłymi przejawiającymi zachowania agresywne, szczególnie w obszarze resocjalizacji i oddziaływań penitencjarnych. Wyniki badań Cześnik i in. (2024) wskazują na możliwość zmniejszenia poziomu agresji, gniewu oraz gotowości do zachowań

agresywnych u osób skazanych uczestniczących w programie. Jednocześnie uzyskane rezultaty pokazują, że efekty ART powinny być interpretowane z ostrożnością – ograniczenie agresji bezpośredniej nie musi oznaczać pełnej zmiany sposobu funkcjonowania interpersonalnego. Obserwowana zmiana w kierunku większego udziału agresji pośredniej wskazuje, że istotnym elementem dalszego rozwoju programu powinno być pogłębianie pracy nad mechanizmami leżącymi u podłoża agresji, a nie jedynie nad jej zewnętrzną ekspresją.

W pracy klinicznej z osobami dorosłymi zasadne wydaje się uzupełnianie ART o elementy uwzględniające współczesną wiedzę dotyczącą regulacji emocji, traumy oraz zaburzeń osobowości. U części osób agresja może pełnić funkcję adaptacyjną w odpowiedzi na wcześniejsze doświadczenia lub utrwalone schematy interpersonalne, dlatego sama nauka nowych zachowań może być niewystarczająca bez pogłębionej pracy terapeutycznej.

Podsumowując, Trening Zastępowania Agresji jest metodą posiadającą istotny potencjał resocjalizacyjny. Jego skuteczność zależy jednak od wielu czynników modulujących. Najważniejsze ograniczenia dotyczą motywacji uczestników, możliwości utrwalenia zdobytych umiejętności, jakości realizacji programu oraz

oraz konieczności jego dostosowania do specyfiki danej grupy.

W przyszłości istotnym kierunkiem badań powinno być dalsze analizowanie skuteczności ART w różnych populacjach osób dorosłych, z uwzględnieniem kobiet, osób z diagnozami klinicznymi oraz osób uczestniczących w programie poza systemem penitencjarnym.

Konieczne wydaje się również prowadzenie badań długo-terminowych, które pozwolą ocenić trwałość uzyskiwanych zmian oraz wpływ programu na rzeczywiste funkcjonowanie społeczne uczestników.



Kompetencje trenerów

Dostosowanie programu do indywidualnych potrzeb

Zachowanie integralności programu

Zwiększenie motywacji wewnętrznej

Codziennie ćwiczenie umiejętności

Skupienie na wielu aspektach życia pacjentów

Skuteczna adaptacja kulturowa





Neuroart

Proces twórczy jako przestrzeń regulacji emocjonalnej - neuropsychologiczne podstawy arteterapii.

Arteterapia jako przestrzeń ekspresji i komunikacji

Arteterapia jest formą pracy terapeutycznej i rozwojowej, w której działania artystyczne stanowią podstawowy środek ekspresji i komunikacji. W szerokim rozumieniu obejmuje różne obszary twórczości i oddziaływań opartych na sztuce, między innymi terapię przez sztuki wizualne, muzykoterapię, choreoterapię, dramaterapię, teatroterapię, biblioterapię, filmoterapię oraz pracę z fotografią i narracją. W praktyce arteterapeutycznej różne formy sztuki mogą się przenikać. W dalszej części artykułu uwaga zostaje skupiona przede wszystkim na pracy twórczej z materiałem plastycznym.

Proces twórczy może być rozumiany jako doświadczenie angażujące różne sposoby przetwarzania: sensoryczny, kinestetyczny, afektywny, poznawczy i symboliczny. Taką perspektywę opisuje między innymi model *Expressive Therapies Continuum* - ETC, czyli Kontinuum Terapii Ekspresyjnych. Model

ten pozwala uchwycić, że działanie plastyczne obejmuje kontakt z materiałem, ruch i gest, reakcje emocjonalne, obserwację powstającej formy oraz stopniowe nadawanie jej znaczenia.

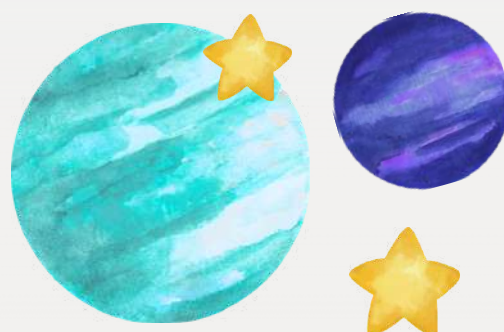
W procesie arteterapeutycznym szczególne znaczenie mają trzy wzajemnie powiązane elementy: środki artystyczne, proces twórczy oraz powstająca praca. Środki artystyczne odnoszą się do materiałów, narzędzi i technik wykorzystywanych podczas pracy. Proces twórczy odbywa się poprzez aktywny udział klienta w zaproponowanym doświadczeniu arteterapeutycznym. Powstająca praca staje się materialnym śladem tego procesu i może stanowić przedmiot dalszej obserwacji, rozmowy oraz refleksji.

Osoba prowadząca spotkanie przygotowuje ramę doświadczenia: proponuje temat lub obszar pracy, dobiera materiały, określa sposób działania, czas trwania, zakres wskazówek oraz poziom swobody pozostawionej osobie uczestniczącej. Rama spotkania porządkuje aktywność twórczą i wyznacza warunki, w których proces może się rozwijać. Na jego przebieg wpływają również relacja terapeutyczna, przyjęty model pracy, cel interwencji, forma spotkań oraz indywidualna sytuacja uczestników: ich potrzeby, preferencje, wcześniejsze doświadczenia artystyczne, aktualny stan psychofizyczny i gotowość do pracy.



IWONA DEDA

Psycholożka, arteterapeutka. Należy do Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach. W pracy kieruje się podejściem integracyjnym, łącząc między innymi psychoterapię sensomotoryczną, arteterapię i TSR. Na co dzień udziela konsultacji psychologicznych, prowadzi grupowe warsztaty psychoedukacyjne oraz szkolenia specjalistyczne.



Podczas warsztatów arteterapeutycznych ważne jest przypomnienie zasad, w tym nieoceniania prac pod kątem estetycznym oraz tworzenia bez presji efektu. Powstające prace mogą mieć widoczne walory estetyczne, mogą też być surowe, chaotyczne, niedokończone lub trudne w odbiorze. Z perspektywy arteterapii ich znaczenie wynika przede wszystkim z procesu, który uruchamiają, oraz z osobistego sensu nadawanego im przez osobę tworzącą.

“Powstająca praca staje się materialnym śladem tego procesu i może stanowić przedmiot dalszej obserwacji, rozmowy oraz refleksji.”

Doświadczenie sztuki w perspektywie neuroestetyki

Koncepcje neurosztuki i neuroestetyki pokazują, że kontakt ze sztuką angażuje ciało, zmysły, emocje, uwagę, pamięć oraz procesy nadawania znaczeń. W koncepcji triady estetycznej Anjana Chatterjee i Oshina Vartaniana doświadczenie estetyczne powstaje dzięki współdziałaniu układów sensomotorycznych, układu nagrody oraz procesów poznawczych związanych z wiedzą i interpretacją.

W kontekście arteterapii warto zwrócić uwagę na doświadczenie satysfakcji i sprawczości, które może pojawiać się w procesie twórczym.

Tworzenie może wiązać się z zaciekawieniem, przyjemnością, poruszeniem lub poczuciem sensu. Osoba uczestnicząca w procesie może odczuwać, że ma wpływ na powstającą pracę: wybiera materiały, nadaje formę, wprowadza zmiany i obserwuje efekt własnego działania. Takie doświadczenie może wzmacniać zaangażowanie oraz gotowość do dalszego uczestnictwa w procesie terapeutycznym lub rozwojowym.

Ekspresja plastyczna a kontakt z doświadczeniem

W literaturze arteterapeutycznej podkreśla się, że terapia przez sztukę może sprzyjać rozpoznawaniu stanów emocjonalnych, procesów intrapsychicznych, zasobów, ograniczeń, sposobów reagowania oraz rozwijaniu samoświadomości. Ekspresja plastyczna umożliwia komunikowanie doświadczeń w sposób pośredni, symboliczny i pozawerbalny. Cathy Malchiodi zwraca uwagę, że sztuka może pomagać w wyrażaniu tego, co trudne do ujęcia za pomocą słów, a proces twórczy stwarza możliwość stopniowego ujawniania i opracowywania przeżyć.

W arteterapii osoba uczestnicząca nie musi od razu w pełni werbalizować ani odsłaniać swojego doświadczenia. Może decydować, ile chce pokazać, w jaki sposób chce to zrobić i na jakim etapie jest gotowa nadać temu słowny komentarz. Taka możliwość stopniowego kontaktu

REGULACJA SZTUKĄ

z doświadczeniem sprzyja poczuciu wpływu oraz bezpieczeństwa. Z perspektywy regulacji emocjonalnej ważne jest to, że przeżycia mogą najpierw znaleźć wyraz w działaniu twórczym i formie plastycznej, a dopiero później być stopniowo rozpoznawane, nazywane i integrowane.

Potencjał regulacyjny procesu twórczego

Proces twórczy w arteterapii może mieć potencjał regulacyjny. Regulacja emocji może być rozumiana jako zdolność rozpoznawania, akceptowania, przetwarzania i wykorzystywania doświadczeń emocjonalnych w sposób sprzyjający funkcjonowaniu osoby. Emocje niosą informacje o potrzebach, frustracjach, granicach i możliwych kierunkach działania; znaczenie ma sposób, w jaki osoba je

zauważa, rozumie, wyraża i wykorzystuje.

W arteterapii ekspresja plastyczna pozwala na kontakt z aspektami doświadczenia psychicznego, które nie zawsze są dostępne w bezpośredniej wypowiedzi klienta. Osoba może deklarować określony sposób rozumienia swojej sytuacji, podczas gdy w pracy plastycznej mogą pojawić się inne warstwy przeżywania. Powstająca praca może stać się punktem wyjścia do rozpoznawania procesów intrapsychicznych, symbolizacji oraz refleksji. W rozmowie z terapeutą osoba może odnosić to, co powstało, do własnego życia, relacji, historii i aktualnej sytuacji.

Znaczenie ma również możliwość dalszego rozwijania lub przekształca-



-nia pracy. To, co pojawiło się jako wyraz napięcia, bólu, chaosu lub trudności, może zostać uzupełnione, zmienione, zamalowane, rozerwane, złożone na nowo albo podjęte w kolejnej formie. Dzięki temu osoba może przyglądać się własnemu doświadczeniu, a zarazem wprowadzać wobec niego działanie, wybór i nowe spojrzenie.

Pobudzenie psychofizjologiczne i materiał plastyczny

Istotnym aspektem regulacji emocji jest poziom pobudzenia psychofizjologicznego. Można go odnieść do koncepcji okna tolerancji, opisującej taki zakres aktywacji układu nerwowego, w którym osoba może pozostawać w kontakcie z doświadczeniem, podejmować refleksję i stopniowo nazywać pojawiające się przeżycia. W arteterapii znaczenie ma taka organizacja doświadczenia twórczego, która wspiera modulowanie pobudzenia klienta. Wpływa na to relacja terapeutyczna, jasność propozycji pracy, możliwość wyboru, charakter aktywności, stopniowanie doświadczenia oraz właściwości materiałów i technik. Materiały plastyczne różnią się przewidywalnością, intensywnością bodźców, oporem, płynnością, wymaganiami motorycznymi i poziomem kontroli potrzebnej podczas działania. Ten sam materiał może u jednej osoby sprzyjać skupieniu, obniżeniu napięcia i poczuciu sprawczości, a u innej nasilać frustrację, pobudzenie lub dezorganizację.

Znaczenie materiału ujawnia się w kontakcie z konkretną osobą, jej aktualnym stanem, doświadczeniem i potrzebami.

Relacja terapeutyczna i ko-regulacja

Regulacyjny wymiar ma również relacja terapeutyczna. Obecność terapeuty wyraża się zarówno w sposobie prowadzenia procesu, jak w sposobie bycia z osobą w doświadczeniu twórczym. Znaczenie ma uważne towarzyszenie, respektowanie granic, reagowanie na sygnały przeciążenia oraz wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa i wpływu. Terapeuta stawia pytania, zachęca do refleksji, może dzielić się własnym rozumieniem procesu i pomagać osobie odnosić powstającą pracę do jej doświadczenia życiowego.

Istotna jest także elastyczność prowadzenia. Nawet starannie zaplanowane doświadczenie arteterapeutyczne może wymagać modyfikacji, jeśli zmienia się stan psychofizyczny klienta, poziom pobudzenia, gotowość do pracy. Terapeuta może dostosowywać tempo, zakres instrukcji, rodzaj materiałów, poziom intensywności zadania albo sposób omawiania pracy.

Relacyjno-neuropsychologiczne ujęcie arteterapii podkreśla, że proces twórczy dokonuje się w określonej ramie interpersonalnej.

**relacja
terapeutyczna**

**indywidualna
sytuacja
klienta**

SPOTKANIE

**forma
spotkania**

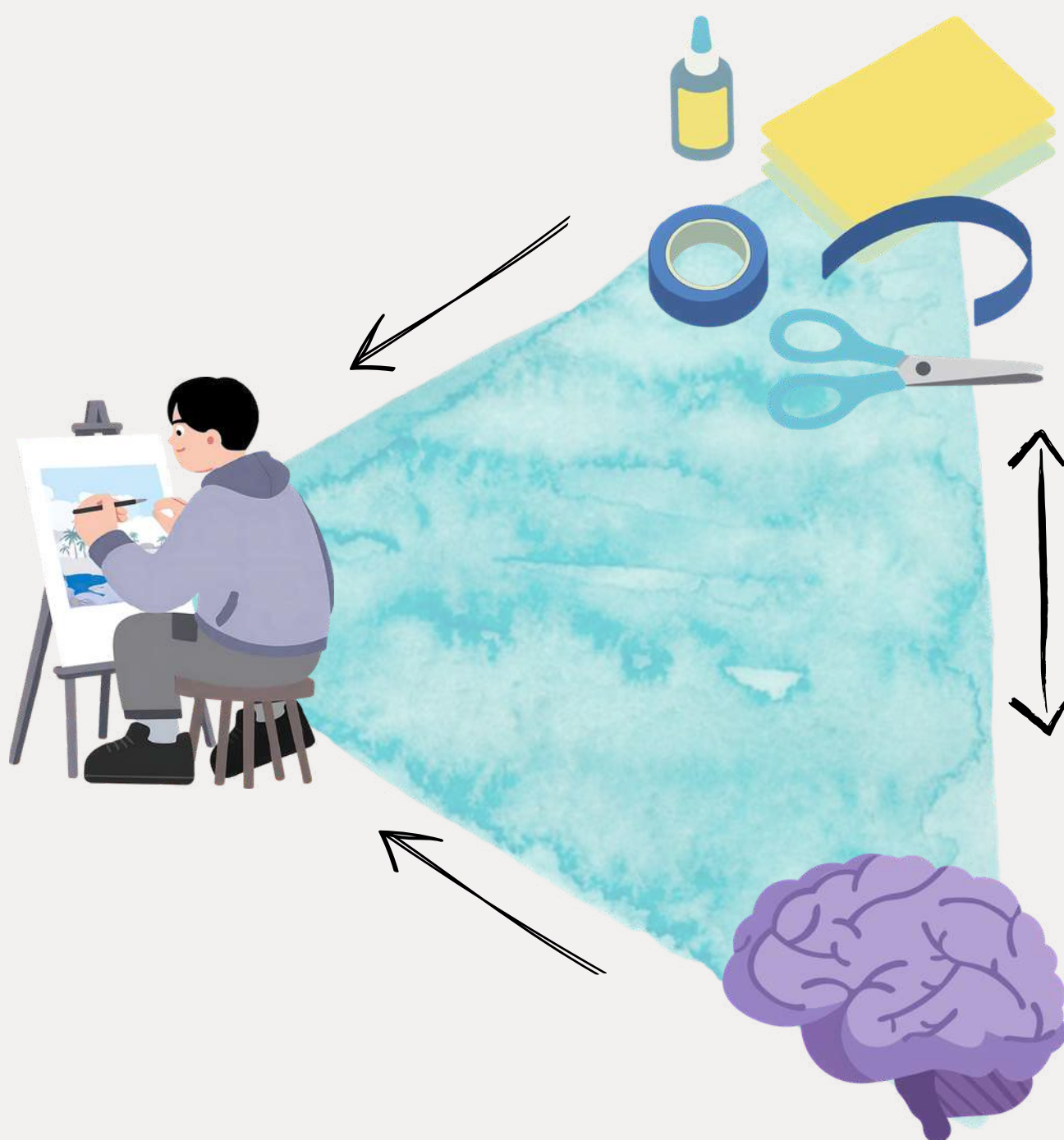
**cel
interwencji**

**wybrany
model
pracy**



Noah Hass-Cohen i Joanna Clyde Findlay w modelu *Art Therapy Relational Neuroscience* opisują arteterapię jako proces, w którym twórcze działanie, komunikacja ekspresyjna, adaptacyjne reagowanie, integracja doświadczenia, relacja terapeutyczna oraz empatia

i współczucie współtworzą warunki pracy terapeutycznej. Z tej perspektywy regulacja emocjonalna może być wspierana poprzez kontakt z materiałem, powstającą pracą oraz sposób, w jaki osoba jest widziana, wspierana i prowadzona w procesie.







NARZĘDZIOWNIK

STWORZONY DLA TRENERÓW, TERAPEUTÓW, EDUKATORÓW
I SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO.



Trauma ciała

Wpływ doświadczeń traumatycznych na obraz ciała
- implikacje kliniczne dla pracy terapeutycznej.

Streszczenie

Doświadczenia traumatyczne wpływają nie tylko na funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze człowieka, ale również na sposób postrzegania oraz doświadczania własnego ciała. W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost zainteresowania rolą obrazu ciała, interocepcji oraz ucieleśnienia (*embodiment*) w rozwoju i podtrzymywaniu objawów związanych z traumą. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy dotyczącego wpływu doświadczeń traumatycznych na obraz ciała oraz omówienie implikacji klinicznych wynikających z tych zależności. Analiza współczesnych badań wskazuje, że trauma – szczególnie o charakterze interpersonalnym i doświadczana w dzieciństwie – wiąże się z większym nasileniem zaburzeń obrazu ciała, trudnościami w odczuwaniu sygnałów płynących z organizmu, poczuciem obcości wobec własnego ciała oraz zaburzeniami interocepcji. Zwrócono również uwagę na neurobiologiczne mechanizmy leżące u podłoża tych zmian oraz ich

znaczenie dla rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym PTSD i zaburzeń odżywiania. Przedstawiono również znaczenie interwencji uwzględniających pracę z ciałem jako uzupełnienia klasycznej psychoterapii. Wyniki analiz sugerują, że integracja oddziaływań poznawczych, emocjonalnych i somatycznych może stanowić istotny element skutecznej terapii osób po doświadczeniach traumatycznych.

Słowa kluczowe: trauma, obraz ciała, PTSD, embodiment, interocepcja, psychoterapia, terapia somatyczna

Wprowadzenie

Doświadczenia traumatyczne należą do najważniejszych czynników wpływających na funkcjonowanie psychiczne człowieka i od wielu lat pozostają przedmiotem intensywnych badań w psychologii klinicznej. Tradycyjnie koncentrowano się przede wszystkim na poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych następstwach traumy, takich jak natrętne wspomnienia, unikanie bodźców przypominających o traumie, nadmierne pobudzenie czy trudności w regulacji emocji. Takie podejście umożliwiło rozwój skutecznych metod leczenia zespołu stresu pourazowego (PTSD), jednak przez wiele lat marginalizowano znaczenie zmian zachodzących w relacji człowieka z własnym ciałem.

Obecnie coraz więcej badań wskazuje, że konsekwencje doświadczeń traumatycznych wykraczają poza funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne.



KATARZYNA KACHNIARZ

Psycholog, psychodietetyk, psychotraumatolog, trenerka Treningu Umiejętności Społecznych (TUS), psychoterapeutka poznawczo-behawioralna w trakcie szkolenia. Na co dzień pracuje z osobami dorosłymi oraz młodzieżą, wspierając je w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi, zaburzeniami lękowymi, doświadczeniami traumatycznymi oraz wyzwaniem związanym z budowaniem zdrowej relacji z jedzeniem, własnym ciałem i samym sobą. W swojej pracy opiera się na aktualnej wiedzy naukowej, indywidualnym podejściu do pacjenta oraz relacji opartej na empatii, zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa.



Trauma może prowadzić do trwałych zmian w sposobie odczuwania własnego ciała, interpretowania sygnałów płynących z organizmu oraz budowania poczucia bezpieczeństwa we własnej cielesności. W efekcie ciało, które w prawidłowym rozwoju stanowi podstawę poczucia sprawstwa i integralności, może zacząć być doświadczane jako źródło zagrożenia, napięcia, wstydu lub obcości.

“Trauma może prowadzić do trwałych zmian w sposobie odczuwania własnego ciała...”

Współczesne ujęcia obrazu ciała wykraczają poza ocenę wyglądu fizycznego. Coraz częściej obejmują one również doświadczenie ucieleśnienia (*embodiment*), poczucie własności ciała (*body ownership*), zdolność do rozpoznawania sygnałów interoceptywnych oraz poczucie sprawstwa wobec własnych działań (*agency*). Zaburzenia tych procesów są szczególnie widoczne u osób z doświadczeniem traumy interpersonalnej oraz zespołem stresu pourazowego, co wskazuje na potrzebę uwzględniania ich zarówno w procesie diagnozy, jak i planowania oddziaływań terapeutycznych.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy dotyczącego wpływu doświadczeń traumatycznych na obraz ciała oraz omówienie implikacji klinicznych wynikających

z tych zależności dla praktyki psychoterapeutycznej. Szczególną uwagę poświęcono współczesnemu rozumieniu relacji człowieka z własnym ciałem, neurobiologicznym mechanizmom leżącym u podłoża jej zaburzeń oraz implikacjom klinicznym wynikającym z integracji oddziaływań poznawczych, emocjonalnych i somatycznych.

1. Obraz ciała – od wyglądu do ucieleśnienia

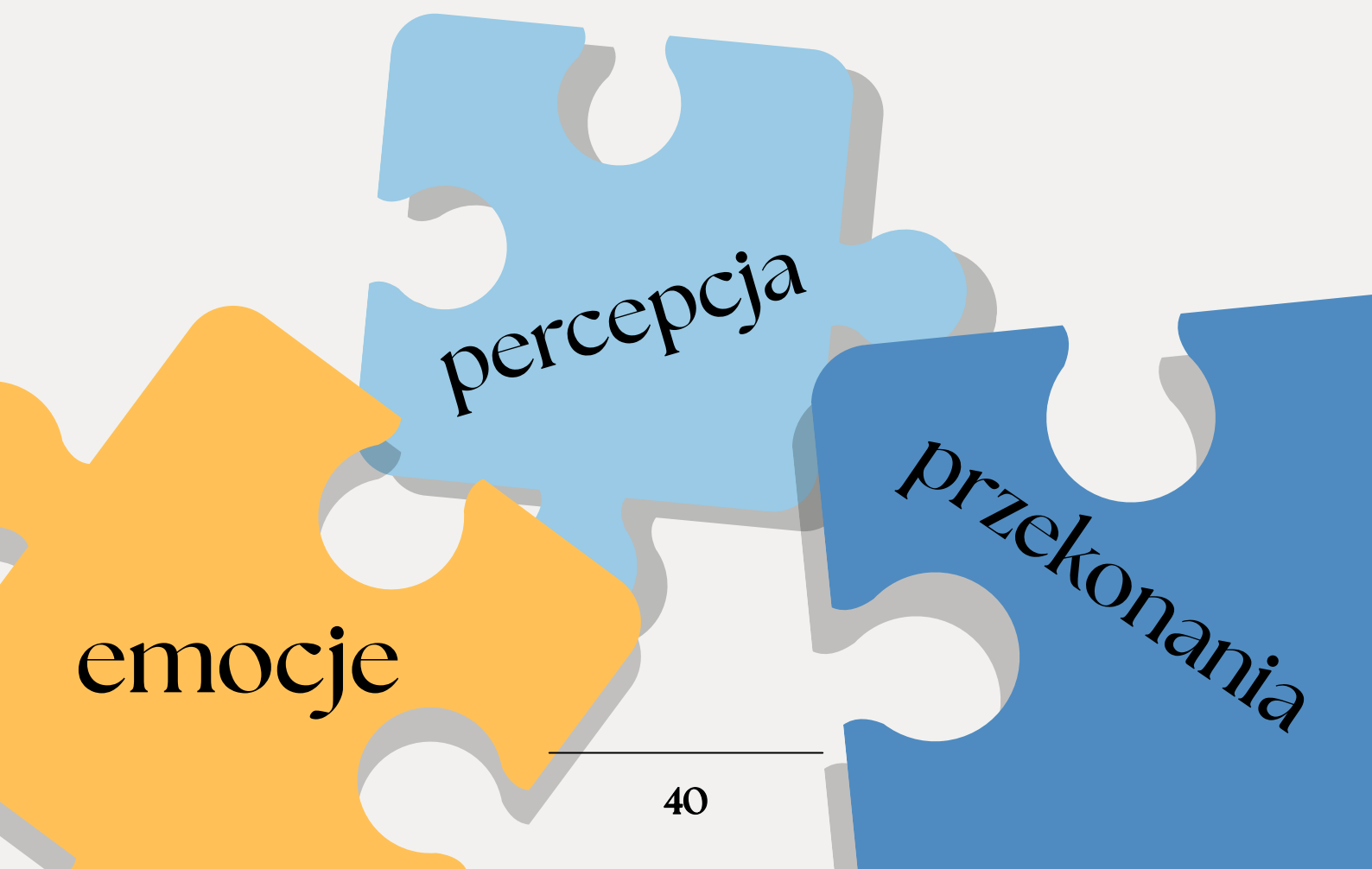
Pojęcie obrazu ciała przez wiele lat odnoszono przede wszystkim do sposobu postrzegania własnego wyglądu oraz emocjonalnej oceny własnej cielesności. W klasycznych ujęciach obraz ciała obejmował komponent percepcyjny, odnoszący się do sposobu spostrzegania własnych cech fizycznych, komponent poznawczy związany z przekonaniami dotyczącymi własnego wyglądu, komponent emocjonalny obejmujący uczucia wobec ciała oraz komponent behawioralny wyrażający się w zachowaniach podejmowanych w odpowiedzi na sposób postrzegania własnej fizyczności.

Rozwój badań nad traumą oraz postęp w neuro-naukach doprowadziły jednak do znacznego poszerzenia tego pojęcia. Współcześnie podkreśla się, że relacja człowieka z własnym ciałem obejmuje nie tylko jego ocenę, lecz także sposób, w jaki ciało jest doświadczane „od wewnątrz”.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera koncepcje embodiment, opisująca poczucie bycia ucieleśnionym, czyli doświadczania ciała jako integralnej części własnego „ja”. Istotnymi elementami tego procesu są interocepcja, rozumiana jako zdolność do odbierania i interpretowania sygnałów płynących z wnętrza organizmu, propriocepcja odpowiadająca za świadomość położenia ciała w przestrzeni oraz poczucie sprawstwa (*agency*), umożliwiające odczuwanie kontroli nad własnym działaniem.

Tak szerokie ujęcie obrazu ciała pozwala lepiej zrozumieć konsekwencje doświadczeń traumatycznych. U osób po traumie problem nie ogranicza się bowiem do niezadowolenia z wyglądu.

Znacznie częściej dochodzi do zaburzenia podstawowej relacji z własnym ciałem, które przestaje być doświadczane jako bezpieczne miejsce, a staje się źródłem trudnych doznań somatycznych, przewlekłego napięcia lub poczucia obcości. Zaburzenia te mogą obejmować zarówno trudności w rozpoznawaniu sygnałów płynących z organizmu, jak i osłabione poczucie sprawstwa czy integralności własnego ciała. Z perspektywy klinicznej oznacza to konieczność postrzegania obrazu ciała jako złożonego konstruktu obejmującego nie tylko ocenę własnej fizyczności, lecz także sposób doświadczania własnej cielesności oraz jej znaczenie dla funkcjonowania psychicznego.





OBRAZ

poczucie
ucieleśnienia

poczucie
sprawstwa

poczucie
własności
ciała

rozpoznawanie
sygnałów
interoceptywnych



CIAŁO

2. Jak trauma zmienia relację człowieka z własnym ciałem?

Coraz liczniejsze badania wskazują, że doświadczenia traumatyczne prowadzą do głębokich zmian nie tylko w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym, lecz również w sposobie doświadczania własnego ciała. Szczególne znaczenie przypisuje się traumom interpersonalnym, takim jak przemoc fizyczna, emocjonalna lub seksualna oraz zaniedbanie w dzieciństwie, które wpływają na rozwój obrazu siebie, poczucia bezpieczeństwa i relacji z własną cielesnością. Współczesne modele teoretyczne zakładają, że zaburzenia obrazu ciała nie stanowią jedynie wtórnej konsekwencji obniżonej samooceny, lecz są integralnym elementem psychopatologii pourazowej.

“...ciało osoby po traumie często staje się nośnikiem bolesnych wspomnień i emocji.”

2.1 Trauma a negatywny obraz ciała

Jednym z najsilniejszych dowodów potwierdzających związek między traumą a zaburzeniami obrazu ciała jest metaanaliza Bödicker i wsp. (2022), obejmująca badania dotyczące wpływu maltretowania w dzieciństwie na funkcjonowanie w dorosłości. Autorzy wykazali umiarkowaną, lecz istotną statystycznie zależność między

doświadczeniem przemocy a nasileniem zaburzeń obrazu ciała. Szczególnie silny związek obserwowano u osób z objawami PTSD, co sugeruje, że symptomy pourazowe mogą dodatkowo wzmacniać negatywną percepcję własnego ciała. Mechanizm ten wyjaśnia się między innymi poprzez internalizację doświadczeń przemocy, przewlekłe poczucie zagrożenia oraz utrwalanie negatywnych przekonań dotyczących własnej wartości.

Warto podkreślić, że ciało osoby po traumie często staje się nośnikiem bolesnych wspomnień i emocji. W przypadku przemocy seksualnej może być ono postrzegane jako źródło wstydu lub winy, natomiast doświadczenia przemocy emocjonalnej i zaniedbania mogą prowadzić do utrwalenia przekonania o własnej bezwartościowości.

W rezultacie relacja z własnym ciałem przestaje opierać się na akceptacji i trosce, a zaczyna być zdominowana przez krytycyzm, potrzebę kontroli lub unikanie.

2.2 Trauma jako doświadczenie utraty kontaktu z własnym ciałem

Najnowsze badania wskazują, że wpływ traumy wykracza poza negatywną ocenę wyglądu. Josephson i wsp. (2024), wykorzystując

podejście jakościowo-ilościowe, opisywali doświadczenia osób po traumie interpersonalnej, zwracając uwagę na zjawisko zaburzonego ucieleśnienia (*embodiment*). Jednym z najczęściej pojawiających się motywów w wypowiedziach uczestników było przekonanie: „moje ciało nie należy do mnie”. Respondenci opisywali swoje ciało jako obce, oddzielone od własnego „ja”, funkcjonujące automatycznie lub pozbawione możliwości świadomego odczuwania. Osoby po traumie często deklarowały trudności w rozpoznawaniu sygnałów płynących z organizmu, takich jak głód, zmęczenie, napięcie czy emocjonalne pobudzenie. Pojawiało się również poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem oraz skłonność do unikania kontaktu z doznaniem somatycznymi. W wielu przypadkach mechanizm ten wiązał się z dysocjacją, która pełni funkcję ochronną w sytuacji skrajnego zagrożenia, jednak w dłuższej perspektywie utrudnia ponowne budowanie bezpiecznej relacji z własnym ciałem.

Opisane wyniki wskazują, że trauma może prowadzić do fundamentalnej zmiany sposobu doświadczania własnej cielesności. Ciało przestaje być miejscem, w którym jednostka doświadcza bezpieczeństwa i sprawstwa, a staje się źródłem trudnych doznań lub obszarem, od którego należy się odciąć. W konsekwencji zaburzeniu ulega nie tylko obraz ciała rozumiany jako ocena wyglądu, lecz także podstawowe poczucie

bycia obecnym we własnym ciele.

2.3 Neurobiologiczne mechanizmy zaburzeń obrazu ciała po traumie

Psychologiczne konsekwencje doświadczeń traumatycznych znajdują odzwierciedlenie również w zmianach zachodzących na poziomie neurobiologicznym. Kearney i Lanius (2022) opisują zjawisko *brain-body disconnect*, wskazując, że doświadczenia traumatyczne zaburzają integrację informacji płynących z ciała oraz regulację autonomicznego układu nerwowego. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają wyspa (*insula*), odpowiedzialna za przetwarzanie sygnałów interoceptywnych, ciało migdałowate uczestniczące w wykrywaniu zagrożenia oraz kora przedczołowa odpowiadająca za kontrolę emocjonalną i integrację doświadczeń.

Dysregulacja tych struktur może prowadzić do dwóch pozornie przeciwstawnych, lecz równie problematycznych sposobów funkcjonowania. Część osób doświadcza nadmiernej koncentracji na sygnałach płynących z organizmu, interpretując nawet niewielkie zmiany fizjologiczne jako oznaki zagrożenia. Inni z kolei wykazują znaczne osłabienie kontaktu z własnym ciałem, przejawiające się trudnościami w rozpoznawaniu emocji, odczuwaniu bólu czy identyfikowaniu potrzeb

fizjologicznych. Oba opisane mechanizmy utrudniają skuteczną regulację emocji i mogą sprzyjać utrwalaniu objawów pourazowych. Z perspektywy klinicznej zaburzenia obrazu ciała po traumie nie wynikają wyłącznie z dysfunkcyjnych przekonań dotyczących własnego wyglądu. Stanowią one konsekwencję złożonych zmian obejmujących funkcjonowanie układów odpowiedzialnych za integrację doznań cielesnych, emocji i procesów poznawczych.

“...trudności zgłaszane przez pacjentów często wykraczają poza sferę emocjonalną i poznawczą.”

Takie rozumienie problemu wskazuje, że skuteczna pomoc psychologiczna nie powinna ograniczać się wyłącznie do modyfikacji przekonań dotyczących własnego wyglądu. Konieczne jest również uwzględnienie sposobu, w jaki pacjent doświadcza własnego ciała, interpretuje sygnały płynące z organizmu oraz reguluje pobudzenie fizjologiczne. Stanowi to istotny punkt wyjścia dla dalszych rozważań dotyczących klinicznych implikacji zaburzeń obrazu ciała po traumie oraz możliwości ich uwzględniania w procesie psychoterapii.

3. Konsekwencje kliniczne zaburzonej relacji z ciałem

Zmiany w sposobie doświadczania własnego ciała nie stanowią jedynie jednego z wielu objawów traumy. Coraz więcej badań wskazuje, że zaburzona relacja z ciałem odgrywa istotną rolę zarówno w rozwoju, jak i utrzymywaniu się licznych zaburzeń psychicznych oraz wpływa na przebieg procesu terapeutycznego. W praktyce klinicznej szczególnego znaczenia nabiera zrozumienie, że trudności zgłaszane przez pacjentów często wykraczają poza sferę emocjonalną i poznawczą, obejmując również sposób doświadczania własnej cielesności.

3.1 Zaburzenia obrazu ciała w PTSD

Jednym z charakterystycznych elementów funkcjonowania osób z zespołem stresu pourazowego jest zaburzona regulacja pobudzenia fizjologicznego. Pacjenci mogą doświadczać przewlekłego napięcia mięśniowego, nadmiernej czujności, trudności z odprężeniem oraz zwiększonej wrażliwości na bodźce płynące zarówno z otoczenia, jak i z własnego organizmu. U części osób obserwuje się z kolei zjawisko hipoaktywacji, objawiające się odrętwieniem emocjonalnym, poczuciem nierealności oraz ograniczonym kontaktem z własnym ciałem.

Dysocjacja stanowi jeden z mechani-

-zmów obronnych szczególnie często występujących po traumie interpersonalnej. Choć początkowo pełni funkcję adaptacyjną, umożliwiając psychiczną ochronę przed przytłaczającym doświadczeniem, w dłuższej perspektywie może utrudniać integrację wspomnień traumatycznych oraz odbudowę bezpiecznej relacji z własnym ciałem. Pacjenci często opisują trudności w rozpoznawaniu emocji, poczucie „życia obok siebie” lub wrażenie obserwowania własnego ciała z dystansu. Objawy te w istotny sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie i mogą ograniczać skuteczność klasycznych oddziaływań psychoterapeutycznych.

Z perspektywy klinicznej oznacza to, że skuteczna terapia PTSD powinna uwzględniać nie tylko redukcję objawów pourazowych, lecz również odbudowę bezpiecznej relacji pacjenta z własnym ciałem oraz rozwijanie zdolności do rozpoznawania i regulowania sygnałów płynących z organizmu.

3.2 Zaburzenia odżywiania jako konsekwencja traumy

Jednym z najlepiej udokumentowanych klinicznych następstw zaburzonej relacji z ciałem są zaburzenia odżywiania. Jak wskazuje przegląd Moroshko i wsp. (2025), doświadczenia traumatyczne – szczególnie o charakterze interpersonalnym – należą do najistotniejszych czynników ryzyka

rozwoju anoreksji psychicznej, bulimii oraz zaburzenia z napadami objadania się.

Współczesne modele wyjaśniające tę zależność podkreślają znaczenie takich mechanizmów jak dysocjacja, przewlekły wstyd, trudności w regulacji emocji oraz negatywna tożsamość cielesna. W tym ujęciu zachowania związane z jedzeniem nie stanowią wyłącznie próby zmiany wyglądu, lecz pełnią przede wszystkim funkcję regulacyjną. Kontrolowanie masy ciała, ograniczanie jedzenia czy zachowania kompensacyjne mogą być sposobem odzyskania poczucia wpływu w sytuacji, gdy doświadczenie traumy odebrało jednostce poczucie bezpieczeństwa i sprawstwa.

Ciało staje się wówczas przestrzenią, za pośrednictwem której wyrażane są emocje trudne do nazwania i przeżycia. Nadmierna koncentracja na wyglądzie może odwracać uwagę od cierpienia psychicznego, natomiast kontrola nad jedzeniem daje iluzję odzyskania wpływu na własne życie. Z tego względu skuteczna terapia zaburzeń odżywiania u osób z historią traumy wymaga uwzględnienia nie tylko objawów związanych z jedzeniem, lecz również doświadczeń traumatycznych oraz jakości relacji z własnym ciałem.

3.3 Wpływ na funkcjonowanie interpersonalne

Konsekwencje zaburzonej relacji z ciałem widoczne są również w obszarze relacji interpersonalnych. Ciało stanowi podstawowe narzędzie komunikacji niewerbalnej, budowania bliskości oraz doświadczania bezpieczeństwa w kontakcie z drugim człowiekiem. Jeżeli jednak jest ono kojarzone z zagrożeniem lub bólem, naturalną konsekwencją staje się unikanie sytuacji wymagających fizycznej lub emocjonalnej bliskości.

Osoby po traumie często zgłaszają trudności związane z akceptacją dotyku, obniżonym poczuciem bezpieczeństwa w relacjach intymnych oraz ograniczoną zdolnością do odczuwania przyjemności.

Niektóre osoby unikają kontaktu fizycznego, podczas gdy inne mogą podejmować zachowania seksualne pozbawione poczucia sprawstwa lub emocjonalnego zaangażowania. Zaburzona relacja z własnym ciałem wpływa również na sposób budowania więzi, poziom zaufania oraz regulowanie bliskości w relacjach interpersonalnych.

Z perspektywy terapeutycznej oznacza to konieczność uwzględniania cielesnego wymiaru funkcjonowania pacjenta nie tylko podczas pracy nad objawami PTSD, lecz również w procesie odbudowy relacji interpersonalnych. Przywracanie poczucia bezpieczeństwa we własnym ciele może stanowić jeden z fundamentów odzyskiwania zdolności do tworzenia

SPOSOBY REGULACJI PO DOŚWIADCZENIACH TRAUMATYCZNYCH

Nadmierna koncentracja na sygnałach płynących z organizmu

Utrudnienie skutecznej regulacji emocji utrwalenie objawów pourazowych

Interpretacja niewielkich zmian jako zagrożenia

Trudności w rozpoznawaniu bólu i potrzeb fizjologicznych

Oslabienie kontaktu z własnym ciałem

satysfakcjonujących i bezpiecznych więzi z innymi ludźmi. Jednocześnie pokazuje to, że odbudowa relacji z własnym ciałem nie jest celem samym w sobie, lecz stanowi istotny element poprawy ogólnego funkcjonowania psychicznego i społecznego pacjenta.

„...organizm może nadal reagować tak, jakby zagrożenie wciąż trwało.”

4. Implikacje kliniczne dla psychoterapii

Przedstawione wyniki badań wskazują, że skuteczna terapia osób po doświadczeniach traumatycznych wymaga odejścia od wyłącznie poznawczego rozumienia skutków traumy. Przez wiele lat głównym celem psychoterapii było zmniejszenie nasilenia objawów PTSD poprzez modyfikację dysfunkcyjnych przekonań, przetwarzanie wspomnień traumatycznych oraz redukcję zachowań unikowych. Choć podejścia te pozostają podstawą leczenia i posiadają silne potwierdzenie empiryczne, współczesne badania pokazują, że u części pacjentów sama praca poznawcza nie prowadzi do pełnej poprawy funkcjonowania. Trauma nie zapisuje się wyłącznie w pamięci deklaratywnej. Doświadczenie zagrożenia obejmuje również reakcje autonomicznego układu nerwowego, wzorce napięcia mięśniowego, sposób oddychania, przetwarzanie

sygnałów interoceptywnych oraz pamięć proceduralną. Oznacza to, że nawet wtedy, gdy pacjent rozumie przebieg wydarzeń traumatycznych i potrafi o nich opowiadać, jego organizm może nadal reagować tak, jakby zagrożenie wciąż trwało. W praktyce klinicznej zjawisko to często znajduje odzwierciedlenie w wypowiedziach pacjentów, którzy mówią: „Rozumiem to głową, ale moje ciało nadal reaguje”.

Z perspektywy neurobiologicznej nie jest to wyraz braku motywacji ani nieskuteczności psychoterapii, lecz konsekwencja utrwalonych wzorców funkcjonowania układu nerwowego rozwijających się jako mechanizm adaptacyjny umożliwiający przetrwanie. Oznacza to, że skuteczna terapia powinna obejmować nie tylko zmianę sposobu rozumienia doświadczeń traumatycznych, ale również odbudowę poczucia bezpieczeństwa we własnym ciele oraz regulację reakcji fizjologicznych.

4.1 Dlaczego sama praca poznawcza często nie wystarcza?

W klasycznych modelach poznawczobehawioralnych zakłada się, że zmiana sposobu interpretowania doświadczeń prowadzi do zmiany reakcji emocjonalnych i behawioralnych. Model ten pozostaje niezwykle skuteczny w leczeniu wielu zaburzeń



psychicznych, jednak w przypadku traumy jego możliwości bywają ograniczone.

Doświadczenia traumatyczne prowadzą do utrwalenia automatycznych reakcji fizjologicznych zachodzących poza świadomą kontrolą. Pacjent może wiedzieć, że znajduje się w bezpiecznym miejscu, a mimo to doświadczać przyspieszonego oddechu, napięcia mięśniowego, uczucia ściskania w klatce piersiowej czy nagłego pobudzenia.

“Reakcje te nie wynikają z aktualnej oceny sytuacji, lecz z automatycznej aktywacji układów odpowiedzialnych za przetrwanie.”

Reakcje te nie wynikają z aktualnej oceny sytuacji, lecz z automatycznej aktywacji układów odpowiedzialnych za przetrwanie. W praktyce klinicznej oznacza to, że psychoterapia skoncentrowana wyłącznie na zmianie przekonań może nie odpowiadać na wszystkie konsekwencje traumy. Pacjent może rozumieć swoje reakcje, jednak nadal nie doświadczać poczucia bezpieczeństwa we własnym ciele. Nie oznacza to rezygnacji z technik poznawczych, lecz ich uzupełnienie o interwencje ukierunkowane na regulację pobudzenia autonomicznego układu nerwowego oraz rozwijanie tolerancji na doznania płynące z organizmu.

Z perspektywy klinicznej planowanie terapii osób po doświadczeniach traumatycznych powinno obejmować ocenę nie tylko przekonań i objawów psychicznych, ale również sposobu funkcjonowania pacjenta w kontakcie z własnym ciałem. Pozwala to lepiej dopasować interwencje terapeutyczne do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz zwiększa szansę na trwałą poprawę funkcjonowania.

4.2 Znaczenie interocepcji w procesie zdrowienia

Jednym z najważniejszych celów terapii osób po traumie jest stopniowa odbudowa interocepcji, czyli zdolności do rozpoznawania, interpretowania i adekwatnego reagowania na sygnały płynące z własnego organizmu.

Trauma może prowadzić do dwóch przeciwstawnych sposobów funkcjonowania. Część pacjentów pozostaje w stanie permanentnej nadmiernej czujności wobec własnego ciała, interpretując nawet niewielkie zmiany fizjologiczne jako zapowiedź zagrożenia. Inni z kolei wykazują znacznie ograniczony kontakt z własnym organizmem, mając trudności z rozpoznawaniem głodu, zmęczenia, napięcia czy podstawowych emocji. Oba mechanizmy utrudniają skuteczną regulację emocji i zwiększają ryzyko utrzymywania się objawów PTSD.

Z perspektywy klinicznej oznacza to konieczność uwzględniania funkcjonowania interoceptywnego już na etapie konceptualizacji przypadku. Odbudowa interocepcji nie polega wyłącznie na kierowaniu uwagi na ciało, lecz na stopniowym rozwijaniu zdolności bezpiecznego pozostawania w kontakcie z własnymi doznaniem bez konieczności ich unikania lub katastrofizacji.

W praktyce terapeutycznej może to obejmować świadome obserwowanie oddechu, rozpoznawanie napięcia w poszczególnych partiach ciała, identyfikowanie pierwszych sygnałów pobudzenia, różnicowanie emocji od reakcji fizjologicznych oraz rozwijanie zdolności do zatrzymywania uwagi na neutralnych lub przyjemnych doznaniach płynących z organizmu. Dobór tych interwencji powinien być jednak zawsze dostosowany do poziomu stabilizacji pacjenta oraz etapu prowadzonej terapii.

4.3 Terapie wykorzystujące pracę z ciałem

Rosnące znaczenie relacji z własnym ciałem znajduje odzwierciedlenie w rozwoju terapii uwzględniających doświadczenia somatyczne jako integralny element procesu zdrowienia. Ich wspólnym celem nie jest wyłącznie redukcja objawów PTSD, lecz odbudowa bezpiecznej relacji z własnym organizmem oraz zwiększenie zdolności do regulacji

pobudzenia.

Do najlepiej przebadanych interwencji należą: joga uwrażliwiona na traumę (Trauma-Sensitive Yoga), terapia tańcem i ruchem, interwencje mindfulness, ćwiczenia oddechowe, trening uważności na sygnały interoceptywne, techniki *grounding* i *orienting* oraz podejścia somatyczne, takie jak Somatic Experiencing. Choć mechanizmy działania poszczególnych metod różnią się, wszystkie opierają się na założeniu, że odzyskanie poczucia bezpieczeństwa wymaga ponownego nauczania organizmu, iż aktualna sytuacja nie stanowi zagrożenia.

Najsilniejszych dowodów naukowych dostarcza metaanaliza van de Kamp i wsp. (2023), obejmująca 29 badań nad interwencjami opartymi na pracy z ciałem u osób z PTSD. Autorzy wykazali umiarkowaną skuteczność tych oddziaływań w redukcji objawów stresu pourazowego, poprawie jakości snu oraz zmniejszeniu nasilenia objawów depresyjnych. Szczególnie korzystne efekty obserwowano u pacjentów prezentujących nasilone objawy dysocjacyjne oraz trudności w regulacji pobudzenia.

Z perspektywy klinicznej wyniki te sugerują, że interwencje ukierunkowane na ciało mogą stanowić wartościowe uzupełnienie psychoterapii opartej na dowodach

naukowych, zwłaszcza u pacjentów, u których dominują objawy dysocjacyjne, przewlekłe napięcie lub trudności w kontakcie z własnym ciałem. Nie powinny być one jednak traktowane jako alternatywa dla psychoterapii, lecz jako element zintegrowanego modelu leczenia, w którym oddziaływania poznawcze, emocjonalne i somatyczne wzajemnie się uzupełniają.

4.4 Rekomendacje dla praktyki terapeutycznej

Przedstawione wyniki badań wskazują, że relacja pacjenta z własnym ciałem powinna być uwzględniana już na etapie konceptualizacji przypadku.

Oznacza to odejście od postrzegania obrazu ciała wyłącznie jako problemu charakterystycznego dla zaburzeń odżywiania czy zaburzeń dysmorficznych i traktowanie go jako istotnego obszaru funkcjonowania również u osób z doświadczeniami traumatycznymi.

W procesie diagnostycznym warto zwrócić uwagę nie tylko na obecność klasycznych objawów PTSD, lecz również na sposób, w jaki pacjent opisuje własne ciało. Szczególnie istotne mogą być trudności w odczuwaniu emocji, ograniczony kontakt z sygnałami płynącymi z organizmu, poczucie obcości wobec własnego ciała, przewlekłe napięcie mięśniowe, nadmierna koncentracja na objawach somatycznych oraz objawy dysocjacyjne.

JAK MOGĄ REAGOWAĆ OSOBY Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY?

permanentna nadmierna
czujność

ograniczony kontakt
z własnym ciałem

interpretacja niewielkich
zmian jako zapowiedź
zagrożenia

trudności z rozpoznawaniem
głodu, zmęczenia oraz emocji

Włączanie elementów pracy z ciałem powinno odbywać się stopniowo i być dostosowane do aktualnych możliwości pacjenta. Szczególnie u osób z doświadczeniem przemocy interpersonalnej zbyt szybkie kierowanie uwagi na doznania somatyczne może prowadzić do ponownej aktywizacji wspomnień traumatycznych. Zadaniem terapeuty nie jest zmuszanie pacjenta do kontaktu z ciałem, lecz stworzenie warunków umożliwiających stopniowe odbudowywanie poczucia bezpieczeństwa.

W praktyce oznacza to konieczność respektowania indywidualnego tempa terapii, systematycznego monitorowania poziomu pobudzenia oraz wykorzystywania technik stabilizacji przed rozpoczęciem głębszej pracy nad doświadczeniami traumatycznymi.

Przedstawione wyniki badań wskazują, że najbardziej obiecujące wydaje się podejście integracyjne, łączące oddziaływania poznawcze, emocjonalne i somatyczne. Pozwala ono odpowiadać na pełne spektrum konsekwencji traumy, uwzględniając zarówno procesy psychiczne, jak i sposób funkcjonowania organizmu. Odbudowa bezpiecznej relacji z własnym ciałem nie powinna być traktowana jako cel dodatkowy, lecz jako jeden z kluczowych elementów skutecznej psychoterapii osób po doświadczeniach traumatycznych.

Zakończenie

Przegląd współczesnych badań wskazuje, że doświadczenia traumatyczne wpływają nie tylko na funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze człowieka, lecz również na sposób doświadczania własnego ciała. Zaburzenia obrazu ciała po traumie obejmują znacznie więcej niż niezadowolenie z wyglądu – dotyczą sposobu odczuwania własnego organizmu, interpretowania sygnałów płynących z ciała, poczucia sprawstwa oraz budowania bezpieczeństwa we własnej cielesności.

Coraz lepsze zrozumienie tych mechanizmów pozwala postrzegać traumę jako doświadczenie obejmujące całego człowieka, a nie wyłącznie jego procesy poznawcze czy emocjonalne.

Przedstawione wyniki badań wskazują również, że zaburzona relacja z własnym ciałem stanowi istotny czynnik wpływający na rozwój i utrzymywanie się objawów PTSD, zaburzeń odżywiania oraz trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym. Z tego względu uwzględnianie cielesnego wymiaru doświadczeń pacjenta powinno stanowić integralny element diagnozy, konceptualizacji przypadku oraz planowania procesu terapeutycznego.

Współczesna praktyka kliniczna coraz częściej potwierdza, że skuteczna psychoterapia osób

po doświadczeniach traumatycznych wymaga integracji oddziaływań poznawczych, emocjonalnych i somatycznych. Odbudowa bezpiecznej relacji z własnym ciałem może stanowić jeden z kluczowych elementów procesu zdrowienia, zwiększając zdolność do regulacji emocji, wzmacniając poczucie sprawstwa oraz poprawiając jakość funkcjonowania psychospołecznego.

“Odbudowa bezpiecznej relacji z własnym ciałem może stanowić jeden z kluczowych elementów procesu zdrowienia.”

Nie oznacza to zastąpienia psychoterapii opartej na dowodach naukowych interwencjami somatycznymi, lecz ich świadome włączanie jako elementu kompleksowego modelu leczenia dostosowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Pomimo dynamicznego rozwoju badań nad ucieleśnieniem (embodiment), interocepcją oraz neurobiologią traumy wiele zagadnień nadal wymaga pogłębionej analizy. Szczególnie istotne wydaje się określenie, które interwencje ukierunkowane na pracę z ciałem przynoszą największe korzyści u poszczególnych grup pacjentów oraz jakie mechanizmy odpowiadają za ich skuteczność. Dalszy rozwój badań w tym obszarze może przyczynić się do tworzenia

coraz bardziej kompleksowych, spersonalizowanych i skutecznych modeli psychoterapii osób po doświadczeniach traumatycznych.







Czujność, kontrola i poczucie winy

Czujność, kontrola i poczucie winy. Mechanizmy przystosowawcze partnerów osób uzależnionych.

Streszczenie

Wyobraźmy sobie wieczór, podczas którego partner nie odbiera telefonu. Najpierw pojawia się irytacja, potem myśl: „pewnie znowu...”. Zaczyna się sprawdzanie wiadomości, lokalizacji i konta, a następnie telefon do znajomego oraz nasłuchiwanie kroków na klatce schodowej. Kiedy w końcu wraca, kilka szczegółów pozwala szybko ocenić sytuację: ton głosu, sposób poruszania się, zapach, spojrzenie i wiarygodność jego słów. Dla kogoś z zewnątrz obraz jest prosty - partnerka kontroluje. Tak, kontroluje – jednak samo nazwanie zachowania niewiele jeszcze wyjaśnia. Znacznie ciekawsze jest pytanie – „jak człowiek dochodzi do momentu, w którym sprawdzanie, przewidywanie i pilnowanie stają się niemal automatycznym sposobem funkcjonowania?”. Zaangażowanie w życie drugiej osoby rzadko jest świadomą, jednorazową decyzją. Zwykle narasta stopniowo, wraz z kolejnymi doświadczeniami.

Kiedy normalna czujność zaczyna pracować na pełen etat

Życie z osobą uzależnioną bywa życiem z dużą ilością niewiadomych. Niepewność dotyczy zarówno tego, w jakim stanie partner wróci do domu i czy w ogóle wróci, jak i tego, czy pieniądze pozostaną na koncie, dziecko zostanie odebrane ze szkoły, a rodzinny obiad nie zakończy się kolejną awanturą. Zapowiedź, że od jutra nie będzie pił, może być początkiem realnej zmiany, ale może też pozostać jedynie deklaracją. W takich warunkach czujność nie jest czymś nietypowym. Jeżeli wielokrotnie okazywało się, że drobny sygnał zapowiada kryzys, człowiek zaczyna wychwytywać go szybciej. Szczególnego znaczenia nabierają wtedy ton głosu, spóźnienie, zapach, sposób pisania wiadomości, nagła zmiana planu czy brak pieniędzy. To nie musi wynikać z nadmiernej potrzeby kontroli. Często jest po prostu efektem uczenia się na doświadczeniu. Problem w tym, że psychika nie działa jak aplikacja, w której po zmianie sytuacji naciska się „reset”. Jeżeli przez lata spokój okazywał się pozorny, człowiek przestaje ufać stabilności. Zaczyna ufać czujności, bo to ona daje poczucie, że przynajmniej nie zostanie po raz kolejny zaskoczony. Różne badania nad rodzinami osób uzależnionych pokazują duże obciążenie emocjonalne bliskich; przewlekłe napięcie, lęk, złość, wstyd, bezradność czy obniżony nastrój. Przez to, bliższe jest postrzeganie tych reakcji jako sposobach przystosowania



EWELINA MAŁEK-KOZŁOWSKA

Psycholog, specjalistka ds. uzależnień. Trenerka odporności psychicznej, menadżerka z długoletnim doświadczeniem oraz szkoleniowiec.



do trudnych warunków, niż jako zbioru cech osoby współuzależnionej. Tu pojawia się myśl ważna nie tylko dla specjalistów: zachowanie może być jednocześnie zrozumiałe i kosztowne. To, że kiedyś miało sens, nie oznacza, że nadal nam służy.

“Jeżeli przez lata spokój okazywał się pozorny, człowiek przestaje ufać stabilności.”

Kontrola nie zaczyna się od potrzeby rządzenia

Kontrola ma słabą opinię. Kojarzy się z ingerowaniem, sprawdzaniem, brakiem zaufania i przekraczaniem granic. Czasami rzeczywiście tak wygląda. Warto jednak zauważyć, jakie jest jej pochodzenie. Kontrolowanie często zaczyna się od próby odzyskania wpływu tam, gdzie jest go znacząco mało. Można wyobrazić sobie sytuację; w której ktoś, nie mogąc sprawić, by bliska osoba przestała pić, próbuje przynajmniej ustalić, czy piła. Gdy nie ma wpływu na jej powrót do domu, dzwoni wielokrotnie; w obawie o pieniądze odbiera kartę, a nie wierząc, że dotrze na terapię, sam ją tam zawozi. W tym sensie, kontrola często nie jest przejawem siły, lecz próbą poradzenia sobie z bezsilnością. Daje chwilową ulgę - „sprawdziłam, więc wiem”, „dopilnowałam, więc może nic się nie wydarzy”. Jednak ulga jest krótkotrwała. Za chwilę pojawia się kolejna rzecz do sprawdzenia. W taki sposób człowiek może latami

próbować zarządzać obszarem, nad którym nigdy nie miał pełnej kontroli - decyzjami drugiej dorosłej osoby.

Najpierw on. Potem długa cisza. Na końcu ja.

Z czasem pole uwagi zaczyna się zawężać. Najpierw partner zastanawia się, dlaczego druga osoba w związku pije alkohol lub zażywa inne środki. Pole uwagi zaczyna działać jak reflektor skierowany w jedno miejsce: najpierw na pytanie, „jak pomóc?”, później - „jak zapobiec kolejnemu użyciu?”, a w końcu - „jak ograniczyć jego konsekwencje?”. Im więcej uwagi zajmuje życie osoby uzależnionej, tym mniej zostaje jej na własne potrzeby. W którymś momencie można świetnie znać nastrój partnera i jednocześnie nie mieć pojęcia, czego samemu się potrzebuje. Co ciekawe, taka osoba często wygląda na niezwykle sprawną. Zajmuje się domem, dziećmi, rachunkami, pracą, rodzinnymi kryzysami. Ona pamięta, organizuje, naprawia i przewiduje. Otoczenie mówi - „Jaka silna”. Tylko, że sprawność nie zawsze oznacza dobrostan. Czasem oznacza po prostu, że ktoś nauczył się działać nawet wtedy, kiedy emocjonalnie od dawna funkcjonuje na „rezerwie”.

Poczucie winy potrafi skutecznie przywiązać do odpowiedzialności

„A co, jeśli coś mu się stanie?”. Za tym pytaniem często idą następne. Dotyczą one możliwych skutków odmowy pomocy, niewpuszczenia partnera do domu, nieodebrania telefonu lub podjęcia decyzji o odejściu, ale także własnej winy i przekonania, że można było wcześniej zrobić więcej. Poczucie winy jest wyjątkowo skuteczne w przesuwaniu granic odpowiedzialności. Samo w sobie nie jest złą emocją. Problem zaczyna się wtedy, gdy obejmuje sprawy, za które jedna osoba zwyczajnie nie może być odpowiedzialna; czyjś nawrót, abstynencję, decyzję o terapii, kłamstwo, zażywanie środków psychoaktywnych.

Wtedy pytania o odczuwanie winy przestają wystarczać, a ważniejsze staje się rzeczywiste zobowiązanie. To rozróżnienie nie daje automatycznej ulgi. Można doskonale wiedzieć, że nie odpowiada się za czyjeś uzależnienie, a nadal czuć winę. To naturalne, że wiedza i emocje nie zmieniają się w tym samym tempie. Granice zaczynają się odbudowywać wtedy, gdy poczucie winy przestaje być traktowane jako dowód rzeczywistej odpowiedzialności.



„Dobrze funkcjonuję, więc chyba wszystko jest w porządku”

W domu, w którym nieustannie zachodzą zmiany, odczuwanie emocji łatwo staje się luksusem. Na złość nie ma czasu. Strach trzeba schować. Smutek poczeka. Najpierw dzieci, praca, rachunki, kolejny kryzys i pytanie, „co zrobić jutro?”. Tak rozwija się bardzo specyficzna umiejętność - funkcjonowanie pomimo emocji. Z zewnątrz może to wyglądać imponująco, jednakże, siła i przeciążenie nie wykluczają się wzajemnie. Można świetnie działać i jednocześnie od dawna być emocjonalnie wyczerpanym. Wysoka kontrola nad ekspresją złości, lęku czy smutku nie oznacza jeszcze dobrej regulacji emocjonalnej. Regulacja nie polega na tym, żeby niczego nie pokazywać. Chodzi raczej o zdolność rozpoznania tego, co się dzieje, nadania temu znaczenia i wyboru reakcji. Mogę powstrzymać złość, bo sytuacja tego wymaga.

Nie każdy partner osoby uzależnionej funkcjonuje tak samo

Nie istnieje jeden psychologiczny profil partnera osoby uzależnionej. Jedna osoba reaguje lękiem, inna złością. Ktoś kontroluje, ktoś się wycofuje. Ktoś długo zaprzecza skali problemu, ktoś szybko stawia granice. Ktoś ratuje, ktoś odchodzi. Znaczenie mają wcześniejsze

doświadczenia, osobowość, sposób radzenia sobie ze stresem, przekonania wyniesione z domu, sytuacja finansowa, obecność dzieci czy dostępne wsparcie. Z tej perspektywy problematyczne staje się zdanie: „osoba współuzależniona jest...” – „kontrolująca”, „lękowa”, „nadodpowiedzialna”, „zależna”, „poświęcająca się”. Możemy spotkać wszystkie te wzorce, lecz nie dlatego, że istnieje jeden typ osobowości partnera osoby uzależnionej. Ludzie różnymi sposobami próbują poradzić sobie z podobnym przeciążeniem.

Współuzależnienie - pojęcie pomocne, dopóki nie wyjaśnia wszystkiego

Termin „współuzależnienie” jest mocno obecny w języku terapii. Dla części osób jest ważny i porządkujący, bo pomaga zobaczyć, że uzależnienie partnera rzeczywiście wpłynęło na ich własne funkcjonowanie. Warto jednak używać go ostrożnie, ponieważ bardzo łatwo z opisu procesu stworzyć opis człowieka. Kiedy mówimy: „Ona jest współuzależniona”, czasem niepostrzeżenie przestajemy pytać, co właściwie się z nią wydarzyło. Model Stress-Strain-Coping-Support Orforda i współpracowników proponuje patrzeć na bliskich przede wszystkim jako na ludzi narażonych na długotrwały stres, którzy próbują sobie z nim radzić dostępnymi sposobami. To przesuwaa akcent z pytania „co jest z tobą nie tak?”



CZUJNOŚĆ

Czy na pewno
już wrócił?

KONTROLA

Wciąż go
nie ma...
Zadzwoń!

POCZUCIE WINY

Może
gdybym...

NADMIERNY
KONCENTRACJA

Czy na pewno
nie kłamie?
Nie piła?

FUNKCJONOWANIE
POMIMO EMOCJI

Nie mogę
pokazać, że
jestem zła...



na „do czego musiałś się przystosować i czy ten sposób nadal ci służy?”. To różnica większa, niż może się wydawać. Nie tylko; „dlaczego kontroluje?”, ale także; „kiedy kontrola zaczęła dawać poczucie bezpieczeństwa?”. Nie tylko; „dlaczego ciągle ratuje?”, lecz; „czego się boi, kiedy przestaje ratować?”. Nie tylko; „dlaczego nie odejdzie?”, ale; „jakie realnie widzi możliwości?”. Zrozumienie mechanizmu nie oznacza usprawiedliwiania każdego zachowania. Oznacza, że zanim zaczniemy coś człowiekowi odbierać, sprawdzamy, po co było mu potrzebne.

„Na złość nie ma czasu. Strach trzeba schować. Smutek poczeka.”

Kiedy mechanizm zostaje, choć sytuacja się zmienia

Jest też druga część tej historii. Partner zaczyna terapię. Przestaje zażywać środki psychoaktywne. Mija miesiąc, potem kolejny. Regularnie chodzi na spotkania, wraca do domu, odbiera telefon. Czy osoba bliska automatycznie przestaje się bać? Najczęściej nie. Jeśli przez kilka lat słyszała zwrot „już nigdy” i kilka razy uwierzyła, dlaczego teraz miałaby zaufać od razu? Zdrowienie osoby uzależnionej i odbudowa poczucia bezpieczeństwa jej bliskich to dwa różne procesy. Abstynencja jednej osoby nie niweluje doświadczeń drugiej. Problem zaczyna się wtedy, kiedy czujność, która kiedyś

pomagała przewidywać zagrożenie, staje się jedynym sposobem funkcjonowania w nowej rzeczywistości. Wtedy mechanizm, który miał chronić, zaczyna ograniczać. Właśnie tutaj najlepiej widać sens pracy nad zmianą - nie po to, żeby udowodnić człowiekowi, że wcześniej robił źle. Po to, żeby nie musiał do końca życia używać narzędzia stworzonego na czas kryzysu.

Nie chodzi o to, żeby przestać się martwić

W pomocy bliskim czasami zbyt szybko przechodzimy do odpuszczania; „nie kontroluj”, „nie sprawdzaj”, „nie ratuj”, „pozwól ponosić konsekwencje”. Same wskazówki mogą mieć sens. Tyle że dla człowieka, który przez lata budował bezpieczeństwo poprzez kontrolę, mogą brzmieć jak nakaz zaprzestania odczuwania lęku. Tak to nie działa. Najpierw trzeba zobaczyć funkcję zachowania. „co się ze mną dzieje, kiedy nie sprawdzę telefonu?”, „czego się boję?”, „jaką katastrofę przewiduję?”, „co próbuję dzięki kontroli osiągnąć?”. Dopiero wtedy można przejść od kontroli drugiego człowieka do wpływu na własne życie. Brak kontroli nad tym, czy partner wypije. Wpływ na to, co zrobić, jeśli on wypije. Brak kontroli nad tym, czy pójdzie na terapię. Wpływ na to, na jakie warunki relacji można się zgodzić. Brak kontroli nad tym, czy będzie okłamywał. Wpływ na to, co zrobić z relacją, w której nie można zaufać. To nie jest obojętność.

To odzyskiwanie sprawczości.

Specjalista też może za szybko wiedzieć

Wiedza pomaga, ale może również prowadzić do zbyt pośpiesznych wniosków. Po usłyszeniu kilku zdań specjalista może szybko przypisać zachowaniu znaną kategorię: „ratowanie”, „kontrola”, „nadodpowiedzialność” albo „współuzależnienie”. Tymczasem, kobieta kontrolująca konto, mogła przez miesiące nie mieć za co kupić dzieciom jedzenia. Mężczyzna dzwoniący do partnerki kilkanaście razy, mógł wcześniej wielokrotnie odbierać ją w stanie zagrożenia. Nie chodzi o usprawiedliwianie każdego zachowania. Chodzi o to, żeby nie ignorować historii człowieka, zanim zaproponujemy zmianę. Ten wniosek dotyczy nie tylko gabinetu. W codziennym życiu również łatwo oceniamy czyjąś reakcję, nie znając warunków, w których powstała. Czasem zachowanie, które dziś wygląda na nieadekwatne, jest śladem po czasie, kiedy naprawdę było potrzebne.

Zdrowienie bliskich nie polega na staniu się człowiekiem, któremu już nie zależy

Celem nie jest obojętność. Nie chodzi o to, żeby przestać się martwić, kochać czy reagować. Ludzie w bliskich relacjach wpływają na siebie i tak ma być. Problem pojawia się wtedy, kiedy troska

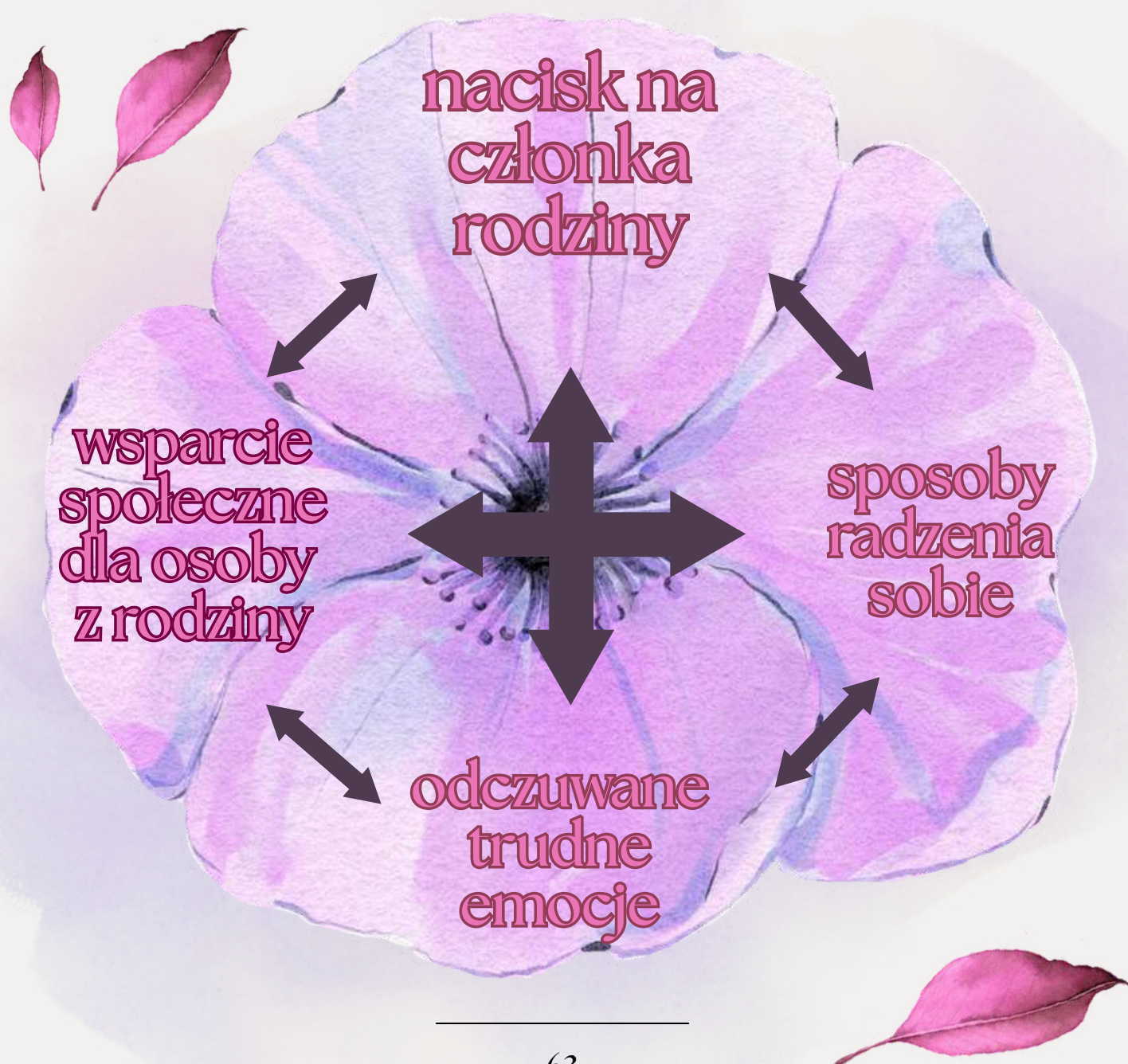
zamienia się w stałą kontrolę, pomoc w ratowanie, odpowiedzialność w odpowiedzialność za dwoje, a własne życie zaczyna zależeć od tego, czy druga osoba jest dziś trzeźwa. Zmiana polega raczej na odzyskaniu wyboru. Można pomóc, ale nie trzeba przejmować odpowiedzialności. Można się martwić i jednocześnie nie sprawdzać telefonu co pięć minut. Można czuć złość, nie niszcząc siebie ani drugiego człowieka. Można kochać osobę uzależnioną i jednocześnie nie zgadzać się na życie w chaosie. Można mieć nadzieję, ale nie trzeba budować całego bezpieczeństwa na obietnicy: „tym razem będzie inaczej”. Można wreszcie przestać pytać wyłącznie: „co jeszcze mogę zrobić, żeby on się zmienił?” i zacząć pytać: „co mogę zrobić, żeby moje życie nie było całkowicie zależne od tego, co robi on?”. Czułość, kontrola i poczucie winy nie biorą się znikąd. Mają swoją historię. Kiedyś mogły pomagać przetrwać, ograniczyć ryzyko, ochronić dzieci, pieniądze albo siebie. Nie oznacza to, że powinny zostać na zawsze. Może właśnie na tym polega najważniejsza zmiana; nie na walce z własnymi reakcjami, ale na sprawdzeniu, czy nadal są potrzebne w takiej formie i cenie. Bo człowiek, który przez lata nauczył się nasłuchiwać klucza w drzwiach, nie potrzebuje przede wszystkim usłyszeć, że musi odpuścić. Potrzebuje odzyskać poczucie, że bezpieczeństwo można budować także inaczej. Nie trzeba czekać, aż wszystko się rozsypie,

WSPÓŁUZALEŻNIENI

żeby o tym z kimś porozmawiać. Nie trzeba mieć pewności, że to, co się czuje, ma już swoją nazwę. Czasem wystarczy jedno zdanie powiedziane komuś, kto nie oceni. Pierwsze spotkanie, na którym nic jeszcze nie trzeba rozwiązywać - wystarczy opowiedzieć, jak to wygląda na co dzień.

Terapia dla bliskich, grupa wsparcia, jedna rozmowa ze specjalistą - to nie oznacza, że ktoś sobie nie radzi. Oznacza, że czujność, która kiedyś ratowała, w końcu może odpocząć.

CO ODDZIAŁUJE NA OSOBĘ WSPÓŁUZALEŻNIONĄ?







Komunikacja w żałobie

Komunikacja o śmierci i umieraniu jako element wsparcia psychospołecznego

Wyobraźmy sobie sytuację. Podczas wizyty domowej pani Maria, 61-letnia pacjentka z zaawansowaną chorobą nowotworową, powtarzała, że chce zostać w domu. Jej mąż prosił personel, by nie wspominać przy niej o terminalności jej choroby, jasno deklarował, że boi się, że żona straci nadzieję i przestanie się leczyć. Pani Maria nieustannie pytała o koszty opieki i mówiła, że nie chce obciążać rodziny. Przypadek ma charakter dydaktyczny, został złożony z powtarzających się sytuacji klinicznych i nie opisuje konkretnej osoby.

Śmierć jest doświadczeniem powszechnym, a jednocześnie jednym z tematów, wobec których szczególnie łatwo tracimy grunt. Dotyczy to nie tylko osób ciężko chorujących i ich rodzin. Trudność w podejmowaniu rozmów o umieraniu pojawia się także po stronie lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych, duchownych i wolontariuszy.

Jej źródłem może być brak przygotowania, niepewność co do własnej roli, lęk przed reakcją rozmówcy, osobiste doświadczenia straty albo przekonanie, że nazwanie śmierci odbierze pacjentowi nadzieję i pogłębi jego cierpienie.

W efekcie śmierć bywa wyraźnie obecna w doświadczeniu całej triady zaangażowanej w opiekę, czyli osoby chorej, jej bliskich i profesjonalistów. Rozmowę o rozpoznaniu, możliwościach leczenia i rokowaniu prowadzi uprawniona osoba z zespołu medycznego. Psycholog, pracownik socjalny czy wolontariusz nie zastępują lekarza. Mogą jednak rozmawiać o lęku, zależności, utracie dotychczasowych ról, sytuacji finansowej i potrzebie uporządkowania spraw rodzinnych. Wycofanie się tylko dlatego, że pacjent dotknął tematu śmierci, nie chroni granic zawodowych profesjonalisty, jedynie zostawia pacjenta samego z tym, co próbował przekazać.

Cicely Saunders ujęła takie doświadczenie w koncepcji bólu totalnego: cierpienie fizyczne łączy się z psychicznym, społecznym i duchowym (Wood, 2022). Kiedy pani Maria mówiła o byciu ciężarem, w jednym słowie mieściła utratę samodzielności, kłopoty z domowym budżetem i zmęczenie męża opieką nad nią. Każdy z tych obszarów wymagał innej odpowiedzi i innego rodzaju wsparcia.



KLAUDYNA KUBIAK-CYBULSKA

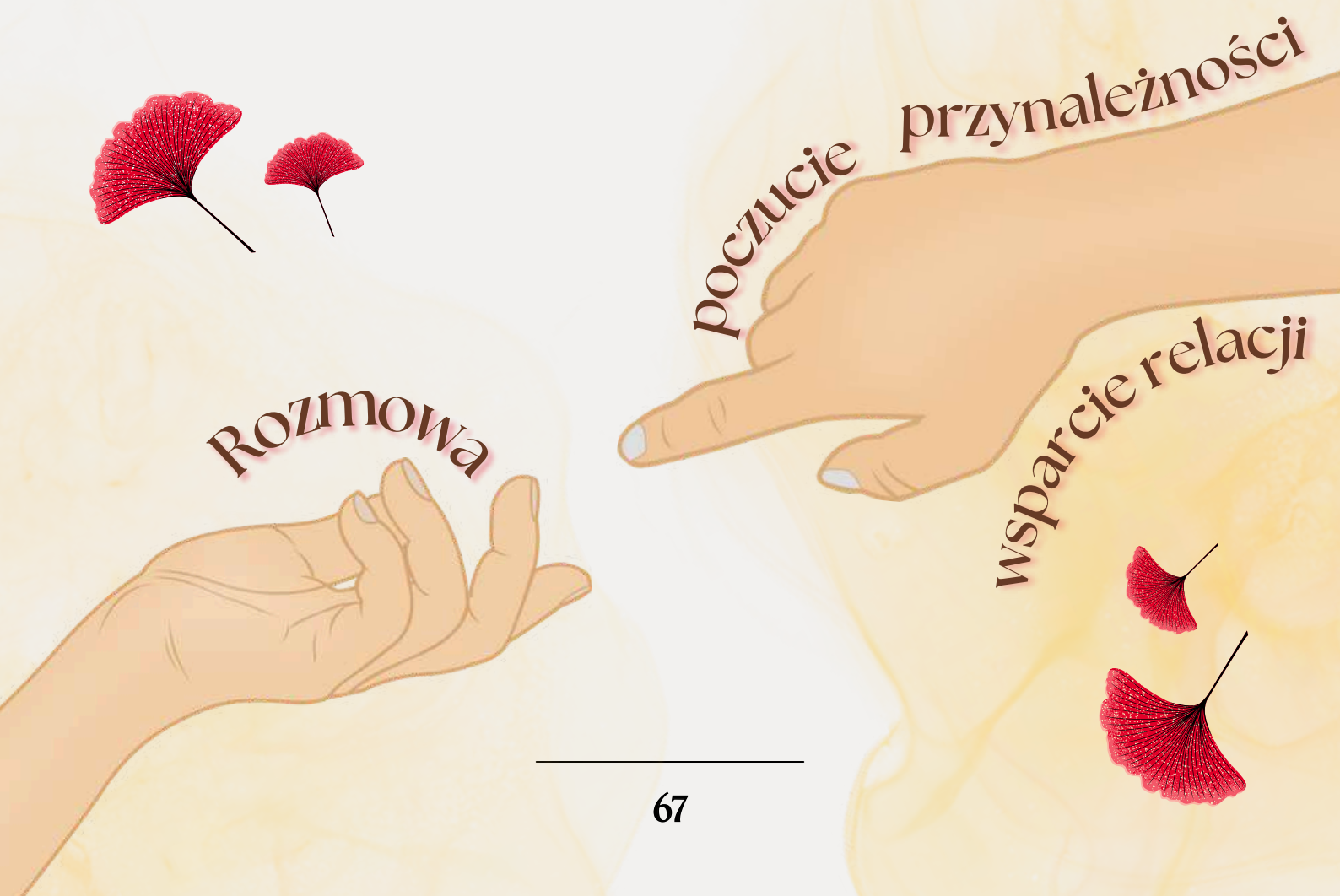
Pracownik socjalny, doradczyni zawodowa oraz coach. Na co dzień pracuje z osobami wykluczonymi, w kryzysie bezdomności, seniorami, osobami z niepełnosprawnościami oraz dziećmi i młodzieżą. Posiada doświadczenie w pracy w ochronie zdrowia, ośrodkach pomocy społecznej, sądzie, oraz organizacjach pozarządowych.



Dlaczego komunikacja jest formą pomocy?

Komunikację w chorobie zagrażającej życiu warto rozumieć jako narzędzie wsparcia psycho-społecznego. Jej zadaniem nie jest wyłącznie przekazanie informacji ani zmniejszenie objawów cierpienia psychicznego. Rozmowa może wspierać relacje, poczucie przynależności, sprawczość, godność i orientację w sytuacji, która staje się coraz mniej przewidywalna dla pacjenta. Może pomóc nazwać doświadczenie, odróżnić realne zagrożenia od wyobrażeń, uruchomić zasoby społeczne i umożliwić podejmowanie decyzji zgodne z wartościami pacjenta (Balaban, 2000; Brighton & Bristowe, 2016).

W praktyce pomocowej komunikacja pełni co najmniej cztery funkcje: informacyjną (pomaga zrozumieć sytuację), emocjonalną (daje przestrzeń na lęk, złość, smutek czy ambiwalencję co do swojej sytuacji), relacyjną (podtrzymuje doświadczenie bycia zauważonym) oraz organizacyjną (pozwala przełożyć potrzeby pacjenta na konkretne działania). Te funkcje splatają się ze sobą. Człowiekowi trudno podejmować decyzje, gdy kieruje się głównie lękiem, a sama empatia może okazać się niewystarczająca, jeśli nie prowadzi do uruchomienia realnego wsparcia.



Obawa o utratę nadziei

Zespoły medyczne odkładają rozmowy o końcu życia, gdy rokowanie pozostaje niepewne, obawiają się reakcji pacjenta albo nie czują się dostatecznie przygotowane (Brighton i Bristowe, 2016). Lęk profesjonalisty łatwo wtedy pomylić z brakiem gotowości chorego. Niedotykanie tematu śmierci może na chwilę obniżyć napięcie, ale zaczyna nieść za sobą duży koszt.

“[...] sama empatia może okazać się niewystarczająca, jeśli nie prowadzi do uruchomienia realnego wsparcia.”

Lundquist, Rasmussen i Axelsson (2011) przeanalizowali dane 13 818 osób zmarłych z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej. Następnie dopasowali dwie grupy po 1191 pacjentów: poinformowanych i niepoinformowanych o zbliżającej się śmierci. Nie odnotowali większego nasilenia bólu ani lęku wśród osób poinformowanych. Różnicę widać było natomiast w organizacji opieki and osobą chorującą. W preferowanym przez siebie miejscu i warunkach zmarło około 70% poinformowanych pacjentów i 39% niepoinformowanych. Ich rodziny częściej otrzymywały także propozycję wsparcia w żałobie. Trzeba tu podkreślić granice interpretacji badania.

Autorzy prowadzili badanie obserwacyjne i korzystali z danych wpisanych do rejestru po śmierci pacjentów. Nie znali jakości ani treści rozmów. Wyniki nie dowodzą więc, że sama rozmowa poprawiła sposób opieki. Pokazują jednak, że otwarte nazywanie sytuacji nie łączyło się z odczuwaniem większego lęku przez pacjenta.

Praktyczne znaczenie wyniku polega na podważeniu założenia, że szczerza informacja sama w sobie jest szkodliwa. O tym, czy rozmowa będzie wspierająca, decydują jednak także czas, sposób jej prowadzenia, relacja ze specjalistą, możliwość zadawania pytań, gotowość pacjenta i dostępność dalszego wsparcia. Badanie nie uzasadnia brutalnej dosłowności ani przekazywania informacji wbrew wyraźnej woli człowieka.

Nadzieja nie znika w jednej chwili, zmienia jedynie przedmiot. Pacjent może przestać liczyć na wyleczenie (przeżycie), a nadal liczyć na powrót do domu, spokojną noc, zachowanie świadomości do końca swojego życia czy spotkanie z bliską osobą. Profesjonalista nie podtrzymuje nadziei za wszelką cenę. Pomaga odnaleźć ten obszar życia, na który pacjent wciąż ma realny wpływ i w którym ta nadzieja może się objawiać.

rozpoznaj, co
pacjent już wie

ustaw
okoliczności
rozmowy

zachęć do
rozmowy

domknij
spotkanie

przełącz
informację

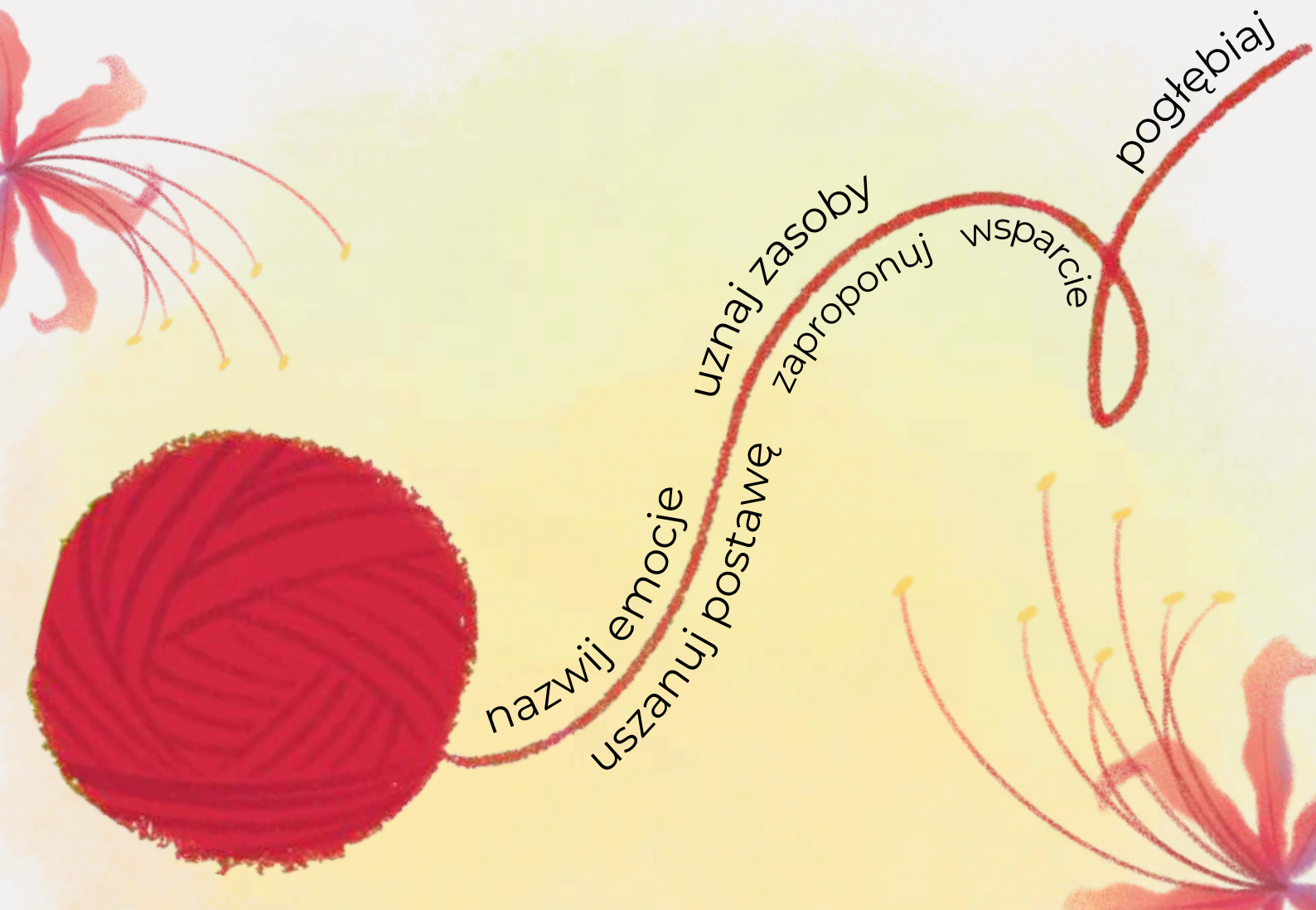
zatrzymaj się przy
emocjach pacjenta

Sześciostopniowy protokół prowadzenia rozmowy

SPIKES to sześciostopniowy protokół prowadzenia rozmowy, podczas której profesjonalista przekazuje pacjentowi niepomyślną informację medyczną. Baile i współpracownicy opisali go dla praktyki onkologicznej jako sposób uporządkowania całego spotkania: od przygotowania warunków, przez rozpoznanie wiedzy i gotowości pacjenta, po reakcję na emocje oraz ustalenie dalszego postępowania (Baile i in., 2000). Dla specjalistów pomocowych wyznacza on również granicę odpowiedzialności. Powyższy model nie jest jednak gotowym rozwiązaniem dla każdej rozmowy o terminalności

życia pacjenta. Polskie omówienie zastosowania modelu w komunikacji z pacjentem u kresu życia przedstawia Raniszewska-Wyrwa (2024).

Setting (tłum. ustawienie) zaczyna się przed przekazaniem informacji. Prowadzący zapewnia prywatność, rezerwuje czas i ustala, kto powinien być obecny podczas rozmowy. Pośpiech oraz brak intymności utrudniają pacjentowi przyjęcie wiadomości i zadanie potrzebnych mu pytań. *Perception* (percepcja) pozwala ustalić, co pacjent już wie, jakie zmiany dostrzega i jak rozumie swoją sytuację. Chroni to specjalistę przed założeniem zarówno niewiedzy, jak i pełnej świadomości chorego.



Invitation (zaproszenie) dotyczy zakresu rozmowy. Pacjent może chcieć usłyszeć szczegóły, przyjąć tylko najważniejsze informacje albo wrócić do części z nich później czy przy bliskiej sobie osobie. Nie chodzi o zatajenie faktów, lecz o dostosowanie tempa i ilości informacji do jego gotowości. W *Knowledge* (wiedza) prowadzący przekazuje wiadomość jasno, w małych porcjach i sprawdza, jak pacjent ją rozumie.

“Prowadzący zapewnia prywatność, rezerwuje czas i ustala, kto powinien być obecny podczas rozmowy.”

Emotions (emocje) oznacza zatrzymanie się przy reakcji pacjenta zamiast natychmiastowego przejścia do kolejnych kroków lub tworzenia planu. *Strategy and Summary* (strategia i podsumowanie) domyka spotkanie, porządkuje ustalenia, rozdziela odpowiedzialność i określa następny kontakt. Pacjent ma wyjść z rozmowy nie tylko z wiedzą o tym, co się dzieje, lecz także z orientacją, co wydarzy się dalej.

Dla nieklinikisty szczególnie ważne są: przygotowanie warunków, sprawdzenie rozumienia, reakcja na emocje i organizacja kolejnego kroku. Przyznanie się do niewiedzy i zapewnienie poszukania odpowiedzi na zadane przez pacjenta pytania jest bezpieczniejsze niż domysły.

Jeżeli pacjent pyta o rokowanie, osoba spoza zespołu medycznego powinna przyjąć pytanie, nazwać jego znaczenie i pomóc doprowadzić do rozmowy z właściwym specjalistą.

W historii pani Marii najwięcej zmienił etap *Perception*. Zespół uznał, że pacjentka nie zna powagi sytuacji, bo mąż prosił, aby chronić ją unikaniem otwartej rozmowy o śmierci. Jednak decyzje pacjentki mówiły co innego – od tygodni układała życie z myślą o ograniczonym czasie. W konsekwencji jej zrozumienia sytuacji lekarz przejął rozmowę o rokowaniu, psycholog i pracownik socjalny zajęli się natomiast konfliktem potrzeb oraz planem opieki domowej.

NURSE: od emocji do potrzeby

Model NURSE jest niejako uzupełnieniem wcześniej wspomnianego protokołu, szczególnie w obszarze zatrzymania się przy emocjach pacjenta: nie porządkuje całej rozmowy, lecz moment, w którym pojawia się silna emocja. To rama odpowiedzi empatycznej rozwijana w komunikacji onkologicznej. *Name, Understand, Respect, Support* i *Explore* nie tworzą sztywnej sekwencji rozmowy, prowadzą natomiast do zatrzymania naturalnego odruchu pocieszania lub szybkiego rozwiązywania problemu i pomagają połączyć przeżycie pacjenta z potrzebą, na którą zespół może odpowiedzieć (Back i in., 2005; Childers i in., 2023).

Name (tłumaczone jako „nazwij emocje”) ostrożnie nazywa dostrzeganą emocję, bez narzucania pacjentowi interpretacji sytuacji. *Understand* (tłum. „uznaj, że postawa pacjenta ma sens”) osadza ją w doświadczeniu choroby i szuka źródła lęku, złości lub bezradności. Profesjonalista formułuje hipotezę (nie diagnozę) i koryguje ją, gdy pacjent przeżywa sytuację inaczej. *Respect* (tłum. „uznaj zasoby”) oznacza uznanie wysiłku, wartości i decyzji pacjenta. *Support* (tłum. „zaproponuj wsparcie”) przekłada uznanie na pomoc dostępną w granicach danej roli: obecność, konsultację, informację lub organizację opieki. *Explore* (tłum. „pogłębiaj”) pogłębia znaczenie wypowiedzi i odsłania źródło największego cierpienia. Nazywanie emocji prowadzi do aktywacji struktur mózgowych odpowiedzialnych za przetwarzanie poznawcze, co zmniejsza ich intensywność. Tym samym skuteczność modelu wynika z mechanizmów neuropsychologicznych i kieruje rozmowę ku potrzebie, którą można się zająć.

W rozmowie z panią Marią specjalista rozpoznał napięcie między pozostaniem w domu a lękiem o rodzinę. W tym przypadku uznanie sprawczości oraz pogłębienie tematu ujawniły, że największym obciążeniem były koszty i niechęć męża do proszenia dzieci o pomoc.

Rodzina także potrzebuje orientacji

Umieranie jest doświadczeniem jednostki, ale zachodzi również w systemie rodzinnym. Choroba reorganizuje role rodzinne, odpowiedzialność i codzienność. Anderson i współpracownicy (2019) zestawili wyniki 31 badań jakościowych dotyczących kontaktu profesjonalistów z bliskimi osób u kresu życia. Rodziny oczekiwały szczerości, jasnych informacji, i czytelnego podziału ról w zespole tak, aby wiedzieć, w jakim temacie i do kogo mogą się zwrócić. Autorzy nie mierzyli wpływu jednej rozmowy na późniejszą żałobę – opisali potrzeby rodziny, które powtarzały się w wielu badaniach. Gdy rodzina prosi, by nie mówić pacjentowi o zbliżającej się śmierci, najpierw trzeba poznać lęk stojący za tą prośbą. Przegląd jakościowy badań pozwala dobrze opisać powtarzające się doświadczenia i potrzeby rodzin, ale nie wyznacza wielkości efektu i nie dowodzi, że jedna konkretna technika poprawi przebieg późniejszej żałoby. Wnioski są wskazówkami co do organizacji relacji i komunikacji, a nie algorytmem gwarantującym rezultat.

System rodzinny to również jej małe członkowie. Dziecięce rozumienie śmierci rozwija się wraz z wiekiem, doświadczeniem i możliwościami poznawczymi. W rozmowie z dzieckiem warto używać prostych, konkretnych słów oraz sprawdzać,

co dziecko rozumie. Eufemizmy takie jak „zasnął” czy „odszedł” mogą prowadzić do dosłownej interpretacji, szczególnie u młodszych dzieci i części osób z niepełnością intelektualną. Odpowiedź powinna być krótka, zgodna z pytaniem i prowadzić do zapewnienia o możliwości powrotu do tematu. Dziecko potrzebuje również informacji, co śmierć oznacza dla jego osobistej codzienności: kto się nim zajmie, czy choroba jest zakaźna, czy śmierć lub choroba nie wydarzyły się przez coś, co dziecko samo zrobiło lub pomyślało, czy może odwiedzić chorego. Należy unikać obietnic, których nie można dotrzymać i nie zmuszać do pożegnania, jeśli dziecko jego odmawia.

Rozmowa z małoletnim powinna również zawierać przygotowanie do samej wizyty u pacjenta, czyli opis wyglądu chorego, sprzętu znajdującego się w szpitalu czy możliwych trudności w komunikacji (np. braku odpowiedzi od chorego). Jest to element, który zwiększa przewidywalność sytuacji i daje małoletniemu wybór, czy chce spotkać się z pacjentem.

Gdy rozmowa wymaga oceny bezpieczeństwa

W praktyce pomocowej można usłyszeć zdania świadczące o chęci zakończenia życia, jednak nie każda tego rodzaju wypowiedź oznacza zamiar samobójczy.



W zaawansowanej chorobie pragnienie skrócenia życia jest zjawiskiem niejednorodnym, traktowane powinno być jak kontinuum i może odzwierciedlać ból, utratę sensu życia czy obawę przed przyszłym cierpieniem (Hudson et al., 2006; Rodríguez-Prat et al., 2024). Jednocześnie żadnej takiej wypowiedzi nie należy bagatelizować.

“Należy unikać obietnic, których nie można dotrzymać i nie zmuszać do pożegnania”

Pierwsza bezpieczna reakcja łączy otwartość z bezpośrednim sprawdzeniem ryzyka. Pytania wprost nie są dla pacjenta sugestią, ale pomocnym elementem w odróżnianiu ogólnego pragnienia zakończenia cierpienia od konkretnego zamiaru i planu. Należy również sprawdzić dostęp do środków, wcześniejsze próby samobójcze, impulsywność, występowanie objawów majaczenia, używanie substancji i możliwe czynniki ochronne.

W sytuacji bez bezpośredniego zagrożenia życia potrzebna jest pogłębiona, interdyscyplinarna ocena cierpienia zawierająca leczenie bólu i innych objawów, depresji i lęku, obciążeń rodzinnych i materialnych, duchowego lub egzystencjalnego kryzysu oraz możliwości wsparcia ze strony opiekunów.

Jej celem nie jest przekonanie pacjenta, że nie powinien myśleć czy mówić w określony sposób, ale zrozumienie, co sprawia, że śmierć jawi mu się jako jedyne rozwiązanie.

Przedstawione w tekście modele i dobre praktyki porządkują elementy kontaktu z pacjentem, ale nie są celem samym w sobie. Po spotkaniu ze specjalistami pani Maria nadal się bała. Rozmowa nie miała jej uspokoić, jej celem było zrozumienie decyzji pacjentki o pozostaniu w domu, ułożenie planu opieki i podzielenie odpowiedzialności. Dzięki rozmowie z lekarzem mąż pani Marii przestał pilnować, co wolno powiedzieć i o czym można rozmawiać. Znow mógł być bliską osobą dla pacjentki.

Profesjonalna komunikacja nie obiecuje akceptacji śmierci. Ogranicza chaos i łączy konkretną potrzebę z właściwą formą pomocy. Potrzebuje też granic, konsultacji zespołowej i miejsca na reakcje pomagającego. Nie każdy specjalista powinien mówić o rokowaniu. Każdy powinien jednak rozpoznać, kiedy pacjent mówi o końcu życia językiem swoich niezaopiekowanych potrzeb i pozostać przy znaczeniu tych słów.





Hiper – hipopobudzenie

Regulacja to nie tylko wyciszenie. Jak rozpoznawać hiper- i hipopobudzenie w pracy pomocowej

Po czym poznać, że osoba jest w „hiper-” albo „hipopobudzeniu”? Jakie interwencje stosować w zależności od tego stanu? Takie pytania regularnie pojawiają się podczas studiów i szkoleń w zawodach pomocowych. Szukamy instrukcji, wzorców, bo chcemy pomagać skutecznie, a jasne reguły dają poczucie bezpieczeństwa. Jeśli właściwie rozpoznamy stan pacjenta i wiemy jak odpowiedzieć, maleje ryzyko, że zaszkodzimy.

Tytuł tego artykułu jest celowo przewrotny. „Jak rozpoznawać?” brzmi jak wstęp do instrukcji. Badania nie dają jednak podstaw do przedstawienia prostego schematu. Zachowanie człowieka nie daje bezpośredniego dostępu do jego stanu wewnętrznego, a ta sama interwencja nie zadziała identycznie u każdej osoby.

Kiedy normalna czujność zaczyna pracować na pełen etat

W języku pracy pomocowej często używa się pojęcia “techniki regulacyjne” do których zalicza się m.in. pracę z oddechem, mindfulness, body scan czy kierowanie uwagi na ciało. Jest to wygodne określenie, dopóki nie potraktujemy je jako opis gwarantowanego efektu. O tym, czy dana technika pełni funkcję regulacyjną w konkretnym momencie, mówi przede wszystkim reakcja konkretnej osoby po jej zastosowaniu.

Przegląd 44 metaanaliz obejmujących 336 randomizowanych badań wskazuje na korzystne efekty mindfulness, choć wyniki są zróżnicowane, a efekty zwykle mniejsze w porównaniu z aktywnymi warunkami kontrolnymi (Goldberg et al., 2022). Nowsza metaanaliza wykazała także niewielką do umiarkowanej poprawę w zakresie samoopisowej interocepcji (Treves et al., 2025).

Te dane dotyczą średnich efektów uzyskanych w badanych grupach. W gabinecie pracujemy z jedną osobą, w określonym momencie. Dlatego nie wystarczy zadać pytania: “Czy ta metoda ma wsparcie badawcze?”. Najważniejsza jest kwestia tego, co rzeczywiście dzieje się z tą konkretną osobą, gdy zastosujemy tę metodę.

Okno tolerancji - użyteczna rama, a nie biologiczny test.

Pojęcia „hiper-” i „hipopobudzenia”



KATARZYNA ALEKSANDRZAK- KAMIŃSKA

Psycholożka, interwentka kryzysowa i psychoterapeutka w trakcie szkolenia integracyjnego w Instytucie Psychologii Zdrowia. Należy do PTP oraz PSPI. W pracy łączy perspektywę humanistyczno-egzystencjalną z neurobiologią interpersonalną, terapią schematów i ACT. Pracuje głównie z przewlekłym napięciem, lękiem, objawami psychosomatycznymi, kryzysami i konsekwencjami traumy relacyjnej.



pomagają nam uporządkować obserwacje kliniczne. Często zwiększonemu pobudzeniu może towarzyszyć napięcie czy wzmożona czujność. Przy obniżonym pobudzeniu częściej obserwuje się spowolnienie lub wycofanie. W praktyce te zmiany często przedstawia się za pomocą tzw. "okna tolerancji". Okno opisuje zakres pobudzenia, w którym dana jednostka pozostaje wystarczająco obecna. Ryzyko natomiast pojawia się wtedy, gdy potraktujemy tę ramę jako precyzyjny test fizjologiczny.

„[...] nie wystarczy zadać pytania: 'Czy ta metoda ma wsparcie badawcze?'”

Znów, w przeglądzie 28 badań obejmujących 1300 osób z diagnozą PTSD nie znaleziono spójnego profilu autonomicznego pozwalającego jednoznacznie utożsamić dysocjację z hipopobudzeniem (Beutler et al., 2022).

Badania nad pomiarem emocji pokazują, że subiektywne doświadczenia, zachowanie i fizjologia wnoszą różne informacje, a zgodność między nimi jest ograniczona (Mauss & Robinson, 2009). Pamiętajmy więc, że "hiper" i "hipo" są zatem użytecznymi kategoriami opisowymi, lecz nie dają pełnej pewności ani co do stanu fizjologii, ani gwarancji

właściwej interwencji.

Nie wszystko widać z zewnątrz.

Wyobraźmy sobie standardową sytuację z gabinetu. Osoba siedzi prawie nieruchomo, mówi niewiele, odpowiada po dłuższych przerwach, jej twarz jest mało ekspresyjna. Do pierwszych skojarzeń należą odcięcie, dysocjacja czy hipopobudzenie. Na podstawie samego obrazu zewnętrznego nie można jednak jednoznacznie ocenić, czy dana osoba doświadcza rzeczywistego odcięcia, silnego lęku, zmęczenia, napięcia czy zahamowania. Błąd może pojawić się gdy za szybko przejdziemy od obserwacji do pewności – „skoro wygląda na odciętą, wiem co dzieje się z jej układem nerwowym, więc zastosuję konkretną technikę”.

To, co obserwujemy, warto sprawdzać z tym, co dana osoba mówi o swoim doświadczeniu, z kontekstem i zmianą w czasie. Nasz wniosek jest tylko hipotezą, którą będziemy z ciekawością sprawdzać.

"Przecież oddech pomaga". Dlaczego technika nie jest z definicji regulująca?

Podobny skrót myślowy pojawia się czasem też przy wyborze interwencji. Średnia skuteczność obserwowana w badaniach nie pozwala na przewidywanie reakcji każdej osoby podczas każdego spotkania.

ROZPOZNAJ

W przypadku mindfulness mamy dane zarówno o korzyściach (Goldberg et al., 2022), jak i o doświadczeniach lub efektach niepożądanych. W obszernym przeglądzie praktyk medytacyjnych opisano m.in. nasilenie lęku, obniżenie nastroju i zmiany poznawcze. Częstość takich reakcji zależała od typu badania i sposobu pomiaru (Farias et al., 2020). W badaniu, w którym systematycznie monitorowano doświadczenia związane z praktyką odnotowano także negatywny wpływ na funkcjonowanie, a dłużej utrzymujące się efekty wiązały się m.in. z nasilonym pobudzeniem i dysocjacją (Britton et al., 2021). Warto zatrzymać się przy tym. Mindfulness może zatem przynosić korzyści, ale reakcje bywają zróżnicowane i warto

je monitorować (Matko & Van Dam, 2026).

Wcześniej już wspomniana metaanaliza (Treves et al., 2025) wykazała średnią poprawę samoopisowej interocepcji po treningu mindfulness. W metaanalizie dotyczącej body scan jako samodzielnej praktyki odnotowano niewielki efekt dotyczący uważności, przy dużej heterogeniczności i niskiej jakości badań (Gan et al., 2022).

Stosowanie interwencji oddechowych także wymaga precyzji. W badaniu osób z PTSD oceniano pakiet pranajamy obejmujący kilka technik oddechowych z zatrzymywaniem oddechu. Dodanie go do terapii poznawczo-behawioralnej



skoncentrowanej na traumie nie przyniosło przewagi w nasileniu objawów PTSD ani większości pozostałych wyników. U części osób pojawiły się natomiast działania niepożądane (Haller et al., 2023). Oczywiście wyników tych nie można uogólniać na wszystkie techniki oddechowe, ale dane te pokazują, dlaczego zwrot „oddech reguluje” jest nieprecyzyjny.

Praktyka oparta na dowodach daje nam podstawy do wyboru interwencji. Jednak to odpowiedź konkretnego pacjenta pozostaje częścią oceny użyteczności techniki.

„Nasz wniosek jest tylko hipotezą, którą będziemy z ciekawością sprawdzać.”

Zamiast recepty - rozpoznaj, zaproponuj, sprawdź

Jak zatem radzić sobie z niepewnością? Pomocna może być sekwencja: „rozpoznaj - zaproponuj - sprawdź”. Krok „rozpoznaj” nie oznacza odczytu stanu autonomicznego na podstawie kilku zachowań. Najpierw warto zebrać informacje: co obserwuję, co osoba zgłasza, co wydarzyło się wcześniej i co zmieniało się podczas spotkania. Na tej podstawie możemy zbudować hipotezę roboczą.

Następnie proponujemy: skierowanie uwagi na otoczenie, zmianę

pozycji, ruch, pracę oddechem, kontakt z doznaniem cielesnym albo inną interwencję wynikającą z metody, którą pracujemy. Sama kategoria „hiper” czy „hipo” nie powinna automatycznie rozstrzygać o wyborze.

Trzeci krok to sprawdzenie efektu. „Czy napięcie wzrosło, czy zmalało?”, „czy pacjent jest bardziej obecny, czy bardziej odcięty?”, „czy ma większe poczucie wpływu?”. Cisza po ćwiczeniu może pozornie wyglądać jak uspokojenie, należy jednak pamiętać, że sam wygląd nie mówi, czy doświadczanie zmieniło się w pożądanym kierunku.

Responsywność zakłada dopasowanie psychoterapii do potrzeb konkretnej osoby, jej preferencji, gotowości i stylu reagowania (Norcross & Wampold, 2018). Wiedza pochodząca z badań określa ramy dostępnych możliwości, a reakcja pacjenta pomaga wybrać następny krok.

Pięć pytań, które są ważne:

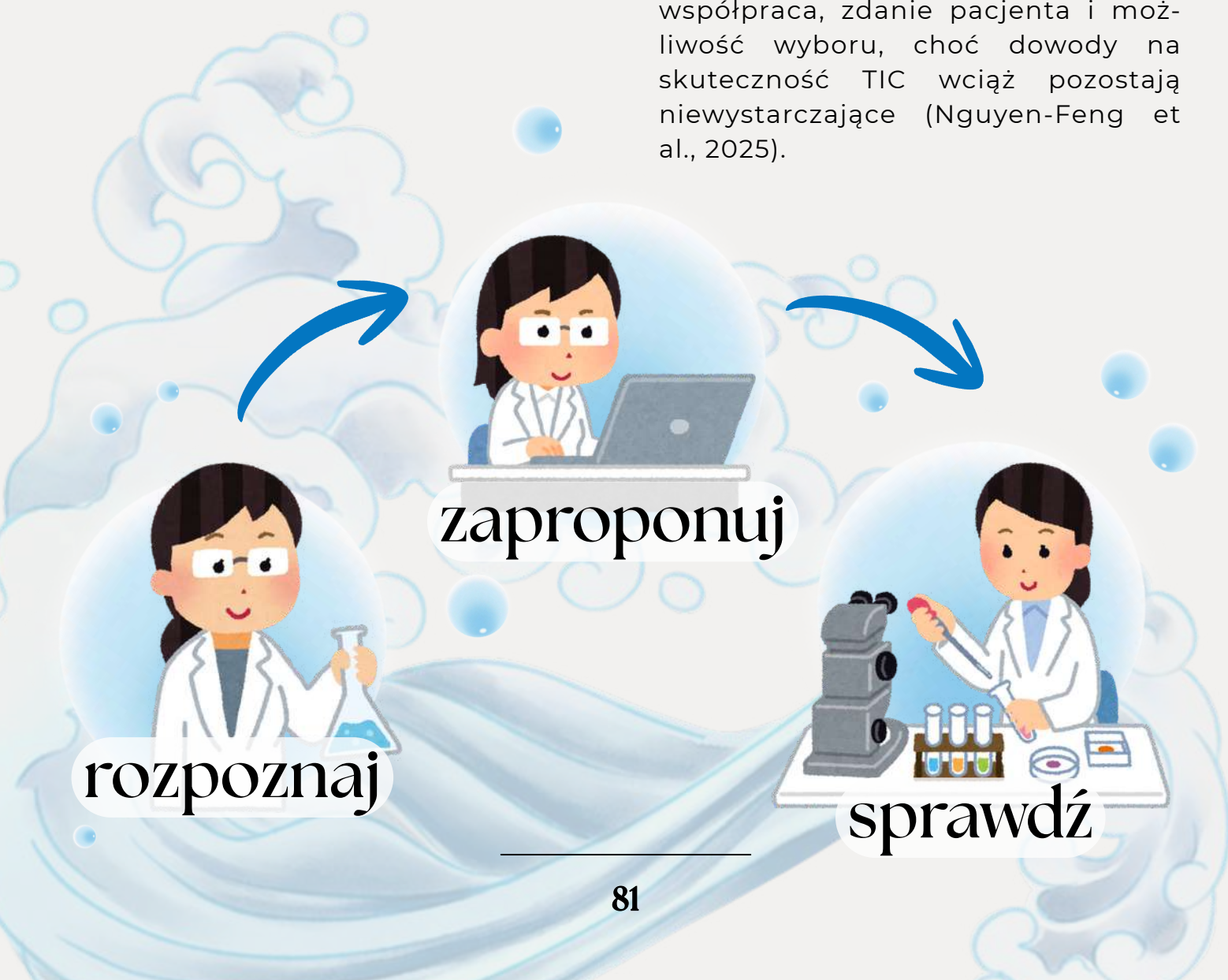
1. Co rzeczywiście obserwuję, a co już interpretuję?
2. Co zmieniło się w czasie?
3. Po co proponuję tę interwencję?
(Czy celem jest tylko uspokojenie, więcej kontaktu czy poczucie wpływu?)
4. Czy osoba może odmówić, zmienić ćwiczenie albo swobodnie je przerwać?
5. Po czym poznaję, że to co robimy, pomaga?

Informacja od pacjenta "to mi nie pomaga" to także dane.

Wpływ i wybór są częścią interwencji.

Znaczenie ma również sposób, w jaki proponujemy interwencję. Stwierdzenie "spróbujmy się teraz skupić na ciele", dla jednej osoby zabrzmiałoby jak zaproszenie, a dla kogoś innego stanie się kolejnym zadaniem do poprawnego wykonania.

Responsywność zakłada aktywny udział osoby i dostosowanie sposobu pracy do jej preferencji oraz bieżących reakcji (Norcross & Wampold, 2018). Podobne zasady pojawiają się w podejściu Trauma-Informed Care, tzn. bezpieczeństwo, współpraca, zdanie pacjenta i możliwość wyboru, choć dowody na skuteczność TIC wciąż pozostają niewystarczające (Nguyen-Feng et al., 2025).



W praktyce pomocowej może to oznaczać, że bardzo ważne jest dawanie pacjentowi czytelnego wyboru powiedzenia: „nie”, „wolę inaczej”, „to mi nie służy”. Profesjonalna ocena nadal jest potrzebna, natomiast doświadczenie osoby pozostaje równie ważnym źródłem.

„spróbujemy się teraz skupić na ciele”, dla jednej osoby zabrzmiałoby jak zaproszenie, a dla kogoś innego stanie się kolejnym zadaniem do poprawnego wykonania.”

Mniej pewności, więcej responsywności.

Wracamy do pytania z początku: „po czym poznać hiper- i hipopobudzenie i jak dobierać interwencje?”. Potrzeba jasnego wzorca jest szczególnie silna, kiedy się uczymy. Chcemy jasno wiedzieć, że jeśli wydarzy się A, możemy zrobić B. Za tą potrzebą stoi odpowiedzialność, chęć skuteczności i obawa, żeby nie zaszkodzić.

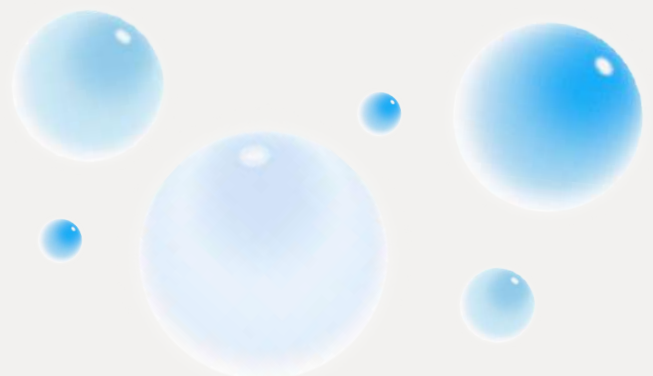
Dlatego klasyczne, psychologiczne stwierdzenie „to zależy” potrafi zirytować. Ludzie różnią się sposobem reagowania, wcześniejszymi doświadczeniami, znaczeniem nadawanym doznaniom z ciała, aktualnym kontekstem i odpowiedzią na tę samą interwencję. Co więcej, także ta sama osoba może

zareagować inaczej w innym momencie. To, co widzimy na zewnątrz, nie daje pełnego dostępu do fizjologii i subiektywnego doświadczenia człowieka.

„To zależy” nie musi oznaczać, że niczego nie wiemy. Może znaczyć, że wiemy wystarczająco dużo, by nie przypisywać naszej wiedzy większej precyzji, niż rzeczywiście ma. Kompetencja praktyka nie polega na budowaniu coraz dokładniejszej tabeli objawów, stanów i technik. Potrzebujemy wiedzy o możliwych wzorcach i gotowości do aktualizowania hipotezy, kiedy osoba reaguje inaczej, niż się spodziewaliśmy. Możemy obserwować. Pytać. Formułować hipotezy i je zmieniać. Proponować interwencje i sprawdzać ich efekt.

Zamiast szukać techniki przypisanej do kategorii, możemy sprawdzać, co w tym momencie pomaga konkretnej osobie odzyskać więcej kontaktu, orientacji, możliwości działania i wpływu.

Obserwacja jest hipotezą. Interwencja jest propozycją. Reakcja osoby jest informacją zwrotną.





BIBLIOGRAFIA

Objaw czy komunikat? O seksualności jako wskaźniku funkcjonowania psychicznego i relacyjnego pacjenta.

1. Jodko, A., Łowacz, J., & Kokoszka, J. (2008). Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych. *Seksuologia Polska*, 6(1), 26-32.
2. Komorowska-Pudło, M. (2014). Satysfakcja seksualna małżonków a jakość ich relacji w in-nych sferach funkcjonowania związku. *Fides et Ratio*, 4(20), 1-34.
3. Oettingen, J. (2013). Dysfunkcje seksualne – podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*, 11(2), 68-70.
4. Quinn-Nilas, C. (2020). Sexual Satisfaction: Relationship Satisfaction. W: B. B. Van den Akker (ed.), *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* (pp. 1-5). Springer.
5. van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Tunissen, B., van Beek, V. H. F., Rozendaal, L., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2023). The impact of intensive trauma-focused treatment on sexual functioning in individuals with PTSD. *Frontiers in psychology*, 14, 1191916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1191916>
6. Veilleux, M., Bourmaud, A., Ghosn, J., Foussier, A., Thoison, C., Huas, C., Godart, N., & Martin, P. (2026). Sexual health interventions for young people with mental disorders: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, Article 108988. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2026.108988>
7. Waldinger, M.D. (2015). Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handbook of Clinical Neurology*, 130, 469-489. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-3>
8. Wells, S. Y., Glassman, L. H., Talkovsky, A. M., Chatfield, M. A., Sohn, M. J., Morland, L. A., & Mackintosh, M. A. (2019). Examining Changes in Sexual Functioning after Cognitive Processing Therapy in a Sample of Women Trauma Survivors. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 29(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.10.003>

Trening Zastępowania Agresji (ART) w pracy z dorosłymi - możliwości, ograniczenia i adaptacje kliniczne.

1. Almakhamreh, S. S., Asfour, H. Z., Bogschütz, Z., Lankshear, I., McFarlane, M. A., & Woods, J. (2020). A social work perspective on developing a contextualized model of Aggression Replacement Training (ART) within an Arab setting. *Journal of Social Work Practice*, 34(2), 205–219. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1572080>
2. Cześnik, P., Pielacha, O., Rucińska, U., Szczepankowska, O., Tomaszewska, M., Więcek-Durańska, A., & Wojciechowska, S. (2024). Trening Zastępowania Agresji (ART) i jego efektywność w świetle powrotności sprawców przestępstw agresywnych do przestępstwa. *Psychoterapia*, 208(1), 25–42. <https://doi.org/10.12740/PT/189640>
3. Ensafdar, F., Krahé, B., Bassak Njad, S., & Arshadi, N. (2019). Efficacy of different versions of Aggression Replacement Training (ART): A review. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 230–237.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.04.004>

4. Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (Rev. ed.). Research Press.
5. Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Kraaimaat, F. W., Muris, P., & Zwets, A. J. (2015). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(18), 3174–3191. <https://doi.org/10.1177/0886260514555007>
6. Majcherczyk, A. (2011). Wybrane programy resocjalizacyjne – perspektywa teoretyczna i praktyczna. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 70, 5–30.

Proces twórczy jako przestrzeń regulacji emocjonalnej – neuropsychologiczne podstawy arteterapii.

1. Arden, J. B. (2017). *Neuronauka w psychoterapeutycznym procesie zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Bartel, R. (2016). *Arteterapia i rozwój osobisty. Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii przez sztukę. Tom I. Podstawy arteterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Artystycznego im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu.
3. Hass-Cohen, N. i Findlay, J. C. (2015). *Art therapy and the neuroscience of relationships, creativity, and resiliency: Skills and practices*. W. W. Norton & Company.
4. Hinz, L. D. (2019). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy* (wyd. 2). Routledge.
5. King, J. L. (red.). (2016). *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives*. Routledge.
6. Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Magsamen, S., & Ross, I. (2023). *Mózg pod wpływem sztuki. Jak sztuka nas zmienia*. Wydawnictwo Ścieżki Mocy.
8. Malchiodi, C. A. (red.). (2014). *Arteterapia. Podręcznik*. Grupa Wydawnicza Harmonia.

Wpływ doświadczeń traumatycznych na obraz ciała – implikacje kliniczne dla pracy terapeutycznej.

1. Bödicker, C., Reinckens, J., Höfler, M., & Hoyer, J. (2021). Is Childhood Maltreatment Associated with Body Image Disturbances in Adulthood? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of child & adolescent trauma*, 15(3), 523–538. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00379-5>
2. Josephson, B. L., Holmqvist Gattario, K., Kling, J., & Piran, N. (2025). "My body is not mine": A mixed methods study on trauma and the experience of embodiment. *Body image*, 55, 101986. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.101986>
3. Kearney, B. E., & Lanius, R. A. (2022). The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in neuroscience*, 16, 1015749. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749>
4. Moroshko, I., Raspovic, A., Liu, J., & Brennan, L. (2025). Trauma and eating disorders: an integrated

umbrella and scoping review. *Clinical psychology review*, 119, 102592.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102592>

5. van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Emck, C., Fokker, T. J., Hatzmann, J., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2023). Body-and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 36(5), 835–848.
<https://doi.org/10.1002/jts.22968>

Czułość, kontrola i poczucie winy. Mechanizmy przystosowawcze partnerów osób uzależnionych.

1. Cierpiałkowska, L. i Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
2. Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (wyd. 2). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
3. Leahy, R. L., Tirsch, D. i Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka* (K. Zamojska, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
4. Margasiński, A. (2010). Współuzależnienie i syndrom DDA w kontekście teorii systemów rodzinnych Bowena. W: K. Gąsior i J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin* (s. 372–382). Wydawnictwo Jedność.
5. Margasiński, A. (2011). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu* (wyd. 2). Oficyna Wydawnicza Impuls.
6. Szczepanik, R. (2020). *Rodzice osób pijących alkohol problemowo. O ambiwalencji pomocy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
7. Orford, J., Copello, A., Velleman, R. i Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The Stress–Strain–Coping–Support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 36–43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>

Komunikacja o śmierci i umieraniu jako element wsparcia psychospołecznego

1. Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., & Low, J. T. S. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8), 926–941.
<https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
2. Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164–177.
<https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>
3. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
4. Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: Talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 466–470.

- <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>
5. Childers, J. W., Bulls, H. W., & Arnold, R. M. (2023). Beyond the NURSE acronym: The functions of empathy in serious illness conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(4), e375-e379. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.11.029>
 6. Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care-A new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *JAMA*, 287(17), 2253-2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
 7. Dyk, T., & Kolwitz, M. (2017). Problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 63(4), 18-22. <https://doi.org/10.21164/pomjlifesci.322>
 8. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
 9. Jarosz, M. (2013). Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225-229
 10. Lundquist, G., Rasmussen, B. H., & Axelsson, B. (2011). Information of imminent death or not: Does it make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, 29(29), 3927-3931. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.34.6247>
 11. Raniszewska-Wyrwa, A. (2024). Komunikacja z pacjentem u kresu życia. W M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, W. Kułak i J. Lewko (red.), *W drodze do brzegu życia* (t. 23, s. 109-124). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
 12. Rodríguez-Prat, A., Pergolizzi, D., Crespo, I., Julià-Torras, J., Balaguer, A., Kreimeke, K., Voltz, R., & Monforte-Royo, C. (2024). The wish to hasten death in patients with life-limiting conditions: A systematic overview. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(2), e91-e115. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.04.023>
 13. Rozen, B. (2021). Komunikacja z osobą chorą i będącą u kresu życia - znaczenie terapeutyczne. *Studia Warmińskie*, 58, 409-431
 14. Wood, J. (2022). Cicely Saunders, 'total pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), 411-420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

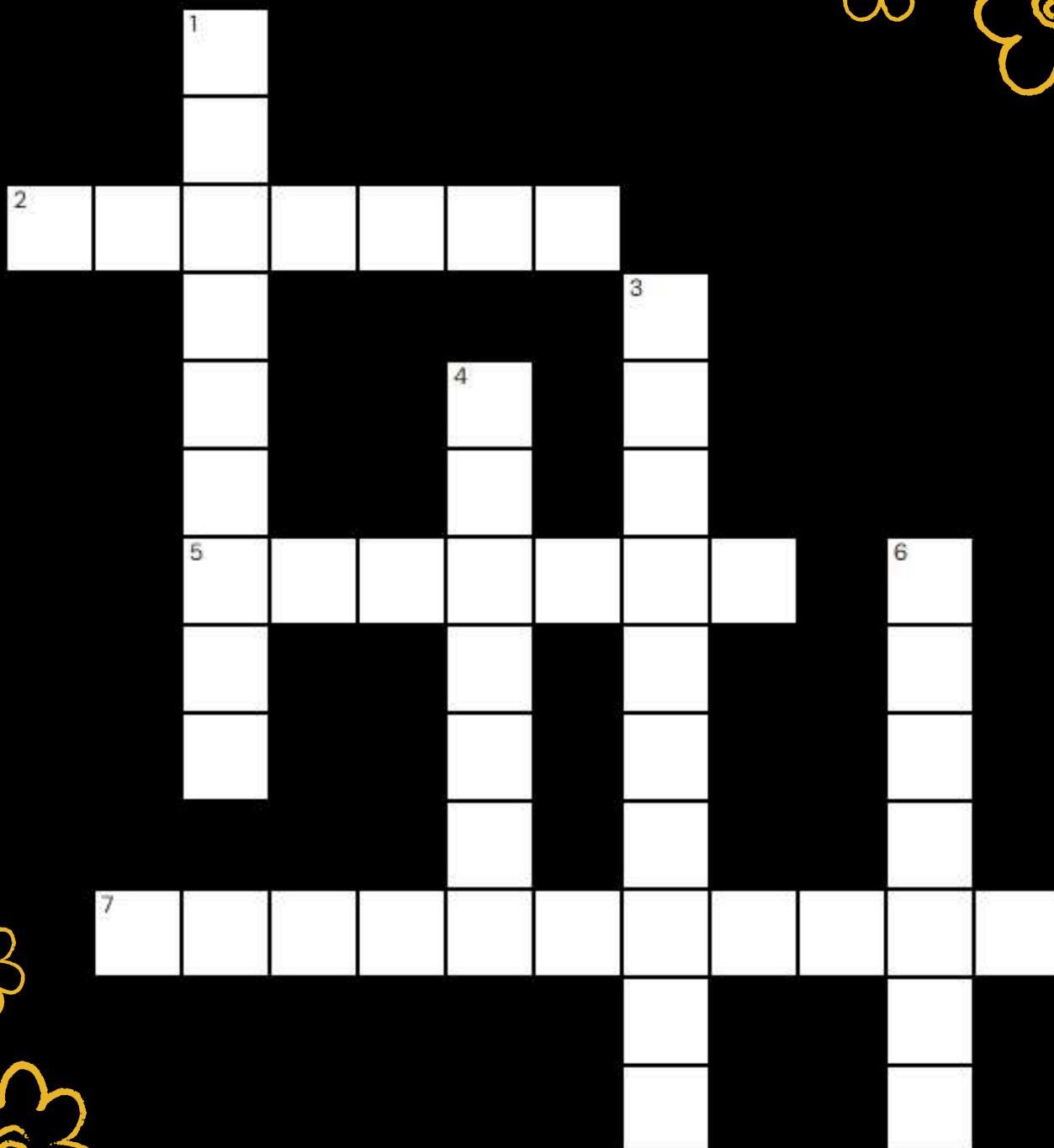
Regulacja to nie tylko wyciszenie. Jak rozpoznawać hiper- i hipopobudzenie w pracy pomocowej

1. Beutler, S., Mertens, Y. L., Ladner, L., Schellong, J., Croy, I., & Daniels, J. K. (2022). Trauma-related dissociation and the autonomic nervous system: A systematic literature review of psychophysiological correlates of dissociative experiencing in PTSD patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2132599. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2132599>
2. Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1185-1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
3. Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374-393. <https://doi.org/10.1111/acps.13225>
4. Gan, R., Zhang, L., & Chen, S. (2022). The effects of body scan meditation: A systematic review and

- ..meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 1062–1080.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12366>
5. Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108–130.
<https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
6. Haller, H., Mitzinger, D., & Cramer, H. (2023). The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1101046. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1101046>
7. Matko, K., & Van Dam, N. T. (2026). Beyond serenity: Adverse effects of meditation and mindfulness in clinical practice. *Current Opinion in Psychology*, 67, 102197.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102197>
8. Mauss, I. B., & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, 23(2), 209–237. <https://doi.org/10.1080/02699930802204677>
9. Nguyen-Feng, V. N., Ramirez, M., Behrens, K. L., Usset, T., Claussen, A. M., Parikh, R. R., Lee, E. K., Mendenhall, T., Wilt, T. J., & Butler, M. (2025). Trauma informed care: A systematic review (AHRQ Publication No. 25-EHC007). Agency for Healthcare Research and Quality.
<https://doi.org/10.23970/AHRQEPCSRTRAUMA>
10. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
11. Treves, I. N., Chen, Y.-Y., Wilson, C. L., Verdonk, C., Qina'au, J., Pustejovsky, J. E., Goldberg, S. B., Mehling, W., Schuman-Olivier, Z., & Khalsa, S. S. (2025). A meta-analysis of the effects of mindfulness meditation training on self-reported interoception. *Scientific Reports*, 15, 38889.
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-22661-4>

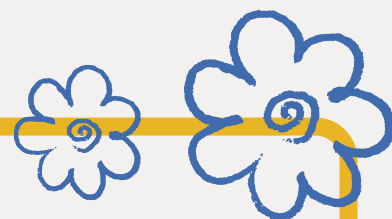


KRZYŻÓWKA



DEFINICJE NA NASTĘPNEJ STRONIE

KRZYŻÓWKA

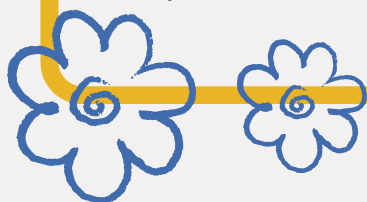


POZIOMO

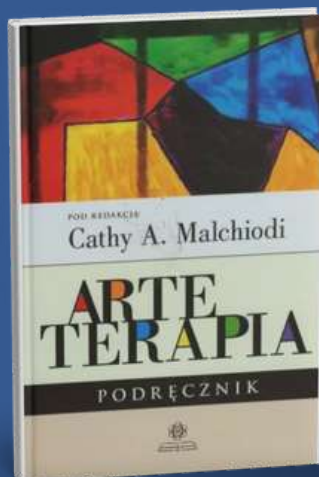
2. "Zamiast recepty - rozpoznaj, zaproponuj, ..."
5. Model NURSE [...] to rama odpowiedzi empatycznej.
Skrót: *Name, Understand, Respect, Support* i ...
7. "Jeżeli przez lata spokój okazywał się pozorny, człowiek przestaje ufać ..."

PIONOWO

1. Klasyczny TZA obejmuje trzy uzupełniające się komponenty: Trening Kontroli Złości, Trening Umiejętności Prospołecznych oraz Trening Wnioskowania ...
3. "Organizm może nadal reagować tak, jakby ... wciąż trwało."
4. "Jakość życia seksualnego odzwierciedla jakość funkcjonowania całej ..."
6. W procesie arteterapeutycznym szczególne znaczenie mają trzy elementy: środki artystyczne, powstająca praca oraz proces ...



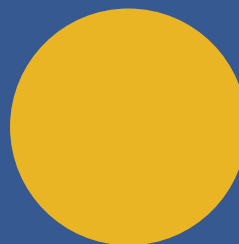
AUTORKI POLECAJĄ





KWARTALNIK 10/2026 Nr wydania: 01

CZASOPISMO POPULARNO - NAUKOWE



ZOBACZ NASZE



SZKOLENIA

